

胆囊息肉的诊断研究进展

武 瑞¹,刘忠民^{2*}

(1.广东医学院,广东 湛江 524023;

2.深圳市龙岗区人民医院普外科,广东 深圳 518172)

【摘要】 随着饮食结构的变化,胆囊息肉的发病率逐年增加,超声、CT等诊断技术作为诊断胆囊息肉的重要手段,为选择合理的治疗方案提供帮助,现就其研究进展做一综述。

【关键词】 胆囊息肉;诊断;超声;CT

【中图分类号】 R657.4 **【文献标识码】** A **【文章编号】** 1003-6350(2012)20-126-02

胆囊息肉是指向胆囊腔内突出或隆起的病变,可分为非肿瘤性息肉(包括胆固醇息肉、炎性息肉、胆囊腺肌增生症等)和肿瘤性息肉(包括腺瘤、平滑肌瘤、脂肪瘤、血管瘤、神经纤维瘤等),其中腺瘤是公认的癌前病变^[1-2]。虽然胆囊息肉大多数为良性,多数不需行胆囊切除术,但还是有癌变的可能^[3-5]。随着胆囊息肉发病率的逐渐增加,人们对其诊断的研究也日益重视,临床上结合超声、CT等诊断技术是术前鉴别息肉性质的重要方法,为选择合理的治疗方案,减少不必要的手术提供帮助,现综述如下:

1 临床诊断

胆囊息肉早期往往无任何症状,大多数胆囊息肉患者由B超检查发现,少数则在手术中意外发现^[6-7]。少数患者可有右上腹疼痛,恶心、呕吐,食欲减退;极个别患者可引起无结石性胆囊炎、阻塞性黄疸、胆道出血、诱发胰腺炎等;若合并胆囊结石,可表现出胆囊结石的症状与体征。由于胆囊息肉缺少典型的临床表现,单单依靠其临床表现来诊断胆囊息肉是比较困难的,因此辅助检查是诊断胆囊息肉必不可少的手段^[2]。

2 超声诊断

2.1 B超与彩色多普勒超声 超声检查可对胆囊在不同的角度进行多轴断层、多方位检查,显示息肉部位、大小、数量、回声强度、胆囊壁改变、胆囊收缩功能的改变等,具有很高的敏感性和准确性,成为诊断胆囊息肉的首选方法^[2,8-10]。随着超声医师技术的不断提高和仪器设备的不断更新,超声对胆囊息肉的检出率逐渐地在提高。超声对胆囊息肉检查的敏感性为92.5%~93.3%,特异性为95.8%。Akyürek等^[11]报道:超声探查直径>1cm的息肉的准确性及敏感性分别为99.3%和80%,而对<1cm的息肉,其敏感性及准确性都有所下降,分别为20%和95.1%。Kwon等^[8]通过临床研究发现广基的、单发的以及直径较大的息肉为胆囊癌的危险因素,但Obuz等^[12]发

现胆囊癌与胆囊息肉样病变均为胆囊隆起性病变,均有胆囊壁增厚或隆起的软组织病变,故单纯靠二维超声对息肉的性质做出辨别是比较困难的。因此,彩色多普勒超声对胆囊息肉血流显像技术的应用逐渐受到超声医师的重视。胆囊动脉及其分支扩张、肿瘤内血管增生是彩色多普勒血流显像诊断胆囊癌的病理基础,还有的学者认为血流信号的存在可有效的鉴别早期胆囊癌与胆囊息肉样病变, Kimura等^[13]研究结果显示灶彩色多普勒血流显像鉴别胆囊息肉的良恶性敏感度为84.6%,特异度为80.0%。

2.2 内镜超声 内镜超声检查术(Endoscopic ultrasonography, EUS)是将微型高频超声探头安置在内镜顶端,当内镜插入体腔后,通过内镜直接观察腔内的形态,同时又可进行实时超声扫描,以获得管道层次的组织学特征及周围邻近脏器的超声图像,从而进一步提高内镜和超声的诊断水平。

