

胡冰主编

胆胰内镜 诊疗疑难病例解析

ENDOSCOPIC MANAGEMENT OF
REFRACTORY BILIARY-PANCREATIC DISORDERS : CASES ANALYSIS



上海科学技术出版社

ENDOSCOPIC MANAGEMENT OF REFRACTORY
BILIARY-PANCREATIC DISORDERS: CASES ANALYSIS

胆胰内镜诊疗疑难病例解析

主 编 胡 冰

上海科学技术出版社

图书在版编目(CIP)数据

胆胰内镜诊疗疑难病例解析 / 胡冰主编. —上海: 上海科学技术出版社, 2017. 9

ISBN 978-7-5478-3698-9

I. ①胆… II. ①胡… III. ①胆道疾病—疑难病—内窥镜检—病案—分析②胰腺疾病—疑难病—内窥镜检—病案—分析 IV. ①R657.4②R657.5

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2017)第 207250 号

胆胰内镜诊疗疑难病例解析

主编 胡冰

上海世纪出版股份有限公司 出版
上海科学技术出版社

(上海钦州南路 71 号 邮政编码 200235)

上海世纪出版股份有限公司发行中心发行
200001 上海福建中路 193 号 www.ewen.co
印刷

开本 787×1092 1/16 印张 10.5

字数: 200 千字

2017 年 9 月第 1 版 2017 年 9 月第 1 次印刷

ISBN 978-7-5478-3698-9/R·1439

定价: 98.00 元

本书如有缺页、错装或坏损等严重质量问题,
请向工厂联系调换

内容提要

第二军医大学附属东方肝胆外科医院是国内外知名的肝胆专科医院,其内镜中心长期从事胆胰疾病的内镜诊疗工作,在该领域积累了大量的精彩病例,这些病例有的疑难罕见,有的曲折惊险,将其结集出版可望能对同行有所借鉴与启迪。

本书收集了近年来作者亲历的 26 例胆胰疾病应用内镜诊疗的疑难病例,以图文并茂的形式,详细叙述了这些病例的临床诊治过程,并分析了其中成功的经验和失败的教训,结合病例介绍相关领域的国内外最新进展,同时分享相关的临床感悟。读者可以从这些临床病例中受到启发,提高胆胰疾病诊疗过程中的决策水平、操作技能与并发症的处理能力。可供消化内科、内镜科、胆胰外科、肿瘤科及影像科医护人员阅读与参考。

编委会

主 编
胡 冰

副主编
高道键

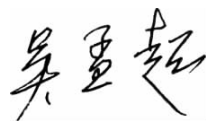
编 者

(以姓氏汉语拼音为序)

范婷婷 高道键 胡 冰 纪义梅
孙 波 王田田 王唯一 吴 军
夏明星 邢 铃 叶 馨

序

20 世纪 60 年代和 80 年代,内镜下逆行胰胆管造影术(ERCP)与内镜超声术(EUS)相继问世,并很快风靡世界各国,广泛用于胆道和胰腺疾病的临床诊疗。这一领域发展非常迅速,内镜技术不仅仅用于胆胰疾病的诊断与评估,而且更多地介入疾病的治疗,由于其具有微创、精准、高效的特点,越来越受临床医生和患者的欢迎,成为临床不可或缺的治疗手段。近年来,ERCP 与 EUS 技术又不断创新、相互融合,其涉及的领域不断拓展,新技术和新方法不断涌现,胆胰内镜已成为日新月异的专业领域。第二军医大学附属东方肝胆外科医院内镜中心长期专注于胆胰疾病的内镜诊治,积累了数万例临床病例,在技术革新、器械研发、人才培养、推广行业规范等方面做了大量的工作,专业特色鲜明,得到国内外同行的高度肯定。2003 年,胡冰教授从大量病例中挑选了 400 余例典型案例,精心提炼,编撰了《ERCP 临床诊疗图解》,深入浅出地阐述了 ERCP 诊断和治疗的基础理论,系统回顾了各类胆胰疾病的影像特点和各种治疗的技术要领,深得广大读者的喜爱,成为学习 ERCP 技术的经典读物。如今,在胡冰教授的团队再次从近年来累积的病例中精选了 26 例罕见、复杂或疑难病例,以病例报道的形式对诊治过程加以详细描述,对经验教训进行系统总结,并结合国内外的最新文献进行深入讨论。病例涵盖疑难病例的诊断、困难病例的治疗、内镜新方法的探索以及并发症的处理等,均为第一手的临床资料,是一部不可多得的有关胆胰疾病内镜诊疗的前沿之作,与《ERCP 临床诊疗图解》相得益彰。特推荐给读者,希望本书对于从事消化病工作及相关科室医护人员有所借鉴和启发。



