· 大巡诊 ·

儿童胰头巨大实性假乳头状瘤一例

廖冠群　胡秋晖　李春龙　郭俊彬　崔云甫　韩德恩　邰升

1　临床资料

患儿，女，11 岁。玩耍跌倒后持续上腹疼痛数小时，曾饱食后腹胀 1 年余。于当地医院行彩超及 CT 检查，结果提示胰头约 7 cm × 6 cm 实性占位性病变及腹腔少量积液（图 1）。以“闭合性腹外伤，胰头占位性病变性质待查”于 2011 年 4 月 29 日急诊转入我院。

体格检查：体质量 31 kg，体温 37.7℃，脉搏 121 次/min，呼吸 20 次/min，血压 100/70 mm Hg（1mm Hg = 0.133 kPa）。患儿表情痛苦，精神不振，问答自如，皮肤、巩膜无黄染，未触及浅表淋巴结肿大。全身未见皮肤损伤及皮疹。心肺未见异常。腹部平坦，未见腹壁静脉曲张，无肠形及蠕动波；腹软，全腹轻压痛，以中上腹明显，不伴反跳痛及肌紧张，未触及包块，肝脾肋下未扪及。肝浊音上界位于右锁骨中线上第 5 肋间，肝区、双肾区、脾区均无叩击痛，全腹叩诊呈鼓音，移动性浊音阴性。肠鸣音 3 次/min。

实验室检查：WBC 16.2×10^9/L，Hb 91 g/L，红细胞压积 34.1%，血、尿淀粉酶，血清脂肪酶，血糖，血钙，胆红素均在正常范围内。彩超检查：胰头部可见一稍低回声、不均匀实性包块，最大直径 85 mm；形态不规则；包块压迫下腔静脉，并有小破裂口出血，腹腔内出血量约 200 ml。

2　讨论

廖冠群医师：根据患儿病史及辅助检查，初步诊断：（1）闭合性腹外伤；（2）失血性休克（代偿期）；（3）胰头占位性病变，性质待查。

李春龙医师：患儿为 11 岁女童，有中等程度的外伤病史，结合影像学检查考虑为外伤引起的胰头巨大囊实性占位性病变破裂出血，目前患儿已出现失血性休克代偿期表现，应在积极行抗休克治疗基础上尽快针对病因行手术治疗。

郭俊彬副主任医师：患儿因腹部外伤后持续腹痛就诊，病程中出现胆汁性呕吐以及低血容量所致临床症状，如血压不稳、心率加速等，超声以及 CT 检查提示胰头部病变，病变周围渗出以及肠系膜肿胀，实验室检查血、尿淀粉酶均在正常范围。但患儿病情持续恶化，结合病历资料，目前临床诊断为腹部闭合损伤、胰头部肿瘤破裂、失血性休克代偿期、十二指肠梗阻。对该患儿应积极治疗，但不排除巨大腹膜后神经母细胞瘤可能。

邰升主任医师：患儿为 11 岁女童，胰腺巨大囊实性占位性病变。根据流行病学及影像学特点考虑，胰腺实性假乳头状瘤或胰母细胞瘤可能性大。由于深夜急诊不能进行术中病理检查，术中无法判定病变性质及手术切缘情况。影像学检查发现病变与肠管关系密切，压迫下腔静脉，行单纯肿瘤切除或减瘤术可能造成无法挽回的损失。应向家属充分交代病情，并做好行根治性胰十二指肠切除 + 血管切除重建术的准备。肿瘤已经破裂，应考虑术中应用蒸馏水及抗肿瘤药物冲洗腹腔等方式处理当前情况。

韩德恩主任医师：同意邰升医师的意见。患儿年幼，全身循环血量相对较少，且主要脏器对缺血耐受较差。患儿已有低血容量性休克表现，必须立即手术解除休克病因。目前患儿状况不适合采用胰腺增强 CT 等检查对其进行术前鉴别诊断及评估包块的可切除性。现有影像学检查结果提供的有限信息不能明确判断病变与相关血管的关系，术中不确定性提高，总的原则应是在彻底止血基础上，尽可能行肿瘤根治性切除。

3　治疗经过

患儿于 2011 年 4 月 29 日在全麻下接受手术。取腹正中切口入腹，切口长 10 cm。探查腹腔并吸引出约 300 ml 血性液体，在胰头部探及 10 cm × 9 cm × 8 cm 质地坚硬包块，包块被膜完整但与十二指肠关系紧密，表面破裂出血（图 2）。因夜间急诊缺乏术中病理检查，术中见包块侵及十二指肠，考虑恶性倾向大。探查其他腹腔脏器未见转移灶，综合考虑患儿年龄及监护人意见等因素后，行保留幽门的胰十二指肠切除术。并于术中清扫部分胃小弯及胃大弯、幽门上下、胰十二指肠前后、肝十二指肠韧带下方、肝总动脉旁和肠系膜上静脉右侧淋巴结。采用邰升教授倡导的“密闭贴合”法吻合胰腺和肠袢。因患儿胆总管内径较小，术中行胆肠吻合时难度较大，此外，与患儿胆道相适应的 T 型管内径也较小，为避免堵塞，我们放弃了一贯采用的胰管套入 T 形管后引出体外的引流管放置方式，而采用传统的引流管放置方法。手术历时 4.4 h，术后患儿安全返回普通病房。

术后给予抗炎、抑制胰酶、支持治疗。患儿恢复良好，无胰瘘等并发症。术后 1 周拔除腹腔引流管，于 2011 年 5 月 16 日出院。术后病理检查：胰腺实性假乳头状瘤，并侵犯十二指肠壁，未见淋巴结转移（图 3）。随访近 3 个月，患儿无肿瘤复发及其他不良反应。

