

肝内胆管细胞癌淋巴结转移的 CT 表现

于磊^{1,2}, 刘伟¹, 尹朝晖³, 李小宝¹

1. 山东省医学科学院放射医学研究所 山东 济南 250062; 2. 山东省交通医院 CT 室; 3. 济南军区总医院

摘要: 目的 探讨肝内胆管细胞癌淋巴结转移的 CT 特征。方法 选择于 2013 年 12 月~2015 年 12 月在我院治疗的肝内胆管细胞癌淋巴结转移患者 86 例, 总结其螺旋 CT 表现, 主要是观察转移淋巴结的大小、分布、密度, ICC 转移淋巴结分组及淋巴结转移与肿瘤分化程度的关系。结果 ①86 例患者中, 共发生淋巴结转移 42 例, 占 48.8%; ②42 例肝内胆管细胞癌淋巴结转移率由高到低依次为: 肝十二指肠韧带淋巴结转移 36 例, 占 85.7%, 贲门-胃小弯-胃左淋巴结组 19 例, 占 45.2%, 胰头后方淋巴结组 18 例, 占 42.8% 等; ③在发生淋巴结转移的 42 例患者中, 组织学分型为高-中分化癌的有 33 例, 低分化型的有 9 例。结论 螺旋 CT 能够清晰诊断肝内胆管细胞癌淋巴结转移情况, 为临床治疗提供可靠的参考, 值得推广应用。

关键词: 肝内胆管细胞癌; 淋巴结转移; CT 表现; 预后

中图分类号: R814.42 文献标识码: B 文章编号: 1004-714X(2016)06-0755-03

DOI:10.13491/j.cnki.issn.1004-714x.2016.06.040

肝内胆管细胞癌是发生于肝内二级胆管以上的胆管上皮的恶性肿瘤, 其发病率约为 20%~25%, 仅次于肝细胞性肝癌。近年来, 本病在世界范围内的发病率呈上升趋势。本病发病迅速, 隐匿性强, 易出现淋巴结转移, 临床预后差, 而淋巴结转移则是恶化本病预后的重要因素^[1]。鉴于此, 术前对肝内胆管细胞癌患者的上腹部淋巴结转移情况进行准确评价, 辅助选择手术方式、判断手术可行性、预测预后十分重要^[2]。为明确肝内胆管细胞癌淋巴结转移的 CT 特征, 本次研究回顾性分析了于 2013 年 12 月~2015 年 12 月在我院治疗的 86 例肝内胆管细胞癌淋巴结转移患者的 CT 影像学资料, 现将结果报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择于 2013 年 12 月~2015 年 12 月在我院治疗的肝内胆管细胞癌淋巴结转移患者 86 例, 纳入标准为: ①均经手术治疗和病理学诊断, 确诊为肝内胆管细胞癌淋巴结转移; ②患者均知情同意, 签署知情同意书; ③本研究经医院伦理道德委员会研究批准。86 例患者中, 男 50 例, 女 36 例, 年龄 33~74 岁, 平均(49±12.6)岁, 病程 4 个月~3 年, 平均(1.7±0.4)年, 临床表现以呕吐、腹部不适、全身乏力、夜间盗汗等为主。原发性肿瘤位于左侧肝叶 40 例, 位于右侧肝叶 46 例。

1.2 病理学检查 86 例患者手术切除组织后, 均进行病理学检查。依据日本肝癌研究会的分型标准, 86 例患者中包括肿块型 62 例, 管周浸润性 12 例, 管内生长型 12 例。组织学分型为高分化癌的有 42 例, 中分化癌的有 30 例, 低分化癌的有 14 例。

1.3 仪器与造影剂 使用飞利浦 256iCT 机, 碘海醇非离子型造影剂。

1.4 螺旋 CT 扫描 ①扫描参数设定为: 电压为 125 kV, 电流为 200~250 mA, FOV 为 32 cm。②扫描模式采用 4 mm×3 mm 和 16 mm×1.5 mm, 重建层厚为 5~7 mm。③扫描范围为从膈顶到肝下缘。④用高压注射器经手背静脉注射碘海醇 85 ml, 流率为 3.5 ml/s。⑤在注射碘海醇 25、70、360 s 时进行肝动脉期、门静脉期、延迟期扫描。