2017 年 8 月

前 言

随着内镜技术和设备器械的进步,胆胰内镜学科发展迅猛,ERCP 已从单纯的诊断技术发展为以治疗为主、融合诊断与治疗为一体的微创介入技术,越来越多地替代了传统的外科手术治疗;EUS 也由当初的单纯消化道腔内的影像诊断方法,发展为可以突破消化管壁的腔外诊断与治疗手段,其应用的领域不断拓展延伸。ERCP 与 EUS 技术密切结合,内镜技术在胆胰疾病诊治中的应用领域日趋广泛。在我国,胆胰内镜技术在几代内镜工作者的不懈努力下取得了长足的进步,近年来越来越多的消化内科、内镜科、影像科与肝胆外科医师投身于胆胰内镜领域,开展工作的单位和每年完成的病例数与日俱增,大量患者从这一微创技术中获益。然而,胆胰内镜也被公认为消化内镜技术中难度最高、风险最大和更新最快的领域,临床上一些病情复杂、诊断困难、治疗失败、出现棘手并发症甚至致命的情况时有发生,而专门论述胆胰内镜诊治疑难病例的学术专著却十分匮乏。

作为国内集中开展 ERCP 和 EUS 介入治疗的中心之一,笔者单位已累计完成各类胆胰内镜诊断与治疗逾 3 万例,其中不乏罕见、复杂、疑难或创新性案例。我们从近年来的临床工作中精选了 26 例病例整理成册,每个病例都具有各自的特殊性与复杂性。这些第一手的资料详尽还原了临床诊疗过程,并附上经治者的经验教训与临床感悟。每个案例还结合国内外最新参考文献进行讨论,以增加结论的循证医学力度。我们希望本书能够起到抛砖引玉、触类旁通的作用,如果从事胆胰疾病临床工作的读者能从本书中得到启发或帮助,使患者能够受益更多,我们将深感欣慰。

由于编写时间仓促,加之作者水平有限,本书内容难以尽善尽美,谬误与疏漏也在所难免,恳请前辈及同道不吝指正。



2017 年 8 月

常用缩略语

英文缩写	中文名称
ABS	肝移植术后胆管吻合口狭窄
AFP	甲胎蛋白
AIP	自身免疫性胰腺炎
ALB	白蛋白
ALP/AKP	碱性磷酸酶
AMY	淀粉酶
APTT	活化部分凝血活酶时间
BBS	胆道良性狭窄
Billroth II	毕 II 式胃切除术
BNP	脑钠肽
BUN	血尿素氮
CEA	癌胚抗原
Chilaiditi 综合征	间位结肠综合征
CRP	超敏 C 反应蛋白
Cr	肌酐
DBE	双气囊小肠镜
Dbil	直接胆红素
DSA	数字减影血管造影
EHPVO	肝外门静脉梗阻
EPBD	乳头气囊扩张
ERCG	经内镜逆行胆囊插管
ERCP	经内镜逆行性胰胆管造影
EST	十二指肠乳头括约肌切开术
ETGS	胆囊支架置入术
FCSEMS	全覆膜自膨式金属支架
GGT/ γ -GT	谷氨酰转移酶
GOT	谷草转氨酶
GPT	谷丙转氨酶
Hb	血红蛋白