随着超声的广泛应用,胆囊息肉的检出率在不断的增加,但超声较难分出息肉的具体类型,特别对小息肉探查的敏感性及准确性均有所下降,而EUS则通过其高的频率(7.5~12 MHz)能提供高分辨率小息肉的超声图像,因此,有的学者认为EUS对小息肉的探查优于超声检查。EUS不仅能提供息肉的外在形态以及表面特征,还能提供息肉的内在回声图像^[14], Kimura等^[13]认为EUS能轻易地显示出胆囊的各层的层次结构和能提供高分辨率的小息肉图像。Sadamobo等^[15]曾对70例手术切除的5~15mm的息肉分别从瘤体最大直径、内部回声类型及高回声光点三方面进行EUS评分,评分>12分的胆囊息肉诊断为恶性的敏感性、特异性及准确性分别为77.18%、82.17%及82.19%。但也有不同的意见,认为对于<1cm的息肉, EUS对胆囊癌的诊断率不高,不足以作为鉴别诊断的依据^[16]。

3 CT诊断

CT对胆囊的扫描层厚一般采用3~5cm,以更好

作者简介:武 瑞(1984—),男,河北省邯郸市人,在读硕士。

*通讯作者:刘忠民,主任医师,博士,硕士生导师。E-mail:liuzm66@yahoo.com.cn

地显示微小病变;而平扫所发现的胆囊壁增厚或胆囊内软组织肿块可采取增强扫描来更好地协助判断肿块的性质。国内外相关报道可见:CT对胆囊息肉的检出率为40%~77.8%,CT能够显示出肝脏、胆囊、门静脉以及其相邻器官的解剖关系,增强CT能提高息肉的检出率。CT不仅能可用于早期胆囊癌与胆囊息肉的分辨,还可以显示出恶性胆囊息肉与周围组织的解剖关系以及有无局部淋巴结转移^[17]。

4 其他诊断方法

胆囊穿刺造影及经皮肝胆囊镜都可进行细胞学或组织学检查,可更准确地判断胆囊肿瘤的鉴别诊断有重要的临床意义,但两者均属于有创的检查手段,并发症的发生率高,故一般不用于常规检查。

对于怀疑胆囊癌者,有研究认为应进行诊断性治疗,即实行快速冰冻检查,对于T1a期患者,只需行单纯腹腔镜胆囊切除术^[18-19];而对于浸润程度超过T1b期的患者,有学者认为可能出现肿瘤切口种植和腹腔播散等并发症,建议中转开腹行胆囊癌根治术^[19-20]。

5 生化检测

除了对肿瘤标志物含量进行测定,目前认为血清胆囊收缩素(CCK)与胆固醇息肉的形成有关。胆囊收缩素是一组多肽,广泛分布于消化系统和中枢神经系统。CCK受体至少可以分两种亚型:CCKa和CCKb。前者多分布于消化系统,控制胆囊运动、胰液的分泌等,与胆固醇息肉的形成有关。近年来很多学者认为由于胆囊息肉患者的胆囊收缩素分泌异常,胆囊的收缩功能发生障碍,导致胆汁的淤滞,进而影响胆固醇的代谢,最后导致胆囊结石或息肉等发生^[21-22]。由于胆固醇性息肉与肥胖有密切关系,血脂检测对鉴别胆囊息肉的性质也有一定参考意义。有报道发现胆固醇息肉患者血脂(包含胆固醇和甘油三酯)含量较正常人明显升高^[23]。主要是因为血脂升高,从血中转运到肝脏的胆固醇增多,胆汁中摄取胆固醇增多,胆囊壁局部合成胆固醇增加,胆囊壁黏膜细胞移出过量胆固醇能力受损,胆固醇代谢紊乱,从而发生胆固醇性息肉^[21-22]。

6 展望

综上所述,超声、CT检查对息肉的检出率虽较高,但对<10 mm息肉性质的判定均不敏感,目前对此类患者在采取超声随访时,不仅要注意息肉大小、形态、位置、数量、血流情况,还应注意胆囊壁周围组织的浸润情况,同时应检测胆囊的收缩功能、胆囊收缩素及其受体、血脂水平等,综合判断鉴别息肉的性质,进而指导其治疗。

参考文献

[1] 吕复君,张东,刘江伟.胆囊息肉成因的研究进展[J].现代生物医学进展,2010,10(24):4785-4787.
[2] 梁健儿. B超诊断胆囊息肉样变100例病因分析及随访报告[J].海

