

肝外胆管癌的临床分析

张焯 陈永亮 段伟东 黄晓强 张文智 董家鸿 刘荣 纪文斌

【摘要】 目的 探讨中段胆管癌在肝外胆管癌分类中的必要性。**方法** 回顾性分析我院 1993 - 2005 年诊治的 402 例肝门部胆管癌、85 例中段胆管癌、76 例下段胆管癌的临床资料。**结果** 肝门部、中段、下段胆管癌根治性手术切除率分别为 27.8% (102/367)、51.3% (38/74)、59.2% (45/76), 手术并发症分别为 36.1% (132/366)、9.5% (7/74)、32.8% (25/76), 根治性切除术 5 年生存率分别为 33.3% (34/102)、44.7% (17/38)、28.9% (13/45)。**结论** 中段胆管癌除了手术切除率低于下段胆管癌外, 手术的并发症、手术的选择以及预后均好于其余两类。

【关键词】 胆道肿瘤; 肝门部; 中段; 下段

【中图法分类号】 R735.8 **【文献标识码】** A

Importance of carcinoma of the middle bile duct in the classification of extrahepatic cholangiocarcinoma

ZHANG Xuan, CHEN Yong-liang, DUAN Wei-dong, HUANG Xiao-qiang, ZHANG Wen-zhi, DONG Jia-hong, LIU Rong, JI Wen-bin. Institute of Hepatobiliary Surgery, General Hospital of PLA, Beijing 100853, China

Corresponding author: CHEN Yong-liang, E-mail: chenyl301@yahoo.com.cn

【Abstract】 Objective To investigate the importance of carcinoma of the middle bile duct in the classification of extrahepatic cholangiocarcinoma. **Methods** The clinical data of 402 hilar cholangiocarcinoma, 85 carcinoma of the middle bile duct and 76 carcinoma of the lower bile duct from 1993 to 2005 were retrospectively analyzed. **Results** For hilar cholangiocarcinoma, carcinoma of the middle and lower bile duct, the radical resection rate was 27.8% (102/367), 51.3% (38/74), 59.2% (45/76), complication incidence rate was 36.1% (132/366), 9.5% (7/74) and 32.8% (25/76), and 5-year survival rate of patients who received radical resection was 33.3% (34/102), 44.7% (17/38), 28.9% (13/45), respectively. **Conclusions** Compared with hilar cholangiocarcinoma and carcinoma of the lower bile duct, patients with carcinoma of the middle bile duct have less complications, better prognosis, although the resection rate is lower.

【Key words】 Cholangiocarcinoma; Porta hepatis; Middle bile duct; Lower bile duct

胆管癌根据其发生的部位分为肝内胆管癌和肝外胆管癌。肝外胆管癌在进一步分类时是否需将中段胆管癌单独分类, 目前仍有争议。为了解中段胆管癌的特点, 对我科 1993 - 2005 年诊治的中段胆管癌、下段胆管癌和文献[1]总结的肝门部胆管癌的临床资料分析如下。

1 资料和方法

1.1 一般资料

收集我院诊断为肝门部胆管癌 402 例患者的临床资料, 其中男 254 例, 女 148 例; 平均年龄 53.7 岁 (17 ~ 78 岁)。中段胆管癌患者 85 例, 其中男 46 例, 女 39 例; 平均年龄 55.8 岁 (7 ~ 98 岁)。下段胆管癌 76 例, 其中男 40 例, 女 36 例; 平均年龄 56.2 岁 (16 ~ 81 岁)。

1.2 辅助检查

402 例肝门部胆管癌术前 TB 为 7.00 ~ 1028.00 $\mu\text{mol/L}$, 平均 262.70 $\mu\text{mol/L}$ 。85 例中段胆管癌患者手术前 TB 为 10.00 ~ 751.80 $\mu\text{mol/L}$, 平均 252.77 $\mu\text{mol/L}$; DB 为 3.90 ~ 480.70 $\mu\text{mol/L}$, 平均 155.74 $\mu\text{mol/L}$ 。76 例下段胆管癌术前 TB 为 15.00 ~ 767.80 $\mu\text{mol/L}$, 平均 235.87 $\mu\text{mol/L}$; DB 为 9.70 ~ 455.60 $\mu\text{mol/L}$, 平均 175.63 $\mu\text{mol/L}$ 。