1.5 影像分析 ①由两名经验丰富的影像学诊断医师分析螺旋 CT 图像, 主要观察肝内胆管细胞癌淋巴结转移发生情况, 转移分组情况等。②淋巴结阳性: 淋巴结短径>1 cm。1.0 cm<I 级淋巴结短径<2.5 cm, 2.5 cm≤II 级淋巴结短径。③淋巴结分组包括 6 种: 肝门、肝十二指肠韧带淋巴结转移; 腹主动脉旁淋巴结转移; 肝总动脉淋巴结转移; 胰后淋巴结转移; 腹腔干淋巴结转移; 贲门-胃小弯-胃左淋巴结转移。

1.6 统计学方法 所有数据均使用 EXCEL 录入, SPSS17.0 统计软件分析, 计数资料采用百分率(%)表示, 行 χ^2 检验, 计量资料采用均数±标准差($\bar{x} \pm s$)表示, 行 t 检验, 差异以 $P<0.05$ 具统计学意义。

作者简介: 于磊 (1982-) 男, 医学硕士, 主治医师, 从事医学影像诊断工作。
通讯作者: 刘伟, Email: sdfsyx@126.com

2 结果

2.1 肝内胆管细胞癌淋巴结转移发生情况 86 例患者中,共发生淋巴结转移 42 例,占 48.8%。在 42 例出现淋巴结转移的病例中,呈分离结节影的有 35 例,占 83.3%,呈淋巴结融合的有 7 例,占 16.7%。转移淋巴结普遍边缘模糊,短径在 1~4 cm 之间。有 20 例呈 II 级淋巴结增大,占 47.6%。有 22 例存在淋巴结坏

死,占 52.4%。增强扫描显示,转移淋巴结均有轻度、重度强化,但坏死部分无强化。

2.2 肝内胆管细胞癌淋巴结转移分组情况 42 例肝内胆管细胞癌淋巴结转移率由高到低依次为:肝十二指肠韧带淋巴结转移 36 例,占 85.7%,贲门-胃小弯-胃左淋巴结组 19 例,占 45.2%,胰头后方淋巴结组 18 例,占 42.8% 等。见表 1。

表 1 肝内胆管细胞癌淋巴结转移分组情况

淋巴结转移分组	例数	所占比例(%)	I 级(枚)	II 级(枚)
肝十二指肠韧带淋巴结组	36	85.7	39	12
贲门-胃小弯-胃左组	19	45.2	26	11
胰后淋巴结组	18	42.8	22	7
腹主动脉淋巴结组	16	38.0	19	5
肝总动脉淋巴结组	14	33.3	19	0
腹腔干淋巴结组	9	21.4	18	0

2.3 淋巴结转移与肿瘤分化的关系 在发生淋巴结转移的 42 例患者中,组织学分型为高-中分化癌的有 33 例,低分化型的有 9 例。见表 2。

表 2 淋巴结转移与肿瘤分化的关系 [n(%)]

组别	高、中分化	低分化
淋巴结转移(n = 42)	33(78. 5)	9(21. 5)
无淋巴结转移(n = 44)	40(90. 9)	4(9. 1)
P	<0. 05	<0. 05

