

胰腺囊腺癌\_肿瘤科疾病库 PDF转换可能丢失图片或格式，建议阅读原文

[https://www.100test.com/kao\\_ti2020/611/2021\\_2022\\_\\_E8\\_83\\_B0\\_E8\\_85\\_BA\\_E5\\_9B\\_8A\\_E8\\_c22\\_611728.htm](https://www.100test.com/kao_ti2020/611/2021_2022__E8_83_B0_E8_85_BA_E5_9B_8A_E8_c22_611728.htm) 胰腺囊腺癌胰腺囊腺

瘤、胰腺囊腺癌【概述】胰腺囊腺癌（pancreatic cystadenocarcinoma）也属于胰腺的增生性囊肿，可从胰腺囊腺瘤恶变而来。本病在临床上十分罕见，仅占胰腺恶性肿瘤的1%。有关胰腺囊腺癌的最早文献报道分别见于1911年kaufman和1834年lichenstem各自在德、美杂志上的报告。1963年，cullen在mayo医院所有的240万份在住院病历中，共发现资料完整、可以确诊的胰腺囊腺癌17例。截止1984年，segessen统计在世界各国医学文献中报道的胰腺囊腺癌仅100余例，我国均为散在的个案或少数的病例报告。胰腺囊腺癌病理进程缓慢，恶性程度较低，肿瘤外观常似良性肿瘤，临床上难以鉴别，即使在手术中甚至病理上也可因其结构特殊而误诊。本病的发病年龄在20~80岁之间，平均约60岁。女性病人多于男性病人，其比例约为3:1。【病理改变】1.大体形态 胰腺囊腺癌起源于胰腺大导管的粘膜上皮，可发生于胰腺的任何部位，但以胰腺体、尾部较多见。strodel综合报道mayo医院和美军病理学院（armed forces institute of pathology,afip）共62例胰腺囊腺瘤病人，癌肿位于胰头部占17.5%，头部1%，体尾部81%，多发性1%。肿瘤大小不一，小者仅为2cm（尸检时发现），大者可充满整个腹腔，甚至长入盆腔；平均10cm左右。一般位于胰腺头部的瘤体较小，而体尾部的瘤体较大。瘤体外观呈不规则形、圆形或分叶状，包膜完整，表面光滑，与正常胰腺分界明显，与周围脏器无明

显粘连。但是，当癌肿晚期向周围组织浸润破坏时，可与周围组织形成粘连、固定，甚至明显转移。有时肿瘤表面可有明显曲张静脉围绕囊腺癌的切面呈单房或多房性，囊壁厚薄不匀，囊内壁光滑，可有散在性分布的乳头状或菜花样突起。囊内含有不同色泽、不同混浊度和不同粘稠度的液体，其外观可为清澈透明、粘液状、血性或陈旧性血液不等，并常含有坏死组织。囊肿与胰管互不相通，故取囊内液测量淀粉酶含量多不升高。

## 2.组织学特征

胰腺囊腺癌的主要组织学改变有：囊壁由纤维结缔组织构成，厚为0.1~0.2cm，伴炎症细胞浸润。癌细胞可向间质内呈浸润性生长，也可浸润胰岛、胰腺导管、腺泡等。基质纤维化，可见空泡和慢性炎症细胞浸润，并与上皮层完全分离。上皮层可见出血、坏死或钙化灶形成，这些病变在癌变区尤为明显。囊壁覆盖高柱状细胞，并可形成皱折向囊腔内突出，癌细胞有较明显的异形性：细胞核变大，核膜增厚，核浆比例高；胞核大小和形态不规则；胞核排列紊乱，极性丧失。有的呈囊腺瘤结构，部分有恶变，多在囊壁或房间隔出现局部恶变病灶。因此，在作组织病理学检查时，必须多处取材，多作切片，才能避免漏诊、误诊。晚期胰腺囊腺癌大多转移至肝脏。

### 【临床表现】

胰腺囊腺癌的主要症状是上、中腹部隐痛或腰背痛，和上腹部肿块。腹痛多不剧烈，有的病人仅为饱胀不适感；其他症状可有食欲下降、恶心、消化不良、体重减轻、黄疸等，少数病人可出现消化道出血；也有的病人平时无任何主诉，仅在剖腹手术或尸检时意外发现本病的存在。腹部肿块似其大小，小者在上腹部刚能触及，大者可充满整个腹腔，甚至伸入盆腔。腹块一般无触痛，可呈囊性感或坚硬实性感。