1.3 治疗方式

(1) 肝门部胆管癌: 根治性切除术 102 例, 姑息性切除术 96 例, 同种异体原位肝移植术 8 例, 胆管引流术 161 例, 未手术 35 例。(2) 中段胆管癌: 根治性切除术 38 例, 姑息性切除 + 内引流术 20 例, 单纯胆肠吻合术 7 例, 置管外引流术 9 例。11 例术前发现转移放弃手术。(3) 下段胆管癌: 根治性切除术 45 例, 姑息性切除 + 内引流术 24 例, 单纯胆肠吻合术 6 例, 置管外引流术 1 例。

作者单位: 100853 北京, 解放军总医院全军肝胆外科研究所

通讯作者: 陈永亮, E-mail: chenyl301@yahoo.com.cn

1.4 随访

门诊随访结合电话、信函分阶段集中随访,失访按死亡计,时间 2~14 年。肝门部胆管癌、中段胆管癌、下段胆管癌中获得随访分别为 270、56 和 53 例。

1.5 统计学分析

采用 SPSS 11.0 统计软件进行分析,计数资料比较采用 χ^2 检验,生存分析采用 Log-rank 法进行生存率检验。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 临床特点

肝门部胆管癌、中段胆管癌、下段胆管癌患者在性别、年龄、TB 及 DB 方面比较差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。

2.2 手术方式及并发症

(1) 肝门部胆管癌:根治性切除率为 27.8% (102/367)。366 例手术治疗的患者中,132 例出现并发症(36.1%),其中除 1 例因腹腔感染手术引流治愈外,其余均保守治疗治愈出院。手术死亡 1 例,占手术总数的 0.3%。(2) 中段胆管癌:根治性切除率为 51.3% (38/74)。74 例中 7 例出现并发症(9.5%),其中胆漏 1 例,胰漏 1 例,腹腔脓肿形成 2 例,切口延期愈合 3 例,胆漏、胰漏及腹腔感染经穿刺引流处理后均好转,无手术死亡。(3) 下段胆管癌:根治性切除率为 59.2% (45/76)。76 例中 25 例出现并发症(32.8%),其中伤口感染 3 例,胆漏 8 例,胰漏 10 例,腹腔脓肿形成 2 例,上消化道出血 1 例,肺部感染 1 例。手术死亡 2 例,占手术总数的 2.7%。中段胆管癌总的手术切除率明显高于肝门部胆管癌($\chi^2 = 27.745, P < 0.05$),低于下段胆管癌,但差异无统计学意义($\chi^2 = 0.646, P > 0.05$)。其手术并发症明显低于下段胆管癌及肝门部胆管癌($\chi^2 = 10.913, 18.950, P < 0.01$)。

2.3 病理检查

肝门部胆管癌 299 例病理检查结果:腺癌 226 例,乳头状腺癌 32 例,鳞状细胞癌 1 例,黏液腺癌 9 例,未分化小细胞癌 1 例,胆管细胞癌 29 例,神经内分泌癌 1 例。中段胆管癌 74 例病理检查结果:腺癌 65 例,乳头状腺癌 3 例,鳞状细胞癌 2 例,黏液腺癌 1 例,横纹肌肉瘤 1 例,未分化癌 2 例。下段胆管癌病理检查结果:腺癌 67 例,乳头状腺癌 4 例,鳞状细胞癌 3 例,未分化癌 2 例。其病理类型分布差异有统计学意义($\chi^2 = 55.813, P < 0.01$)。