英文缩写	中文名称
HPF	高倍视野
ICDV _s	胆总管内静脉曲张
IDCP	特发性导管中心性胰腺炎
IgG4-SC	IgG4 相关性硬化性胆管炎
INR	国际标准化比值
IPMN-B	胆管内乳头状黏液性肿瘤
ITP	特发性血小板减少
LPSP	淋巴浆细胞硬化性胰腺炎
MPV	平均血小板体积
MRCP	磁共振胰胆管成像
MRI	磁共振成像
mTHPC	间-四羟基苯二氢卟吩
NABS	肝移植术后胆管非吻合口狭窄
NBI	内镜窄带成像术
NE	中性粒细胞
PCC	门脉高压性胆病
PDT	光动力治疗
PLT	血小板
PSC	硬化性胆管炎
PTCD	经皮肝穿刺胆道引流术
PTGBD	经皮经肝胆囊穿刺引流术
PT	凝血酶原时间
RFA	射频消融治疗
SBE	单气囊小肠镜
SE	螺旋式小肠镜
TACE	经动脉化疗栓塞术
TBA	总胆汁酸
Tbil	总胆红素
WBC	白细胞

目 录

1	一例“胰腺占位”的诊治历程	1
2	Ⅳ型肝门部胆管癌行胆管内射频消融联合多支架治疗	9
3	十二指肠乳头癌内镜下射频消融治疗	16
4	壶腹癌的内镜下光动力治疗	25
5	胆总管狭窄合并结石的内镜治疗	33
6	十二指肠和胆道双重梗阻的经超声内镜胆管引流术	38
7	EUS 引导的十二指肠胆管造瘘术治疗胰腺癌所致的胆管梗阻	43
8	肝门部胆管肿瘤的经胃壁胆管引流术	48
9	一例高龄胆总管结石合并胆囊结石患者的内镜治疗	54
10	肝移植术后胆管吻合口狭窄应用多根塑料支架治疗	60
11	肝移植术后吻合口狭窄应用全覆膜金属支架治疗	64
12	顽固良性胆道狭窄的射频消融治疗	71
13	小肠镜辅助下 ERCP	76
14	胆管癌支架置入后再梗阻的处理	81
15	一例重度胆管狭窄的扩张操作	85
16	一例以梗阻性黄疸起病的非霍奇金淋巴瘤	91
17	一例胆管内乳头状黏液性肿瘤的内镜诊治	99
18	肝脏巨大占位伴黄疸	106
19	一例胆总管下段“占位”病例的内镜诊治	111
20	一例门脉高压性胆病引起的 ERCP 术中胆管内出血	116
21	一例特发性血小板减少症患者的 ERCP 历程	121

22	十二指肠穿孔的内镜处理	127
23	一例 ERCP 术后十二指肠血肿的处理	131
24	一例 ERCP 术后“小网膜囊积液”的诊治历程	137
25	ERCP 术后迟发性腹痛伴阴囊水肿	144
26	一例罕见的 ERCP 并发症	149

1

一例“胰腺占位”的诊治历程

【病史摘要】

患者,男性 64 岁,因发现“胰头癌”行综合治疗近 3 年,频繁发热伴黄疸 1 个月,于 2011 年 4 月入院。患者 2008 年 6 月起出现中上腹胀痛不适伴有消瘦到外院就诊,经 CT 检查诊

