

胆囊癌的超声误漏诊分析

杨李霞 殷平

【摘要】 目的 分析总结超声误漏诊的胆囊癌声像图特征,探讨胆囊癌术前超声误漏诊的原因。方法 回顾性分析术前超声误漏诊,而术中或术后病理学检查证实胆囊癌的 9 例患者的超声声像图特征。结果 9 例患者中术前超声误漏诊为胆囊炎、胆囊结石 5 例,胆囊炎伴炎性胆泥、胆囊结石伴胆囊壁局部增厚、胆囊多发息肉、胆囊肿大伴胆泥沉积各 1 例。结论 胆囊癌的超声误漏诊原因主要是胆囊癌声像图表现多样化,且常合并胆囊结石、胆泥沉积而掩盖了肿瘤图像,临床需仔细观察、综合分析,以提高超声对胆囊癌的诊断率。

【关键词】 胆囊癌 超声诊断 误漏诊

原发性胆囊癌是一种恶性程度很高的肿瘤^[1-3],发病率居消化道恶性肿瘤第 5 位,居胆道恶性肿瘤首位^[4]。超声检查被公认为胆囊癌的首选诊断方法。笔者回顾性分析 2014 年 1 月至 2016 年 10 月台州市立医院诊治的因各种胆囊疾病行胆囊切除术的患者 756 例,其中胆囊癌 14 例,9 例为术中或术后病理学检查证实,术前超声诊断率仅为 35.7%(5/14)。本文对该 9 例胆囊癌超声误漏诊的原因进行分析,以期为临床提高胆囊癌的超声诊断率提供帮助,现报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 9 例术前超声误漏诊患者中男 3 例,女 6 例,年龄 44~80(63.5±0.3)岁。临床表现为反复右上腹痛、不适 7 例,2 例伴恶心、呕吐等消化道症状,3 例伴发热,1 例伴黄疸。9 例患者中伴胆囊结石 6 例,结石史最长者达 30 年。术后病理学检查提示胆囊中低分化腺癌 4 例,中分化腺癌 2 例,乳头状腺癌 1 例,黏液样腺癌 1 例,腺鳞癌 1 例。

1.2 术前超声检查方法 本组患者使用 Sequoia 512、Philips iU 22 彩色多普勒超声诊断仪,探头频率 3~5 MHz。检查方法:患者禁食 8h 以上,检查时取仰卧位及左侧卧位,行右季肋纵切扫查和右肋间斜切扫查,二维超声观察胆囊形态、大小及壁厚度、囊腔内有无占位性病变,病变处血供情况,胆汁的透声性,有无结石,并观察肝脏实质、肝内外管道及肝门部结构情况。

1.3 结果 本组术前超声误漏诊患者声像图特征如

下。(1)胆囊炎、胆囊结石 5 例(图 1),表现为囊壁增厚 4~11mm,内壁毛糙,胆囊内胆汁透声欠佳。1 例见范围约 58mm×36mm 杂乱回声,内由炎性泥沙样回声及多发结石组成,结石大者 5mm×4mm。1 例囊内见较多云雾状回声及片状高回声团,胆囊内见数枚强光团,大者 21mm×15mm,后方伴声影,可移动。2 例囊内见胆泥样低强回声,胆囊颈部见 5mm×4mm 等强光团。1 例囊内充满结石征象。(2)胆囊炎伴炎性胆泥 1 例(图 2),表现为胆囊壁增厚、毛糙,胆囊内胆汁透声欠佳,近底部囊内见低弱回声团,边界欠清,形态欠规则,内回声不均,团块内未见明显血流信号。(3)胆囊结石伴胆囊壁局部增厚 1 例(图 3),胆囊底壁及体部增厚约 4~8mm,底壁局部较明显,未见明显血流信号;胆囊腔内数个伴声影强光团。(4)胆囊壁多发息肉 1 例(图 4),表现为囊内壁见数个偏高回声团隆起,无重力移位,其中一处范围约 32mm×10mm,表面呈菜花状,基底较宽,内散在较强光点;其旁一个 12mm×8mm 隆起相邻。胆囊内胆汁透声好,未见明显强光团。胆囊隆起样回声团内见条状血流信号,未测及满意频谱。(5)胆囊肿大伴胆泥沉积(图 5)、肝内外胆管多发结石伴胆管扩张 1 例,表现为胆囊约 79mm×41mm 大小,壁厚 3mm,未见明显附壁回声物。胆囊内胆汁透声差,未见强光团。肝内外胆管扩张,左肝管内径 24mm,右肝管内径 17mm,左肝管结石 34mm×12mm,右叶胆管结石多枚,最大 18mm×10mm,胆总管结石多枚,最大 17mm×13mm。