从肿瘤局部浸润及转移情况来看,(1) 肝门部

胆管癌:299 例中未转移 69 例(23.1%),局部浸润 74 例(24.8%),局部浸润 + 淋巴转移 105 例(35.1%),远处转移 51 例(17.1%)。(2) 中段胆管癌:85 例中未转移 38 例(44.7%),局部浸润 32 例(37.7%),局部浸润 + 淋巴转移 3 例(3.53%),远处转移 7 例(8.2%),不明确 5 例(5.9%)。(3) 下段胆管癌:76 例中未转移 45 例(59.2%),局部浸润 24 例(31.6%),局部浸润 + 淋巴转移 4 例(5.3%),远处转移 3 例(4.0%)。中段胆管癌转移率要低于肝门部胆管癌($\chi^2 = 14.347, P < 0.01$),与下段胆管癌比较差异无统计学意义($\chi^2 = 2.824, P > 0.05$)。

2.4 预后

(1) 肝门部胆管癌:102 例根治性切除术后 1 年生存 82 例(80.4%),3 年生存 43 例(42.2%),5 年生存 34 例(33.3%)。(2) 中段胆管癌:38 例根治性切除术后 1 年生存 30 例(79.0%),3 年生存 22 例(57.9%),5 年生存 17 例(44.7%)。(3) 下段胆管癌:45 例根治性切除术后 1 年生存 37 例(82.2%),3 年生存 17 例(37.8%),5 年生存 13 例(28.9%)。中段胆管癌 5 年生存率高于下段胆管癌和肝门部胆管癌($\chi^2 = 3.870, 4.990, P < 0.05$)。

3 讨论

肝外胆管癌根据胆管位置大体可以分为上段、中段、下段胆管癌。上段位于胆囊管汇合口以上,又称为肝门部胆管癌,其发生总数占整个肝外胆管癌的 50% 以上;中段位于胆囊管汇合口至胆管的胰腺上缘;胰腺上缘以下为下段胆管癌^[2-5]。目前,对于中段胆管癌来说,因其生长浸润方式及手术方法的不同,其划分并不明确,常见有 3 种分类方法:

(1) 将其归入围肝门部胆管癌的范畴讨论。1996 年 Nakeeb 等提出,因为中段胆管癌比较少见,故而将其划入肝门部胆管肿瘤内,将肝外胆管肿瘤分为围肝门部肿瘤或远端胆管肿瘤。

(2) 将其归入远端胆管癌范畴。因中段胆管癌常常因其扩散而需要行胰十二指肠切除术,这样分类有利于手术的分类及评估。在 Patel^[2] 的综述中采用了这种分类方法。他认为肝门部胆管癌常需要联合肝脏切除甚至需要包括尾状叶的切除,也可能在术前行门静脉栓塞,而中下段胆管癌需要行胰十二指肠切除术。Heron 等^[4] 及 Khan 等^[5] 报道的胆管癌诊断治疗指南中采取了类似的分类方法。

(3) 单独划分为一类。1973 年 Longmire 等在病例总结中就使用了这种分类方法。1990 年 Tompkins

等沿用了这种分类,对他们 1954 - 1988 年间的 186 例胆管癌患者进行了回顾,其中有 32 例肿瘤位于中段胆管,但是他们未将中段胆管癌单独进行分析。Seyama 和 Makuuchi^[6]、Lazaridis 和 Gores^[7] 同样也使用了这种分类。

介于目前分类上的争议,我们总结和分析了单纯位于中段胆管恶性肿瘤的临床特征、诊断、病理及治疗的选择,认为中段胆管癌相对于肝门部胆管癌和下段胆管癌有以下几点显著不同:

(1) 肿瘤的病理类型分布差异有统计学意义。三者虽然都以腺癌占多数,但是其病理类型的分布有着明显差异,肝门部胆管癌的病理类型更为多样,而中段和下段胆管癌较为单一。中段胆管癌转移率要明显低于肝门部胆管癌($P < 0.01$),与下段胆管癌比较差异无统计学意义($P > 0.05$)。其可能的原因是中段和下段胆管癌的症状出现时间要早,或者肿瘤的恶性程度要低。

(2) 中段胆管癌总的根治性切除率明显高于肝门部胆管癌,低于下段胆管癌,但差异无统计学意义。中段胆管癌的根治性切除包括病变胆管切除、肝十二指肠韧带淋巴结清扫及骨骼化以及受侵门静脉的部分切除吻合。肝门部胆管癌的手术方式往往在切除病变组织的同时需要联合肝动脉切除、门静脉部分切除吻合和肝叶甚至半肝及尾状叶的切除;而下段胆管癌的手术则常常为标准的胰十二指肠切除及可能的肠系膜上静脉的部分切除重建。相比较