3 讨论

3.1 肝内胆管细胞癌 肝内胆管细胞癌(ICC) 是指发生于包括二级胆管在内的,未梢侧的原发性胆管细胞癌,属于原发性肝癌^[3]。近年来,ICC 的发病率逐年上升,且高发于 55~75 岁区间,男性发病率明显高于女性,在本次研究中,86 例患者中,男 50 例,女 36 例,年龄 33~74 岁,平均(49 ± 12. 6) 岁,与相关报道相符合^[4]。ICC 临床表现不明显,早期多以全身无力、腹部不适、消化不良为主要症状,患者多是在体检时发现肝脏功能异常、肝脏肿大而检出本病,至发病晚期,患者可出现腹部包块、消瘦、腹痛等症状。也有少数患者会出现黄疸,或是淋巴结转移,极少数患者会出现白细胞计数升高、高烧等^[5]。ICC 的发病因素一般为胆管系统障碍所致的肝硬化、胆汁淤滞等,尤其是先天性胆管病变、寄生虫感染等,会极大地增加 ICC 的发病率。先天性胆道系统畸形也会增加 ICC 的发病率,如先天性胆总管囊肿、先天性肝内胆管扩张症、纤维囊性肝疾病等^[6]。

3.2 肝内胆管细胞癌与淋巴结转移 当前,医学界一致认为影响 ICC 预后的因素包括以下几个:单发及多发肿物;手术切缘状态;肿瘤是否分布于左右半肝;肿瘤大小;肿瘤有无侵袭血管;是否存在淋巴结转移等^[7]。其中,是否存在淋巴结转移是影响 ICC 预后的重要因素。有研究者回顾性分析了 115 例 ICC 淋巴结转移患者的 1、3、5 年预后,发现 ICC 淋巴结转移的 1、3、5 年生存率分别为 52.2%、31.3%、24.3%,并且 ICC 淋巴结转移患者的 1、3、5 年生存率要明显低于无淋巴结转移的 ICC 患者。因此,如何判断 ICC 是否存在淋巴结转移就显得尤为重要。

3.3 ICC 淋巴结转移的 CT 检查 当前,影像学检查仍是判断 ICC 淋巴结转移的重要方式,在本次研究中,CT 检查发现 86 例患者中,共发生淋巴结转移 42 例,占 48.8%,这与相关报道数据相符合^[8]。本次研究还发现,出现转移的淋巴结主要表现为边缘不清晰、分离结节影,很少融合,究其原因,可能为转移淋巴结侵犯被膜及周围组织,呈浸润性增长。从转移类型来看,本组发生淋巴结转移的患者,以肝十二指肠韧带淋巴结转移的发生率最高,占 85.7%,其原因可能为肝十二指肠韧带组是淋巴引流的主要途径。其次,依次为贲门-胃小弯-胃左淋巴结组占 45.2%,胰头后方淋巴结组占 42.8%,腹主动脉淋巴结组占 38.0%,肝总动脉淋巴结组占 33.3%,腹腔干淋巴结组占 21.4%。绝大部分 ICC 淋巴结转移患者出现多组淋巴结受累,且分布非常集中。

从 ICC 淋巴结转移病例的分化程度来看,在发生

淋巴结转移的 42 例患者中,组织学分型为高-中分化癌的有 33 例,低分化型的有 9 例,说明淋巴结转移发生率与肿瘤分化程度有明显的相关性,这与国内同类报道的结果也相符合^[9]。但本次研究因病例较少,样本容量小,因而也存在一定的不足之处。

3.4 ICC 淋巴结转移的清扫 有研究认为,ICC 淋巴结转移患者进行淋巴结清扫可有效控制远处淋巴结转移,进而降低 ICC 淋巴结转移率,并主张对患者实施肝十二指肠韧带淋巴结清扫,以改善患者预后^[10]。但国内也有研究认为,对 ICC 淋巴结转移患者进行清扫,并不能改善患者的预后,也不能控制术后淋巴结转移,主张对 ICC 淋巴结转移患者实施转移淋巴结切除,并对肝十二指肠韧带进行银夹标记和术后放疗,这虽然不能延长患者的生存期,但能提高患者在一段时间内的生存质量^[11]。在国外,西方国家并没有将淋巴结清扫列入常规治疗,相关学者对于是否进行淋巴结清扫也没有达成一致认识,有学者认为进行淋巴结清扫会引起更多的并发症。也有研究者认为,根据患者术前检查结果,结合术中探查,已经可以发现绝大多数阳性淋巴结,这时可以实施淋巴结清扫,但如果没有发现淋巴结,那么在对这类患者实施清扫后,往往很难在病理检查时检测出阳性率,因而未必一定要进行淋巴结清扫^[12]。综上所述,结合本次研究的结果,以及相关业界研究理论,可以认为,螺旋 CT 能够清晰诊断肝内胆管细胞癌淋巴结转移情况,为临床治疗提供可靠的参考,值得推广应用。

参考文献

[1] 彭可雨,梁汉欢,邹亚毅. MRI 动态增强对肿块型周围型肝内胆

管细胞癌的诊断价值[J]. 中国 CT 和 MRI 杂志, 2013, 8(06): 34-36.

