

固定,增强扫描无强化,后者增强多有不同程度强化,且黏液瘤随心动周期活动,心脏 MR T1 mapping 技术可直接定量心肌组

织的 T1 值,图像后处理时加入伪彩,可明确显示组织 T1 值的差异。

Choledochal cyst combined with squamous cell carcinoma: Case report

胆总管囊肿并鳞状细胞癌 1 例

杜明俊,王 强,殷志强,张连龙,王 丽

(山丹县中医医院放射科,甘肃 山丹 734100)

[Key words] Common bile duct; Cyst; Carcinoma, squamous cell; Tomography, X-ray computed

[关键词] 胆总管;囊肿;癌,鳞状细胞;体层摄影术,X线计算机

DOI:10.13929/j.1003-3289.201706027

[中图分类号] R735.8; R445 [文献标识码] B [文章编号] 1003-3289(2018)02-0320-01

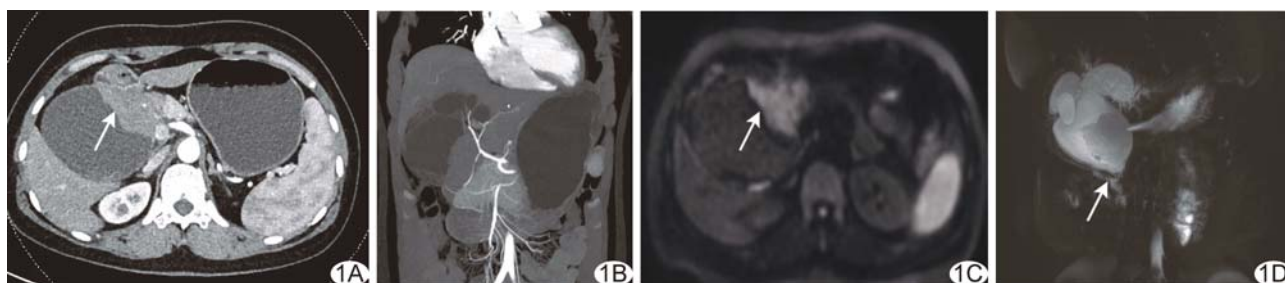


图1 胆总管囊肿并鳞状细胞癌的影像学表现 A. CT 增强扫描胆总管下段肿块轻度强化,内见血管影,与胰头分界不清(箭); B. CTA 示肿块包埋肝动脉; C. DWI 示病灶呈高信号(箭); D. MRCP 示胆总管下段充盈缺损(箭),胆总管、左右肝管明显扩张

患者女,32岁,因“上腹部不适6个月,加重1个月”入院。患者6个月前出现上腹部不适伴恶心、后背部憋胀,无呕吐、心慌,经休息未能缓解,进食后腹部疼痛加重。超声检查考虑“胆总管囊肿”,给予对症治疗腹部不适缓解,近1个月上腹部不适、疼痛加重。查体:上腹部轻压痛,余未见异常。实验室检查均正常。CT:胆总管囊肿扩张、下段见类椭圆形软组织密度肿块影,约5 cm×7 cm,密度尚均匀,CT值约46 HU;增强扫描轻度强化,内见血管影,与胰头分界不清,考虑胆总管囊肿并下段占位性病变(图1A)。CTA:肿块包埋肝动脉及胰十二指肠动脉(图1B)。MRI:胆总管呈球形扩张,最大径约10 cm,左右肝管亦扩张;胆总管下段见肿块影,呈等T1稍短T2信号、DWI呈高信号(图1C)、ADC值减低,并胰头受累、胰管稍扩张,周围组织受压;MRCP示胆总管下段充盈缺损,胆总管、左右肝管明显扩张(图1D)。行胆囊切除+胆总管空肠吻合术,术中见胆总

管上段呈圆形囊状扩张,质韧,与周围组织界限清,下段见4 cm×4 cm实性占位,质硬,与周围组织粘连紧密;肿物完整包裹肝动脉,肝十二指肠韧带内见肿大淋巴结。免疫组化:P40(+),P63(+),CK8/18(-),Ki-67(50%~60%+),PAS(-),病理诊断:(胆总管)浸润性鳞状细胞癌,胆总管囊肿。

讨论 胆总管囊肿又称先天性胆管扩张症,是常见的胆道畸形,可伴肝内胆管扩张,女性发病多于男性,是肝外胆管癌的危险因素之一,未经治疗者随年龄增大,癌变率增高,一般认为与胰液反流和胆汁刺激有关。由于胆道黏膜均被覆腺上皮,故胆管癌大部分为分化较好的腺癌,少数为乳头状癌和未分化癌,鳞状细胞癌罕见;鳞状细胞癌病因、发病机制尚不清楚,可能由于腺上皮在慢性炎症长期刺激下发生鳞状上皮化生,也可能为腺癌的鳞状化生。胆总管浸润性鳞状细胞癌由于缺乏特异性症状、体征,诊断主要依靠影像学检查。本例CT和MRI表现较典型,MRCP可清楚显示肿块大小、与邻近组织的关系。本病最终确诊需依靠病理诊断。本病对放化疗不敏感,手术是目前首选治疗方法。

[第一作者] 杜明俊(1977—),男,甘肃山丹人,本科,副主任医师。

E-mail: shandanzzyd@126.com

[收稿日期] 2017-06-05 [修回日期] 2017-11-21