2 讨论

胆囊癌好发于中老年人,以腺癌多见,男女发病率不同,女性明显高于男性。其发病机制不清,大多认为胆囊结石的慢性刺激是重要的致病因素,以及慢性胆囊炎

doi: 10.12056/j.issn.1006-2785.2017.39.15.2017-357

作者单位:318000 台州市立医院超声科

通信作者:殷平,E-mail:zjtzyping@126.com

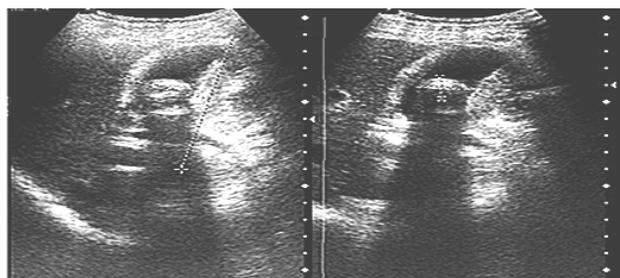


图1 表现为胆囊炎、胆囊结石的声像图

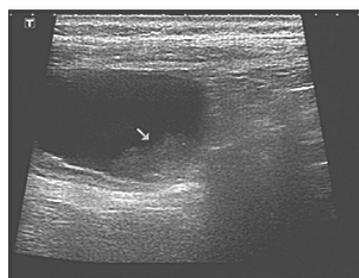


图2 表现为胆囊炎伴炎性胆泥的声像图(箭头示炎性胆泥)

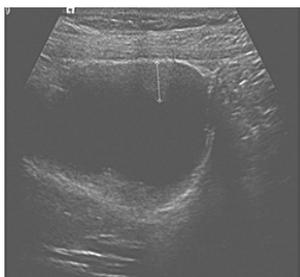


图3 表现为胆囊结石伴胆囊壁局部增厚的声像图



图4 表现为胆囊壁多发息肉的声像图(箭头示胆囊息肉)

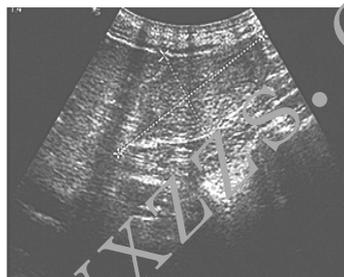


图5 表现为胆囊肿大伴胆泥沉积的声像图

反复刺激黏膜导致肠上皮化生引发癌变^[5-7];也有说法是胆道肿瘤的发生与其梗阻、感染致使胆酸转化成有致癌作用的胆蕙和甲胆葱有关^[8]。由于胆囊癌的超声图像不具特异性,诊断较困难,发现时多为中晚期,预后较差^[9-10],手术根治率较低^[11],因此,早期诊治极为重要。超声检查被公认为胆囊癌的首选诊断方法,但由于其自身的局限性,胆囊癌早期诊断率较低(23%)^[8]。

本研究胆囊癌术前超声诊断率仅为35.7%,误漏诊率高,现分析可能原因如下。(1)癌症肿块回声低弱,与胆泥回声相似,易误认为是炎性胆泥。(2)胆囊壁局部增厚,误认为是由慢性胆囊炎引起的,未仔细分析胆囊壁增厚的形态及与周围囊壁的关系。(3)胆囊多发结石伴胆囊炎,由于胆囊结石及其声影的干扰,特别是伴囊内胆泥沉积时易掩盖微小的癌灶而被忽视。(4)胆囊多发隆起样病变,由于病灶多发,部分融合,病灶基底部宽窄较难分辨清楚,因此建议超声造影,超声造影结果提示胆囊息肉样病变(由于本研究行超声造影的患者较少,且超声造影结果可能受患者呼吸运动、胆囊位置等因素的影响,不能因此否认超声造影对胆囊癌的诊断价值)。可见对于基底宽窄较难分辨,较大的胆囊隆起样病变应高度警惕癌变的可能。(5)充满型胆囊癌,由于其类似于胆囊内充满稠厚胆汁而误漏诊为由于囊内胆汁透声差引起的超声表现,但是其间接征象或许应引起重视,超声表现为肝内外胆管及胆总管明显扩张伴多发结石。