当继发囊内出血时腹块可骤然增大，腹痛加剧，触痛明显。国内赖传善等报道6例胰腺囊性肿瘤，均因上腹部肿块和腹痛或腰背部疼痛而就诊，其中3例有难以忍受的腰背痛者均为胰腺癌。当肿瘤浸润或压迫胆总管时，可出现梗阻性黄疸。由于胰腺囊腺癌的症状与体征多无特异性，尤其在肿块较小阶段，常造成临床诊断方面的困难，使许多病人在就诊时症状已存在数月或数年，甚至有长达15年者。becker等报道，在最终确定胰腺囊腺癌的诊断之前，出现症状的时间为7个月至11年，平均为22个月。【实验室和辅助检查】1.化验检查：如果病人尿糖和血糖增高，葡萄糖耐量下降，有助于确立胰腺病变的价值。strodel综合报道的62例胰腺囊腺癌病人中，伴有糖尿病者占11%。2.x线检查：在腹部平片上，可见囊壁钙化影，其形态为圆形或月牙状。warshaw报道67例胰腺囊肿病人，其中7例有钙化影者均为胰腺囊腺癌，而胰腺假性囊肿、潴留性囊肿和囊腺瘤病人多无钙化灶。上消化道钡餐检查，一般无特异性诊断价值，但是，如果有十二指肠环扩大、胃或横结肠有移位者，可帮助推测肿块的位置和大小。静脉肾盂造影也无特异性诊断价值，通过左肾的推移方向和压迫程度，可以了解肿块的位置、大小和生长方向。3.b型超声检查：可以显示肿瘤的位置、大小及其与周围器官之间的关系，有助于明确胰腺肿块的囊、实性，囊腔的大小和多寡，囊内容物、囊壁及其间隔等的结构和形态的特征，为诊断与鉴别诊断提供重要依据。4.腹部ct：可以较清楚地显示腹部肿块的位置、大小与周围脏器之间的关系；ct可显示囊肿为孤立性或者是多房性的，后者常是胰腺囊腺瘤或胰腺癌的可信征象；ct还能提示癌肿有无肝脏或腹腔淋巴结转移。如果存在转

移性病灶，则支持胰腺囊腺癌的诊断。

5.选择性腹腔动脉或肠系膜上动脉造影：可以确定肿瘤的形态、大小和所在器官。由于胰腺囊腺癌具有较丰富的血液供应，可资与无血运的胰腺假性囊肿以及血运不丰富的胰腺癌相区别。胰腺囊腺肿瘤动脉造影的主要征象有：围绕病变区大血管的压迫、移位、扭曲、牵张和不规则。血供较丰富，瘤体区充血，表现为造影剂在毛细血管内淤积。某些血管包埋在肿瘤组织中，并受病变浸润性累及者，提示肿瘤为恶性可能。动-静脉分流。静脉回流受阻。病变区无血管或低血管化者，也不能完全排除囊腺肿瘤。warshaw等对11例胰腺囊腺癌病人进行动脉造影检查，仅有2例具有丰富的血供，而10例囊腺瘤病人也只有4例属于血供丰富者；另外19例囊腺肿瘤的动脉造影均是少血供的。

6.逆行胰胆管造影（ercp）检查：在诊断困难时，应用ercp检查有助于排除慢性胰腺炎、胰腺假性囊肿和导管内癌，但是对囊腺癌与囊腺瘤的鉴别无很大帮助。约有70%的胰腺假性囊肿病人胰管与囊肿相通；胰腺癌可表现为胰腺导管狭窄或梗阻。warshaw等报道有50%的胰腺囊腺癌病人的胰管造影图像正常，33%的病人其主胰管环绕肿瘤屈曲成弓状。粘液性胰管扩张（mucinous ductal ectasia）是一种新近才被认识到的癌前病变征象。当胰管上出现乳头状增生并产生大量粘液时，由于粘液充填了主胰管，可以诱发梗阻性胰腺炎。这种损害累及部分或全部胰腺，病变进一步加重即可发生互管扩张。在作逆行胰管插管造影时，在胰管开口处可以看到有粘液流出，而在逆行胰管造影片上能显示这些膨大扩张的胰管。