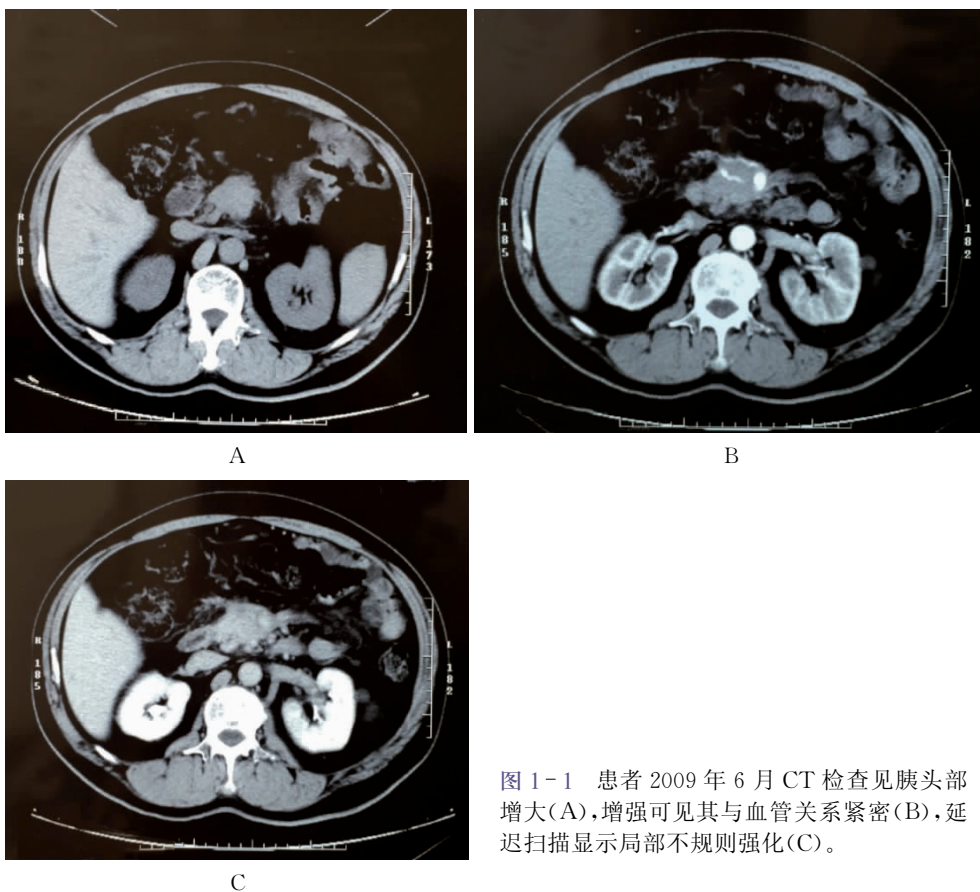


图 1-1 患者 2009 年 6 月 CT 检查见胰头部增大(A),增强可见其与血管关系紧密(B),延迟扫描显示局部不规则强化(C)。

断为“胰头癌”，由于“肿瘤与周围血管关系紧密”无法手术，遂行腹部适形放疗(220 Gy/次 × 30 次)和全身化疗[健择(注射用盐酸吉西他滨) + 氟尿嘧啶，共 3 疗程，同时口服希罗达(卡培他滨片)3 个月]，并于 2009 年至 2011 年期间服用厄洛替尼(剂量不详)，整个过程病情相对稳定，胰头部病变无明显增大。入院前 1 个月起经常不明原因发热，可伴有畏寒，体温最高 38.7℃，并出现尿黄和皮肤瘙痒，无腹痛、呕吐、黑便等。

【诊治过程】

患者入院后查体除有轻度皮肤、巩膜黄染，其他无特殊发现。完善各项检查，Tbil 28.9 μmol/L，SB 22.2 μmol/L，AKP 521 μmol/L，γ-GT 755 μmol/L，CA199 81.5 U/ml，CEA 0.9 U/ml。CT 提示胰头部占位，胆管在胰腺水平梗阻，胆管扩张(图 1-2)；MRCP 显示胆总管下段狭窄，狭窄段长约 2 cm，狭窄以上胆管显著扩张，胆囊增大，符合胰头癌侵犯胆管(图 1-3)。