对于如何降低术前超声胆囊癌的误漏诊率,笔者总

结以下体会。(1)提高对胆囊癌的警惕性,由于胆囊癌的发病率较低,日常超声工作中医师易忽视胆囊癌或合并胆囊癌存在的可能。(2)对胆囊病变作常规彩色多普勒超声检查,并随时调整血流速度标尺,尽量使血流显示,如检测到血流,特别是检测到高速动脉样血流信号,是胆囊癌的重要诊断指标。(3)对于多发胆囊结石合并胆囊炎者,应多体位、多切面扫查,力求使整个胆囊的底、体、颈等部分均显示清楚,并注意是否存在可疑病灶,据文献报道胆囊癌合并结石者占60%~80%^[12]。(4)类似于胆泥样的偏高回声团,应多改变其体位,看是否有移动,形态是否有改变,如果没有就应该提高警惕,特别是胆泥样回声伴多个强光点者,同时应该常规作彩色多普勒超声检查,如检测到血流则可排除胆泥,对未检测到血流的病灶也不能放松警惕,可建议患者行超声造影检查。超声造影可实时观察病灶血流特征,能显示肿瘤血供及微血管灌注情况,较准确的检测出肿瘤浸润性生长末端以及走形扭曲的微小动脉^[13-14]。(5)胆囊壁局部增厚,应仔细观察增厚囊壁连续性,是否有中断,是否有局部明显增厚,并作彩色多普勒超声检查,如检测到高速动脉血流则高度提示胆囊癌可能,如没有可换用高频探头,由于早期胆囊癌病灶较小,血流不丰富,彩色多普勒超声往往对此显示不敏感,而高频探头可适当提高血流的检出率,并且对微小病灶的显示也更加的清晰。Konstantinidis等^[15]认为当患者年龄>52岁,胆囊壁厚>5mm,病变直径>9mm,可以支持胆囊癌的诊断。

(6)胆囊壁多发隆起样病灶,如病灶基底部较宽,形态不规则,直径>10mm 的均不能除外癌症可能,需定期复查,或行超声造影检查,超声造影可更加清晰显示病灶基底部及病变附着处胆囊壁的结构^[16]。(7)对于充满胆泥的肿大胆囊,需认真分析其声像特征及间接征象,并结合临床表现,如不明原因的黄疸等,综合分析,仔细鉴别;胆泥沉积的声像图一般表现为低弱回声的密集光点,如其光点较粗与肝脏实质回声差异不明显时,应考虑存在充满型胆囊癌的可能。

综上所述,胆囊癌的超声误漏诊原因主要是胆囊癌声像图表现多样化,且常合并胆囊结石、胆泥沉积而掩盖了肿瘤图像,需仔细观察、综合分析,并运用超声造影等技术以提高超声对胆囊癌的诊断率。