7.经皮胰腺囊肿细针穿刺抽液检查：通过经皮胰腺囊肿细针穿刺，抽取囊内液体测定淀粉酶、癌胚

抗原、ca19-9以及作细胞学检查，有助于鉴别囊肿的性质。穿刺时可借助放射学、b型超声和ct引导，也可以作术中直接穿刺抽液。胰腺假性囊肿和潴留性囊肿的囊液淀粉酶含量极高，而囊性肿瘤者淀粉酶多不升高。而胰腺粘液性囊肿（囊腺瘤或囊腺癌）的囊液癌胚抗原值明显高于假性囊肿和浆液性囊肿者。ferrer报告1例胰腺囊腺癌，剖腹手术时血浆癌胚抗原为200  $\mu$ g/ml，肿瘤切除后癌胚抗原降到正常，囊液中癌胚抗原比正常血浆水平高10万倍。由于癌胚抗原来源于能分泌粘液的柱状上皮，无论囊腺瘤还是囊腺癌，都能产生大量的癌胚抗原，故对于鉴别良、恶性无甚帮助。最近，rubin报道测定囊肿内容物的ca15-3蛋白表达可以鉴别良、恶性胰腺粘液性囊性肿瘤。ca15-3是一种400kda以上的粘蛋白，存在于乳脂肪球膜和包括胰腺在内的多处腺癌内。作者经皮穿刺抽得胰腺囊肿的囊内液，应用单克隆抗体115-d8和df-3放免分析法测定ca15-3的浓度。正常值为0~30iu/ml；6例胰腺囊腺癌的囊液ca15-3值为40~392iu/ml；3例粘液性囊腺瘤的平均值为4.7iu/ml（0~14iu/ml），5例浆液性囊腺瘤的平均值为9.2iu/ml（0~32iu/ml），6例假性囊肿的平均值为15.3iu/ml（0~66iu/ml）。后面3组胰腺良性囊性病变的ca15-3平均值为10.6iu/ml，明确低于胰腺囊腔癌的ca15-3平均值。测定囊液ca15-3鉴别胰腺的良恶性囊性病变的敏感性为100%，特异性也达100%（ $p < 0.01$ ）。【诊断】胰腺囊腔癌缺乏特征性的症状与体征，临床上主要表现为上腹部肿块和不同程度的腹痛或腰背痛；既往无腹部外伤或胰腺炎病史，b超与ct检查提示囊性肿块可能来源于胰腺者，应该想到本病的可能。合理地选择旅游服务上述实验室检测方法，有助于进一步明确

胰腺囊肿及其性质。无论术前是否已明确诊断，术中探查至关重要。直接关系到进一步明确诊断和手术方式的选择。应特别注意本病与胰腺假性囊肿和囊腺瘤的鉴别。胰腺囊腺癌和假性囊肿在临床表现和一般辅助检查上有许多相似之处，约有1/3胰腺囊性病变更误诊断为假性囊肿，甚至术中活检冰冻切片的结果也不完全可靠，误诊率可达20%。因此，对怀疑为胰腺假性囊肿的病人，但无胰腺炎、创伤、酗酒和胆道病史者，术中见囊肿周围胰腺组织正常，且无明显粘连者，高度提示囊性肿瘤的可能。如果发现囊肿内壁有菜花状或乳头状的可疑肿瘤区，应该多处反复取材活检，以进一步确立胰腺囊腺癌的诊断。胰腺粘液性囊腺瘤在发病年龄、性别、临床表现、病变分布和大体特征等方面亦都十分相似，而且囊腺瘤具有明显的恶变倾向，现有的临床和放射学检查不能作出正确的术前诊断。因此，胰腺囊腺肿瘤属于良性抑或恶性，一般仅取决于组织学上有无癌性结构的发现。在国外的几个大宗病例报告中，都有囊腺瘤经不完全切除或引流术后，发展为囊腺癌的病人。prosting报告1例在10年间，从3次切除标本及其窦道组织中，连续地观察到从一个完全良性的囊腺瘤，历经乳头状形成，不典型细胞出现和腺体不规则排列，最后发展到囊腺癌的形成并对胃、脾、横结肠系膜浸润性生长的恶变过程。compagno指出，仅从标本中有无癌肿的组织学发现，截然地将其分为良性的囊腺瘤和恶性的囊腺癌是不可能的。因为对一庞大的囊肿，良性和恶性因素并存，并呈散在性分布的特征，没有足够的标本和系列的切片，不足以反映病变的本质。作者对41例胰腺粘液性囊性肿瘤的病理研究结果表明，34例（83%）具有不同程度的恶性表现，其中2