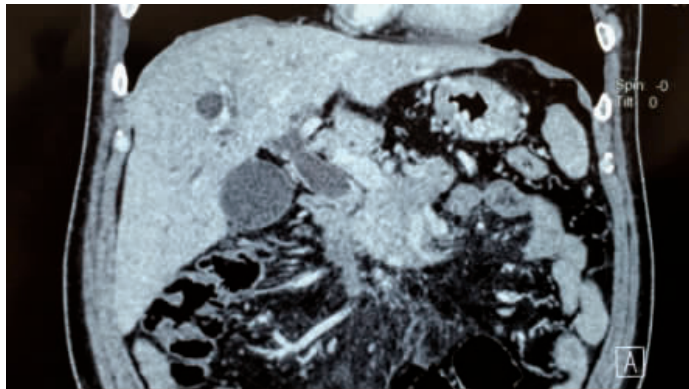


图 1-2 患者 2011 年 4 月的 CT 显示胰头部占位伴胆道梗阻。



图 1-3 MRCP 显示胆总管下段梗阻，胆管扩张，胆囊增大。

患者在完善各项检查准备后于 2011 年 4 月 27 日接受 ERCP 诊疗，术中发现，十二指肠主乳头无增大，表面轻度充血糜烂，胆管造影显示胆总管胰腺段“细线状”狭窄，管壁尚光滑，狭窄以上肝内外胆管显著扩张，考虑符合胰腺癌侵犯胆管所致，遂留置一根直径 10 mm、长度 60 mm 的非覆膜金属支架(图 1-4)，操作过程顺利，术后患者黄疸迅速消退，无特殊不适出院休养，同时再次接受局部放射治疗。

2014 年 11 月起患者频繁出现畏寒、发热，随后出现明显黄疸，再次收住入院。实验室检查：Tbil 211 μmol/L，SB 175 μmol/L，CA199 5 U/ml；MRI 及 MRCP 检查提示胰头部占位，整个肝外胆管梗阻，右侧肝内胆管扩张(图 1-5)。临床考虑肿瘤进展导致金属支架阻塞，急性胆管炎发作，于是在 2014 年 11 月 24 日安排了第二次 ERCP 操作。操作中发现十二指肠腔乳头附近有轻度狭窄，金属支架内有大量食物残渣，肝外胆管显影不佳，右侧肝内胆管显著扩张，于是放置了 2 根塑料支架以加强肝内胆管的引流(图 1-6)。术后患者胆管炎症状逐步改善，按期出院。