DOI：10.3760/cma.j.issn.1673-9752.2011.05.028

作者单位：150001 哈尔滨医科大学附属第二临床医院普通外科一病区（廖冠群、胡秋晖、李春龙、崔云甫、韩德恩、邰升），儿童外科（郭俊彬）

通信作者：邰升，Email：taishengster@gmail.com

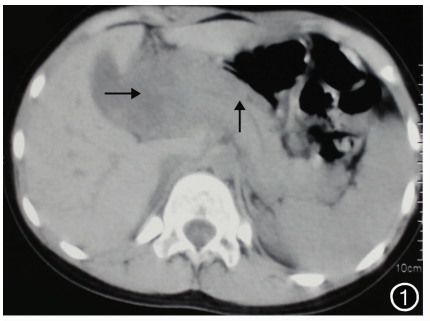

图 1　CT 检查结果示胰头实性占位性病变(→),胰管扩张(↑)

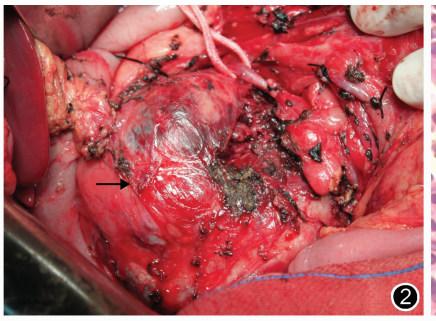

图 2　术中见肿瘤破裂出血,十二指肠与肿瘤紧密粘连(→)

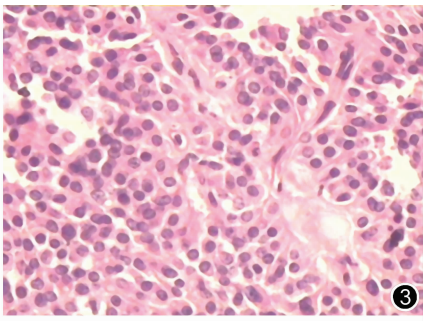

图 3　病理检查结果为胰腺实性假乳头状瘤　HE × 200

4　术后总结

郜升主任医师:胰腺实性假乳头状瘤好发于年长女孩,最常见于胰尾、胰体部,其次是胰头,甚至可以发生于胰腺以外的异位胰腺组织。该病临床表现为肿瘤生长引起包膜张力增大进而出现上腹部疼痛,肿瘤引起相应的压迫症状,也有罕见首发表现为因其继发的急性胰腺炎或梗阻性黄疸等。胰腺实性假乳头状瘤对放疗及化疗均不敏感,如能手术完整切除,总体预后较好,5 年生存率可达 96.9%[1-2]。通过本病例我们发现:(1)儿童腹部脏器解剖结构与成人存在一定的差别,术中可能带来附加困难,应特别注意。(2)急诊手术的处理原则是抢救生命第一。对于肿瘤破裂出血需要急诊手术的患儿在此原则上行根治性切除术将使患儿受益更大。然而此类患儿往往不能进行详尽的术前检查以完成肿瘤的可切除性评估,外科医生特别是低年资外科医生在遇到此类情况时往往较为棘手,应充分准备各种可能,不可简单地将希望寄托在二次手术上,因术者能力或判断错误出现的开腹后仅进行减瘤术或剖腹探查术将对患儿造成不可弥补的损失。(3)我们认为面对年幼患儿需要进行胰十二指肠切除术的紧急情况,行保留幽门的胰十二指肠切除术应为首选。因为该术式不仅进行根治性切除,还能保留幽门及其周围更多组织,这无疑对处于生长期的儿童是有益的。(4)提高胰腺实性假乳头状瘤在患儿的早期检出率,在肿瘤体积较小时行保留更多脏器功能及组织的手术将使患儿更受益。需要说明的是术者应充分估计手术难度、风险与自身操作水平,不宜强行实施胰十二指肠切除术。如在没有开展此类手术的医院或其他辅助设备不允许的条件下,遇此情况,紧急止血后转上级医院治疗是适宜的。

崔云甫主任医师:胰腺实性假乳头状瘤是一种比较少见的肿瘤,Frantz 于 1959 年首次进行了报道。本例患儿肿瘤巨大,血供丰富且为轻微外伤后破裂出血,术中见肿瘤侵犯十二指肠,已有恶性倾向,故行根治性胰十二指肠切除术。术后患儿恢复顺利,但需定期随访,防止复发[3]。

参考文献

[1] 赵玉沛,潘博,张太平,等. 胰腺实性假乳头状瘤的诊断和治疗. 中华消化外科杂志,2008,7(6):409-412.

[2] Yu PF, Hu ZH, Wang XB, et al. Solid pseudopapillary tumor of the pancreas: a review of 553 cases in Chinese literature. World J Gastroenterol, 2010, 16(10): 1209-1214.

[3] 崔云甫,王国辉. 胰腺实性假乳头状瘤的研究现状. 中国现代普通外科进展,2008,11(4):277-280.

(收稿日期:2011-06-15)
(本文编辑:张玉琳)

广告目次

雅培制药有限公司 …… 封二
强生(上海)医疗器材有限公司〈豪韵超声刀〉…… 对封二
深圳市瑞霖医疗器械有限公司 …… 对导读
奥林巴斯(北京)销售服务有限公司 …… 对中文目次 1
盖天力药业 …… 对英文目次 2
深圳翰宇药业股份有限公司 …… 对正文
强生(上海)医疗器材有限公司〈纤丝速即纱〉…… 对封三
阿斯利康制药有限公司 …… 封三
江苏先声药业有限公司 …… 封底