中段胆管癌手术切除的范围及对患者全身状况的影响要小得多。术后并发症的发生率则显著低于肝门部和下段胆管癌,病死率为 0。

(3) 预后:中段胆管癌的 5 年生存率要高于肝门部和下段胆管癌($P < 0.05$)。本资料分析表明:除了手术切除率低于下段胆管癌外,手术的并发症、手术的选择以及预后均好于其余两类。

综上所述,我们倾向于将中段胆管癌单独划分出来,以便于外科医生术前评估及手术方式的选择。

参考文献

- [1] 周宁新,黄志强,张文智,等. 402 例肝门部胆管癌临床分型、手术方式与远期疗效的综合分析. 中华外科杂志, 2006, 44(23): 1599 - 1603.
- [2] Patel T. Cholangiocarcinoma. Nat Clin Pract Gastroenterol Hepatol, 2006, 3(1): 33 - 42.
- [3] Johnson SR, Kelly BS, Pennington LJ, et al. A single center experience with extrahepatic cholangiocarcinomas. Surgery, 2001, 130(4): 584 - 593.
- [4] Heron DE, Stein DE, Eschelman DJ, et al. Cholangiocarcinoma: the impact of tumor location and treatment strategy on outcome. Am J Clin Oncol, 2003, 26(4): 422 - 428.
- [5] Khan SA, Davidson BR, Goldin R, et al. Guidelines for the diagnosis and treatment of cholangiocarcinoma: consensus document. Gut, 2002, 51 Suppl 6: VII - 9.
- [6] Seyama Y, Makuuchi M. Current surgical treatment for bile duct cancer. World J Gastroenterol, 2007, 13(10): 1505 - 1515.
- [7] Lazaridis KN, Gores GJ. Cholangiocarcinoma. Gastroenterology, 2005, 128(6): 1655 - 1667.

(收稿日期: 2007-08-07)

(本文编辑: 张玉琳)

第十一届全国门静脉高压症学术会议征文通知

中华医学会外科学分会门静脉高压症学组和《中华普通外科杂志》将于 2008 年 5 月下旬在广东省东莞市召开第十一届全国门静脉高压症学术会议。

会议征文内容: (1) 肝移植在治疗门静脉高压症中的地位和经验; (2) 肝功能状况、肝脏血流动力学特点对手术方式选择的影响; (3) 手术、非手术及介入治疗与远期生存和复发出血的关系; (4) 门静脉高压症上消化道出血综合治疗的新进展; (5) 合并肝硬化门静脉高压症的消化道其他外科疾患手术治疗时机、术式选择与预后评价; (6) 断流术后门静脉系统血栓形成与门静脉高压性胃病的防治, 断流手术的规范化探讨; (7) 腹腔镜技术在肝硬化门静脉高压症外科治疗中的应用经验; (8) 门静脉高压症内镜治疗与出血的预防经验; (9) 肝脏功能与门静脉高压症上消化道出血的关系探讨; (10) 肝硬化门静脉高压症治疗指南; (11) 门静脉高压症的免疫功能损害, 特殊感染问题与营养支持; (12) 门静脉高压症的实验研究, 肝硬化的逆转研究等。

请将未公开发表的论文全文及 800 字以内论文摘要(未投摘要者恕不能收入汇编)加盖公章寄至 100034 北京西城区阜内大街 133 号, 中华普通外科杂志编辑部王黛编辑收, 并在信封左下角注明“门静脉高压症会议”字样; 同时请将电子稿发送至 wangdai66@sohu.com, 注明主题为“门静脉高压症会议”。联系电话: 010 - 66583651, 66124704, 传真: 010 - 66583651, 截稿日期: 2008 年 3 月 30 日(以邮戳为准)。大会论文将被择优在《中华普通外科杂志》上发表。参加会议的代表将获得中华医学会 I 类医学继续教育学分。