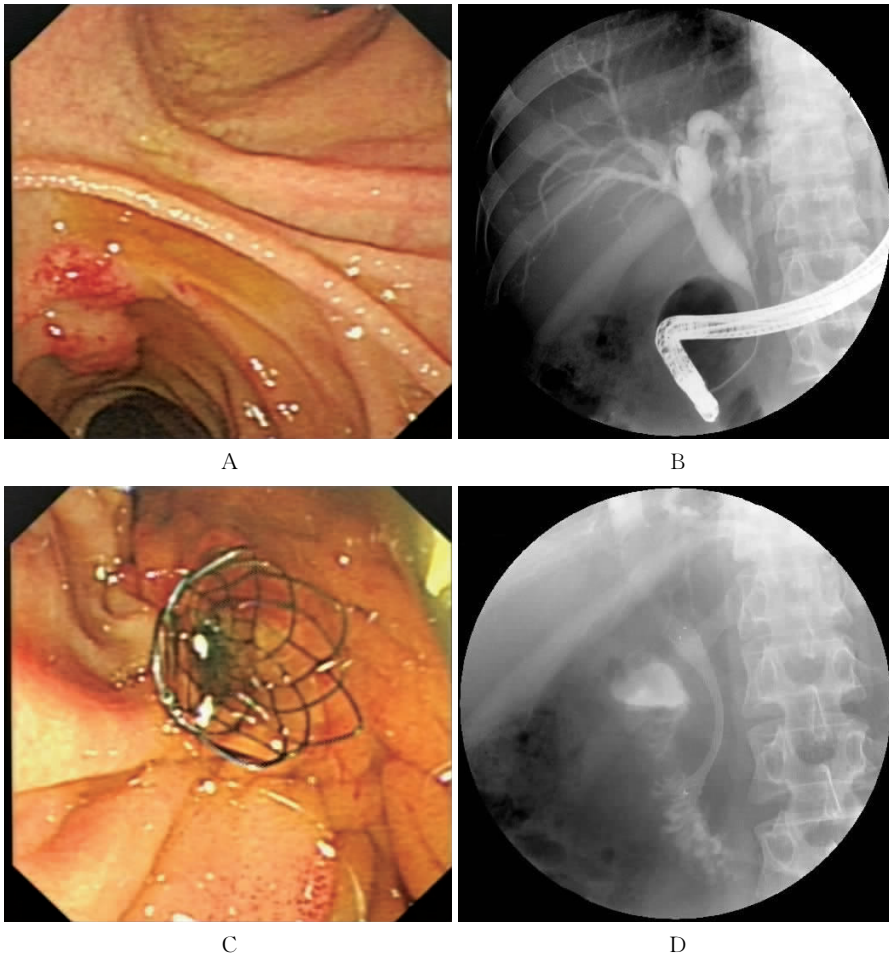


图 1-4 患者首次接受 ERCP 诊疗的情况。A. 乳头外观;B. 胆管造影所见;C、D. 留置一根金属胆道支架。

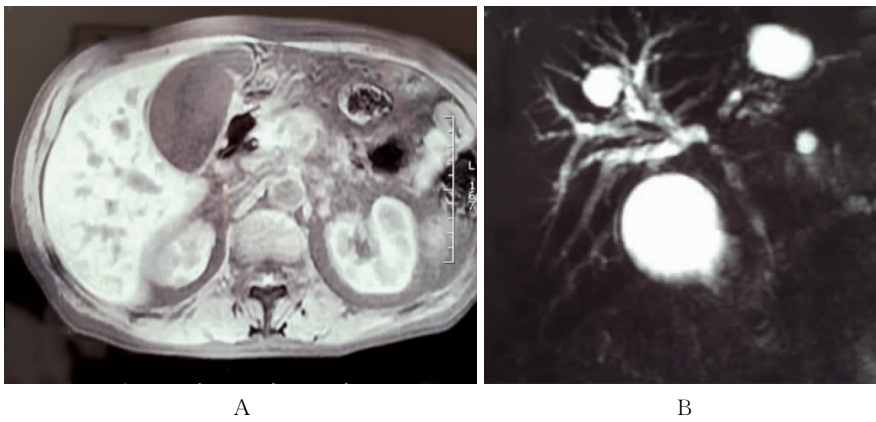


图 1-5 MRI 及 MRCP 提示胰头部占位,肝外胆管梗阻,右侧肝内胆管扩张。

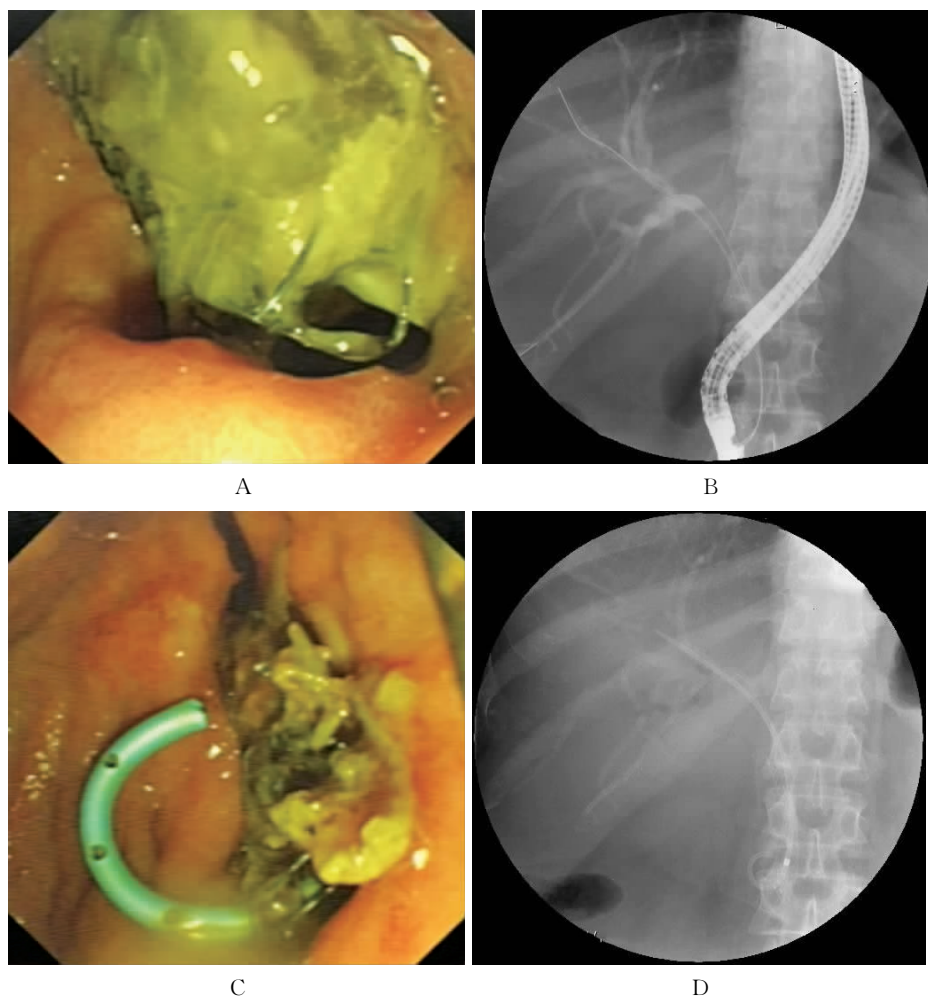


图 1-6 第二次 ERCP 操作。A. 十二指肠腔有轻度狭窄, 支架内有大量食物残渣; B. 胆管造影示右侧肝内胆管扩张; C、D. 在原金属支架腔内留置了两根塑料以改善右肝内胆管的引流。

2015 年 3 月患者再次因发热、黄疸住院, 检验 Tbil $171 \mu\text{mol/L}$, CA199 44.4 U/ml , 再次行 ERCP 诊疗, 术中经胆道清理后造影, 发现胆总管中下段, 原金属支架区域狭窄, 其他肝内外胆管无明显狭窄, 留置了 3 根塑料支架进行引流(图 1-7)。同时追加血清免疫球蛋白检查: IgA 4.12 (正常值范围 $0.70 \sim 4.00$)g/L, IgG 22.5 ($7 \sim 16$)g/L, IgM 1.26 ($0.4 \sim 2.3$)g/L, IgG4 9.14 ($0 \sim 2$)g/L, 从而修正患者的诊断为: 自身免疫性胰腺炎(I 型, 肿块型)。