南医学,2006,17(2):30,52.
[3] 李小龙,于浩天.胆囊癌高危因素及外科治疗进展[J].海南医学,2011,22(7):132-134.
[4] 太云翔,田茂金.胆囊良性息肉样病变的手术指征[J].海南医学,2011,22(11):81-82.
[5] Stinton LM, Shaffer EA. Epidemiology of gallbladder disease: cholelithiasis and cancer [J]. Gut Liver, 2012, 6(2): 172-187.
[6] 丁国乾,秦鸣放,邹富胜,等.腹腔镜胆囊切除术意外胆囊癌35例临床分析[J].重庆医学,2012,41(5):484-485.
[7] 马鹏飞,李生伟.13例腹腔镜胆囊切除术中意外胆囊癌的临床处理[J].重庆医学,2009,38(13):1628-1629.
[8] Kwon W, Jang JY, Lee SE, et al. Clinicopathologic features of polypoid lesions of the gallbladder and risk factors of gallbladder cancer [J]. J Korean Med Sci, 2009, 24: 481-487.
[9] 晏丽.胆囊息肉样病变超声诊断的临床分析[J].重庆医学,2009,38(10):1242-1243.
[10] 王琼,王媛媛.胆囊息肉样病变的超声诊断及病理研究[J].重庆医学,2008,37(18):2135-2136.
[11] Akyürek N, Salman B, Irkörücü O, et al. Ultrasonography in the diagnosis of true gallbladder polyps: the ontradiction in the literature [J]. HPB (Oxford), 2005, 7(2): 155-158.
[12] Obuz F, Altay C, Sagol O, et al. M DCT findings in neuroendocrine carcinoma of the gallbladder: case report [J]. Abdom Imaging, 2007, 32(1): 105-107.
[13] Kimura K, Fujita N, Noda Y, et al. Differential diagnosis of large sized pedunculated polypoid lesions of the gallbladder by endoscopic ultrasonography: a prospective study [J]. J Gastroenterol, 2001, 36(9): 619-622.
[14] Azuma T, Yoshikawa T, Araida T, et al. Differential diagnosis of polypoid lesions of the gallbladder by endoscopic ultrasonography [J]. Am J Surg, 2001, 181(1): 65-70.
[15] Sadamoto Y, Oda S, Tanaka M, et al. A useful approach to the differential diagnosis of small polypoid lesions of the gallbladder, utilizing an endoscopic ultrasound scoring system [J]. Endoscopy, 2002, 34(12): 959-965.
[16] Cheon YK, Cho WY, Lee TH, et al. Endoscopic ultrasonography does not differentiate neoplastic from non-neoplastic small gallbladder polyps [J]. World J Gastroenterol, 2009, 15(19): 2361-2366.
[17] Lou MW, Hu WD, Yang T, et al. CT biliary cystoscopy of gallbladder polyps [J]. World J Gastroenterol, 2004, 10(8): 1204-1207.
[18] Kim EK, Lee SK, Kim WW. Does laparoscopic surgery have a role in the treatment of gallbladder cancer [J]. J Hepatobil Pancreat Surg, 2002, 9(5): 559-563.
[19] You DD, Lee HG, Paik KY, et al. What is an adequate extent of resection for T1 gallbladder cancer? [J]. Ann Surg, 2008, 247(5): 835-838.
[20] Shih SP, Schulick RD, Cameron JL, et al. Gallbladder Cancer: the role of laparoscopy and radical resection [J]. Ann Surg, 2007, 245(6): 893-901.
[21] 李德平,张瑞明,张强.胆囊胆固醇息肉形成机制的研究进展[J].内蒙古医学杂志,2007,39(10):1223-1225.
[22] 李承龙,冯贤松.胆囊胆固醇息肉成因的研究进展[J].国际外科学杂志,2006,33(2):94-97.
[23] Sahlin S, Ståhlberg D, Einarsson K. Cholesterol metabolism in liver and gallbladder mucosa of patients with cholesterosis [J]. Hepatology, 1995, 21(5): 1269-1275.

(收稿日期:2012-03-16)