3 参考文献

- [1] 周立. 胆囊癌误诊病例分析[J]. 肝胆外科杂志, 2003, 11(4):296-297.
- [2] 陆淑梅. 厚壁型胆囊癌的超声诊断分析 [J]. 内蒙古医学杂志, 2005, 37(8):706-707.
- [3] 林展辉. 原发性胆囊癌的超声诊断[J]. 中国医学影像学杂志, 2005, 13(6):446-449.
- [4] 金浩, 刘会春, 周少波, 等. ciudin-1 在胆囊癌中的表达及意义[J]. 蚌埠医学院学报, 2012, 37(1):22-24.
- [5] 石景森, 杨毅军. 原发性胆囊癌与胆囊结石的关系研究进展[J]. 中华普通外科杂志, 2006, 29(4):8-11.
- [6] 吴阶平, 裘法祖, 黄家驷. 外科学[M]. 北京: 人民卫生出版, 2000:1291.
- [7] Hawkins W G, DeMatteo R P, Jarnagin W R, et al. Jaundice Predicts advanced disease and early mortality in Patients with gallbladder cancer[J]. Ann Surg Oncol, 2004, 11(3): 310-315.
- [8] Pandey M, Sood B P, Shukla R C, et al. Carcinoma of the gallbladder: role of sonography in diagnosis and staging[J]. J Clin Ultrasound, 2000, 28(5):227-232.
- [9] 汤焕亮, 曹浩强, 费建国. 胆囊癌的超声漏诊分析[J]. 肝胆外科杂志, 2007, 15(6): 434-435.
- [10] 钱永坤, 蒋新卫, 顾新华, 等. 胆囊癌 72 例的外科治疗[J]. 苏州大学学报(医学版), 2005, 25(6):1121-1122.
- [11] 张志良, 刘永存. 54 例原发性胆囊癌的手术治疗体会[J]. 现代肿瘤医学, 2009, 17(9):1739-1740.
- [12] 曹军英, 蒋苏齐, 蔡惠红, 等. 胆囊疾病的三维超声成像特点[J]. 沈阳部队医药, 2008, 21(2):75-77.
- [13] 周琦, 姜珏, 刘百灵, 等. 超声造影在胆囊癌诊断中的应用价值[J]. 中华超声影像学杂志, 2003, 7(5): 416-418.
- [14] 杨伟, 司芬, 钱晓莉, 等. 胆囊癌实时灰阶超声造影征象研究[J]. 中国超声医学杂志, 2012, 28(8):741-744.
- [15] Konstantinidis I I, Bajpai S, Kambadakone A R, et al. Gallbladder Lesions Identified on Ultrasound. Lessons from the Last 10 Years. Journal of Gastrointestinal Surgery, 2012, 16(3): 549-553.
- [16] 孙丽萍, 徐辉雄, 刘琳娜, 等. 超声造影在胆囊息肉样病变鉴别诊断中的应用价值[J/CD]. 中华医学超声杂志(电子版), 2013, 10(12): 1013-1019.

(收稿日期:2017-02-23)

(本文编辑:李媚)

中国科协印发科技工作者自律规范:坚持四个“自觉”坚守四条“底线”

为弘扬科学精神,中国科学技术协会 2017 年 7 月 13 日印发《科技工作者道德行为自律规范》。近年来,我国科技发展取得举世瞩目的成就,也暴露出一些问题。2015 年以来,我国科技界接连遭遇国外出版集团较大规模的集中撤稿,造成恶劣社会影响,国际声誉受到直接冲击。撤稿事件反映出我国少数科技工作者缺乏自律意识,底线意识不强,在名利诱惑面前心态失衡。

自律规范要求广大科技工作者严于律己,坚持自觉担当科技报国使命、自觉恪尽创新争先职责、自觉履行造福人民义务、自觉遵守科学道德规范,坚守反对科研数据成果造假、反对抄袭剽窃科研成果、反对委托代写代发论文、反对庸俗化学术评价等四条“底线”,肩负起推动创新驱动发展、建设世界科技强国的历史重任。

自律规范明确反对委托代写代发论文。要求科技工作者遵循论文撰写和发表规范。反对以粗制滥造和水平重复论文挤占浪费学术资源,共同抵制学术论文发表中第三方中介机构投机取巧谋取利益的不端行为,反对委托“第三方”代写代发论文、对论文内容进行实质性修改、提供虚假同行评审人信息或评审意见,维护好中国科技工作者的社会形象和学术尊严,提升中国科学家的国际声誉。

自律规范明确反对压制学术民主和学术自由,反对滥用学术权力徇私舞弊利益寻租,反对学术评价中唯论文数量、唯 SCI 等不良倾向,反对行政化官本位等非学术因素影响评价,反对拉关系送人情,暗箱操作,亵渎学术尊严。

中国科协要求各全国学会、地方科协和高校科协、企业科协组织科技工作者深入学习自律规范,加强自律监督;进一步改革完善科技评价体系,为科技工作者创新创业提供良好的政策和环境保障;积极指导推动高校、科研院所、医院等建立学术道德委员会等内设机构,健全科研诚信制度规范,加大学术不端行为调查处理力度。