患者随后接受类固醇激素治疗, 起始剂量泼尼松 30 mg/d , 2 个月后复查 IgG4 降低至正常范围, 随后逐步激素减量, 直至停药。2015 年 8 月患者再次进行 ERCP 检查, 去除阻塞的塑料支架后, 胆管造影显示胆总管狭窄明显改善, 但金属支架腔内仍见软组织影, 支架无法拔除(图 1-8)。随访至 2016 年底, 患者生活起居正常, 未有特殊不适。

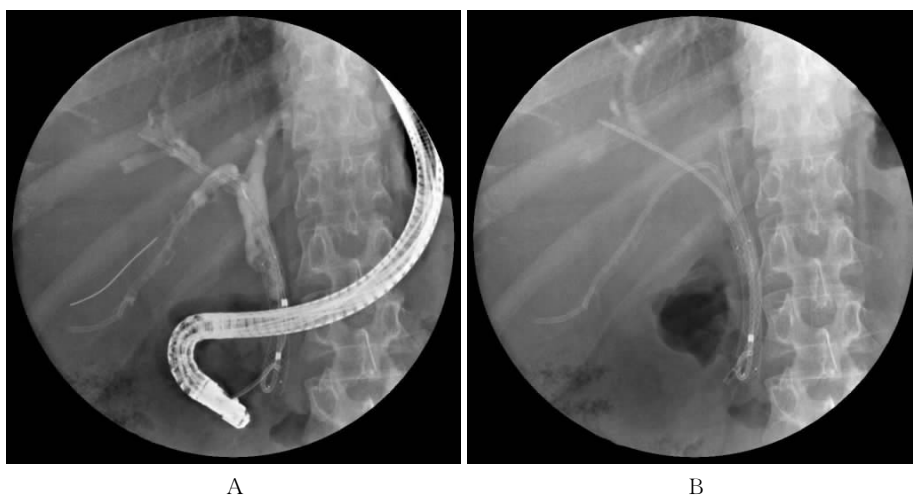


图 1-7 第三次 ERCP,造影显示胆管狭窄局限在胆总管中下段、金属支架的区域,其他胆管未见明显狭窄病灶,再次留置了 3 根塑料支架。



图 1-8 患者第四次 ERCP,激素治疗后胆总管中下段的狭窄较前明显改善。

【讨论】

这是一例自身免疫性胰腺炎(autoimmune pancreatitis, AIP)和 IgG4 相关性硬化性胆管炎(IgG4-related sclerosing cholangitis, IgG4-SC)的病例,长期误诊为胰腺癌伴胆管侵犯,由于诊断的不正确,导致治疗步入歧途。