[2] 蔡顺达,卢昌宏,谈瑞生,等. 肝内胆管细胞癌的 MSCT 诊断和鉴别[J]. 上海医学影像, 2012, 19(02): 91-93.

[3] 高剑波,孔祥泉,张智翔,等. 胆管癌螺旋 CT 强化特征与病理学对照研究[J]. 临床放射学杂志, 2014, 23(12): 1066-1069.

[4] 李绍林,张雪林,陈燕萍,等. 肝内周围型胆管细胞癌 CT 和 MRI 诊断及病理基础研究[J]. 中华放射学杂志, 2014, 38(10): 1072-1074.

[5] 黄龙,严茂林,魏少明,等. 肝内胆管黏液腺癌与肝内胆管细胞癌的临床病理特征及预后分析[J]. 中华消化外科杂志, 2016, 15(4): 335-338.

[6] 魏建国,刘勇. 肝细胞癌、肝内胆管细胞癌与肝样癌的鉴别中 BSEP 和 MDR3 是一种非常有用的免疫组化标志物[J]. 临床与实验病理学杂志, 2016, 32(3): 317-317.

[7] 陈枫,赵大伟,赵晶,等. 硬化型肝癌与肝内肿块型胆管癌的影响征象及病理学对比分析[J]. 临床放射学杂志, 2016, 35(3): 375-379.

[8] 沈泽天,王震,武新虎,等. 射波刀 Cyberknife 治疗无法手术切除原发性肝内胆管细胞癌疗效观察[J]. 肿瘤防治研究, 2015, 40(8): 818-823.

[9] 丁怀银,孙晓东,朱西琪,等. 无胆管扩张的肝内胆管细胞癌的 MRI 特征及其病理基础[J]. 中华放射学杂志, 2015, 49(2): 113-116.

[10] 刘永成,李书红,双泽宇,等. 术前外周血中性粒细胞/淋巴细胞比值对肝内胆管细胞癌术后预后的影响[J]. 中国普通外科杂志, 2014, 23(2): 160-165.

[11] 曾永毅,黎蕴通,张翔. 腹腔镜淋巴结清扫对肝内胆管细胞癌预后影响的系统评价[J]. 中华消化外科杂志, 2016, 15(4): 339-345.

[12] 刘青青,王振光,王楠,等. 非霍奇金淋巴瘤与广泛淋巴结转移癌的¹⁸F-FDGPET/CT 淋巴结影像特征比较[J]. 中华核医学与分子影像杂志, 2016, 36(2): 142-145.

收稿日期: 2016-09-03 修回日期: 2016-10-28

摘要编排规范

DOI:10.13491/j.cnki.issn.1004-714x.2016.06.041

要求 摘要应具有独立性,便于读者获取必要的信息;应着重反应研究中的创新内容和作者的独到观点;中文摘要应用第三人称角度撰写,不加评论和解释。新术语或商务可是汉语译名的术语,可使用原文或在译名后家括号注明原文。字数以 300 字左右为宜。

格式 论著类文章摘要,按照结构式摘要撰写。内容包括研究“目的(Objective)”、“方法(Methods)”、“结果(Results)”、“结论(Conclusion)”四部分。各要素英文小标题应根据实际情况确定单复数。综述类文章摘要,其内容应包括综述的主要目的、资料来源、资料选择、数据提炼、数据综合和结论等。可以写成结构式摘要,也可以写成指示性或报道性摘要。

本刊编辑部