

经典个案病例:早期胰腺癌的诊断——有症状高危人群

1 临床诊治过程

1.1 病史 患者女性,46岁。体检发现糖类抗原19-9(CA19-9)升高2个月。无其他自主症状,既往健康,无不良嗜好,无肿瘤家族史。

1.2 体征 无阳性体征。

1.3 实验室检查 肝、肾、胰腺功能等检测无阳性发现。CA19-9:2个月内从300 U/ml升至700 U/ml;CA242:150 U/ml。

1.4 影像学检查 ①腹部B超:未见异常。②腹部CT:胰腺大小、轮廓基本正常。于胰尾部可见直径1.1cm×1.1cm低密度区,边界不整,胰周未见肿大淋巴结。肝脏多发小囊肿。诊断:胰尾占位,胰腺癌可能大。③腹部MRI:平扫:胰尾部见1.2cm×1.4cm异常信号区,边界模糊。增强扫描:胰尾部不规则异常信号区,性质待定。诊断:胰尾部类结节肿物,炎症和癌待鉴别;肝尾叶血管瘤。④EUS:胰尾部0.96cm×0.56cm低回声区,回声欠均匀,界不清。诊断:胰尾部占位,癌可能大。⑤胃镜:慢性胃炎。

1.5 诊断和鉴别诊断 胰尾占位,胰腺恶性肿瘤。

本例患者CA19-9持续升高,无任何不适表现,影像学诊断胰腺癌不排除,与家属充分协商后,决定行胰体尾切除术。

1.6 治疗 全麻下行胰体尾切除术。

探查:腹水征阴性;肝脏质地良好;胆管无扩张,胆囊正常大小。肿瘤位于胰尾部,大小1cm×0.8cm,界限清;胰周末探及肿大淋巴结;腹膜、网膜未及转移结节。

手术方式:胰体尾切除术。

1.7 术后病理 ①大体标本:肿瘤大小为0.7cm×0.8cm,边界欠清楚,切面呈黄白色、无包膜。胰管无扩张,胰腺呈慢性胰腺炎改变。②组织学:胰腺未见明确肿瘤,可见直径0.9cm异样组织区;胰尾部局灶慢性胰腺炎改变、呈中-重度不典型增生。

1.8 误诊原因 胰腺癌和慢性局灶性胰腺炎的鉴别是一个世界性的难题,尤其是在肿瘤的早期。欧洲和美国7个胰腺中心对2015例慢性胰腺炎随访2年以上,16.5%的患者发展为胰腺癌。Custillo等报道142例PD,胰腺炎占29%、胰腺癌占27.7%,作者认为早期可切除胰腺肿瘤无需针吸细胞学检查,不能切除或不能耐受手术、需放疗者应有组织细胞学的诊断。术前胰腺炎和胰腺癌鉴别困难,术前诊断胰腺癌术后病理证实30%为胰腺炎,反之误诊率达16%,即使是术中活检、FNA对鉴别诊断也无太大帮助。

对有症状高危人群的筛查或分级预警,目的是发现癌前病变(如重度不典型增生)或者是早期胰腺癌,并给予及早的干预(如手术切除)阻止它们进展到不可治愈的阶段。

因此,对于胰腺实性占位、肿瘤标志物升高、影像学显示出

肿瘤特点,恶性不排除,尤其是与患者及家属达成共识者,应积极地进行手术治疗。

1.9 预后和随访 术后恢复顺利。给予定期随访。

2 病例特点

本病例为中年女性,可归类于有症状高危人群(CA19-9持续升高),但不伴有任何胰腺癌高危因素。

肿瘤的早期诊断取决于普查,尤其是对高危人群的普查。但胰腺癌由于其特有的生物学行为及胰腺的解剖特性,胰腺癌高危人群的界定尚不统一、筛查非常困难、费效比很差;目前早期胰腺癌多是“偶然”发现的,且发现率极低。

韩国Kim等采用CA19-9筛查70940例无症状人群,结果仅筛查出4例胰腺癌,阳性预测值仅0.9%,效率十分低下,不具有实际筛查意义。日本14家医疗机构对423905例正常人行超声检查时发现39例胰腺癌,其中12例为肿瘤直径<2cm的小胰腺癌,检出率为0.0028%。

Washington大学应用EUS、ERCP、CT、CA19-9、CEA指标对具有家族性胰腺癌的高危人群进行普查后发现EUS、ERCP的敏感性和特异性较高。因此,采用CA19-9、BUS对胰腺癌进行普查的敏感性低,而采用CT、EUS、ERCP敏感性提高,但费效比高、可行性差。