自身免疫性胰腺炎(AIP)是一种特殊类型的胰腺炎,由于表现为胰腺弥漫性或局灶性增大,常常被误诊为胰腺肿瘤。目前国际上将 AIP 分成 2 种类型, I 型 AIP 多发于中老年男性,以胰腺弥漫性/局灶性肿大、主胰管节段性/全程狭窄为特征,血清 IgG4 水平升高,组织病理学表现为淋巴浆细胞硬化性胰腺炎(lympho-plasmacytic sclerosing pancreatitis, LPSP),且常伴有胰腺外器官受累。 II 型 AIP 多发于年轻患者,男女比例相似,是一种特发

性导管中心性胰腺炎(idiopathic duct-centric pancreatitis, IDCP),以粒细胞上皮浸润为特征的胰腺炎,常常血清 IgG4 不升高,偶伴有炎症性肠病。两种类型的 AIP 均激素治疗有效。

IgG4 相关性硬化性胆管炎(IgG4-SC)是该病在胆管系统的表现,表现为胆道系统局限性或多发性狭窄,狭窄部位多位于胆总管下段和/或肝门区胆管,常导致梗阻性黄疸、胆管炎等。IgG4-SC 容易与胆管癌或胰头癌侵犯胆管相混淆,通常前者病史较长,黄疸略轻且反复波动;胆管造影时,狭窄段可为多发性,较为平滑和对称,一般狭窄段以上的胆管扩张不充分;在行内镜超声检查时,狭窄段呈环周对称性增厚,非狭窄区域的胆管壁亦可见均匀增厚,这些特点与恶性胆管狭窄均不同。IgG4-SC 一般仍以激素治疗为主,多数患者在治疗后狭窄会有不同程度的缓解,黄疸能明显改善。胆道支架引流一般仅用于黄疸较重或合并胆管炎的病例,推荐使用塑料支架或全覆膜金属支架,可以在必要时予以拔除或更换,禁忌使用裸金属支架。

本例患者是典型的 I 型 AIP,起病于头部胰腺组织的均质性增大,由于过去对该病缺乏认识,外院依照影像学检查轻易将其诊断为“胰腺癌”,并给予了多疗程的放射治疗、化学治疗、肿瘤靶向治疗等。在出现胆管狭窄后,又想当然认为是胰腺癌进展侵犯胆总管,错误地植入了非覆膜的金属胆道支架,导致后续治疗十分被动。该患者从 2008 年发病起至 2015 年确诊的近 7 年时间里,一般状况良好,胰腺区域的“病灶”基本无发展,肿瘤标志物(如 CA19-9 等)无明显升高,这些有别于一般“胰腺癌”的自然进程,因而引起我们的怀疑,通过免疫球蛋白亚群的检查,最终揭开谜团。该患者在出现胆管狭窄时病程已超过 3 年,尽管影像显示狭窄十分明显,但黄疸较为轻微,造影可见狭窄段十分光滑、对称,然而这些“细节”没能引起我们足够的重视,仍然按照“恶性”疾病的惯性思维,草率地植入了非覆膜的金属支架,虽然患者在随后的 3 年时间里相对正常,但一旦胆管再次发生阻塞后支架无法取出,后续治疗变得十分棘手。

【临床感悟】

- 胰腺局部增大或饱满的病例,诊断恶性肿瘤需要格外谨慎,应该结合多种影像学检查、肿瘤标志物检查等结果,综合做出判断,最好考虑穿刺活检以获得组织学/细胞学证据。
- 对于胆管狭窄的良、恶性定性需要格外慎重,在胆管造影时,“平滑的”、“渐进性”、“对称性”的狭窄通常提示良性狭窄。
- 对于胆管狭窄性质尚不完全确定的病例,禁忌放置非覆膜/部分覆膜金属支架。