例分别进行了47和66块标本检查，方才找到癌肿。因此，compagno认为没有一个胰腺粘液性囊腺新生物是真正良性的，所有这些病变都应该作为恶性看待。【鉴别诊断】1.潴留性囊肿：一般为单房性，没有包膜，其体积一般较小，且囊肿有时大时小的特点。囊壁由单层立方扁平上皮被覆，囊壁外常为慢性胰腺炎病变，有导管阻塞，且常伴有胰结石症等。囊内液中炎性渗出成分不多，而胰淀粉酶常呈强阳性反应。2.囊腺瘤：有纤维组织间隔与包膜，可发生玻璃样变性、钙盐沉着，邻近包膜的胰腺组织因受压迫而萎缩；导管和腺泡可因阻塞而扩张，囊腔大小较小，囊壁中无炎性细胞浸润；囊壁被覆上皮为单层扁平细胞、立方状细胞或高柱状细胞；单层扁平上皮者应与淋巴管瘤或毛细血管瘤相鉴别，前者嗜银染色阳性，而后两者嗜银染色均为阳性。被覆柱状上皮的囊腺瘤恶变的可能性较大，而乳头状囊腺瘤可以视为癌前期病变。囊腺瘤恶变时，有乳头明显增生，细胞呈明显的异形性，表现为核大、核深染、核分裂相增多，有病理性核分裂、腺管共壁、背靠背等恶性特征。3.胰腺癌：胰腺癌阻塞了胰腺导管时，其远侧胰管可以扩张呈囊状，但这种囊肿一般不大，囊腔与腺管相通，囊内含有血性液体或清亮稀薄液体，并含有胰酶类。【治疗措施】1.手术切除胰腺囊腺癌，包括肿瘤所在部位的部分正常胰腺，是治疗本病唯一有效的方法。由于大部分胰腺囊腺癌的粘连较轻，即使有明显粘连也容易分离，因此，除非癌肿已广泛转移、全身情况极差、重要脏器被累及等情况之外，原则上都应争取行根治性切除。根据病变的部位和范围、癌肿与邻近脏器的关系、以及转移和浸润程度的不同，可分别选择单纯囊肿摘除术、胰体

尾加脾脏切除术、胰十二指肠切除术或全胰切除术等不同术式。在手术过程中应尽可能使囊肿保持完整，一旦囊壁破溃，将导致腹腔内的种植性转移。

2.在胰腺囊腺癌的治疗过程中，较容易犯的错误有：对手术切除肿瘤的难度估计过高，使一些经过努力可以行根治性切除的肿瘤，只作了姑息性和切除术或囊肿引流术。仅根据术中少量囊肿组织的冰冻切片检查，就轻易地诊断为胰腺假性囊肿、潴留性囊肿和囊腺瘤，并因而施行囊肿内、外引流术。在国内、外的文献资料中，都有胰腺假性囊肿或囊腺瘤经不完全切除或引流术后，发展为囊腺癌的病人。不能排除其中有的病人在最初手术时即为癌肿，但当时未能被发现的可能。因此，对病变性质一时难以确定的胰腺囊性肿块，尤其是粘液性囊肿者，应按胰腺囊腺癌的治疗原则处理，切除肿块及其所在部位的部分胰腺组织。对于胰腺囊腺癌，切不可轻易行囊肿内引流或外引流术，不然不但达不到手术治疗的目的，反而会增加囊肿感染的机会，贻误根治性手术的时机。

3.胰腺囊腺癌对化疗和放疗均不敏感。【预后】胰腺囊腺癌手术切除的愈后大多较好，远期生存率远优于胰腺癌。mayo医院20例胰腺囊腺癌病人的手术治疗结果表明，行根治性切除和姑息性切除者的5年生存率分别为68%和14%。而在warren报道的17例病人中，手术切除后5年和10年生存率分别为38%和23%。对于那些癌肿切除术后复发或转移的病人，如果病人的身体条件允许，应力争再次手术切除，其中部分病人尚可能获得较满意的疗效。

100Test 下载频道开通，各类考试题目直接下载。详细请访问 [www.100test.com](http://www.100test.com)