胰腺癌的高危人群分为无症状高危人群和有症状高危人群。对胰腺癌的筛查应采取分级预警的方式;肿瘤标志物的联合检测、薄层CT、EUS等多项技术的运用。上述病例也证实了CA19-9和BUS在胰腺癌早期诊断上的局限性。有症状高危人群采取胰腺癌“疑似”病例的红色预警、进行胰腺癌的专门检查。对有症状或无症状高危人群进行筛查、检出的胰腺癌病期早,但易于误诊。

对诊断明确者,应及时进行规范化治疗;按根治原则切除标本、清扫淋巴结。

对明确诊断者术后应酌情进行辅助治疗,但对早期胰腺癌是否化疗、化疗后临床是否受益尚有不同意见。应针对不同患者酌情应用。

3 点评

胰腺癌缺乏有效的早诊手段,肿瘤标志物、影像学 and 内镜技术均不能满足临床诊断的需要。因此,胰腺癌的早期诊断是世界性难题。

就目前胰腺癌的诊治水平,对胰腺癌无症状高危人群的筛查、发现早期胰腺癌非常困难;而且费效比十分不理想。对有症状高危人群,须加大胰腺癌早诊、早治优越性的宣教力度,使患者、家属、首诊医师提高警惕,对其进行定期随访、分级预警,以达到早期诊断、提高费效比的目的(王成锋)。

收稿日期:2011-01-13

本文摘自赵平,王成锋教授主编的《恶性肿瘤规范化、标准化诊治丛书——胰腺癌分册》。本书是卫生部医管司、国家癌症中心和中国医学科学院肿瘤医院组织编写,由全国各地三级甲等医院和省级肿瘤专科医院的一线专家学者共同完成,以病种分册,由人民卫生出版社陆续出版。各个分册内容具有5大亮点:①诊断原则和程序;②治疗原则和程序;③临床路径;④规范化的个体化治疗经典病例;⑤精彩专家点评。本套丛书是对理论高度凝练和对实践精彩展示的完美契合,对各类肿瘤诊治程序的流程图让规范化和标准化的诊治理念跃然纸上,各具特色的精选病例让读者领会如何将规范和标准落到实处和灵活运用。该书定价58.00元,已经由人民卫生出版社出版,邮购电话:67605754。

作者: [王成锋](#)
作者单位:
刊名: [中国医刊](#) **ISTIC**
英文刊名: [CHINESE JOURNAL OF MEDICINE](#)
年, 卷(期): 2011, 46 (8)

本文读者也读过(10条)

1. [刘艳雯, 郭汲源, LIU Yan-wen, GUO Ji-yuan](#) 门诊镇静催眠药使用情况分析[期刊论文]-[中国医刊](#)2011, 46 (8)
2. [隋忠国, 苏乐群, 杨蕊, 赵俊](#) 茶碱的合理用药指导[期刊论文]-[中国医刊](#)2011, 46 (7)
3. [张芸, 王世富, 李玉, ZHANG Yun, WANG Shi-fu, LI Yu](#) 长期家庭无创正压通气治疗重度慢性阻塞性肺疾病疗效分析[期刊论文]-[国际呼吸杂志](#)2011, 31 (15)
4. [石秀锦, 王烨, 李影影, 蔡郁, 陈峥](#) 静脉药物配置中心不合理医嘱统计与分析[期刊论文]-[中国医刊](#)2011, 46 (7)
5. [李兆申, 余志良, 周国中, 邹晓平, 贺佳, 蔡全才, 胡先贵, 王强](#) 胰腺癌误诊因素分析[期刊论文]-[解放军医学杂志](#)2002, 27 (4)
6. [王明轩, 刘凤奎](#) 疑难病例解析第8讲发热伴进行性肾功能不全病例解析[期刊论文]-[中国医刊](#)2011, 46 (8)
7. [那开宪](#) 冠心病伴高血压降压应注意的问题[期刊论文]-[中国医刊](#)2011, 46 (7)
8. [孙芳芳, 肖红丽, 阴赅宏](#) 肝硬化合并上消化道出血的诊治[期刊论文]-[中国医刊](#)2011, 46 (7)
9. [王婧, 刁宗礼, 曹邦伟](#) 肝硬化并发症的处理[期刊论文]-[中国医刊](#)2011, 46 (7)
10. [吴东, 黄晓明, 陈嘉林](#) 临床思维的陷阱[期刊论文]-[中华全科医师杂志](#)2011, 10 (8)

本文链接: http://d.wanfangdata.com.cn/Periodical_zgyk201108037.aspx