

# 不典型胰腺癌的超声特点分析

苏波 兰竹

(黑龙江省医院消化病院超声室, 哈尔滨 150001)

**[摘要]** 目的: 分析不典型胰腺癌声像图特点, 提高超声对不典型胰腺癌的诊断率。方法: 回顾性分析 2012 年 1 月-2014 年 1 月在我院进行超声检查并经手术或者介入活检病理证实的 6 例不典型性胰腺癌患者资料, 分析声像图变化, 包括胰腺形态、回声, 胰管及胆道扩张以及胰周组织结构受压情况等。结果: 6 例患者声像图显示胰腺均无明显肿块, 亦无胆道扩张。胰体尾部回声减低、欠均 4 例, 其中 2 例胰体尾部胰管轻度扩张 (0.3 ~ 0.4cm), 胰腺表面静脉迂曲扩张 1 例, 胰尾部脾静脉显示不清 1 例, 胰腺弥漫性肿大伴回声改变, 后方脾静脉显示不清, 腹腔干及分支受压移位 2 例, 其中 1 例肝多发转移灶及胰腺周围淋巴结肿大。结论: 通过分析胰腺回声的改变、如胰体尾部回声减低、欠均, 胰管轻度扩张, 胰腺弥漫性肿大及后方脾静脉显示不清和腹腔干受压移位等情况, 可以提高不典型胰腺癌的诊断率。

**[关键词]** 不典型胰腺癌; 超声诊断

中图分类号: R445.1 文献标识码: A 文章编号: 2095-5200(2017)01-006-02

DOI: 10.11876/mimt201701003

胰腺癌为消化系统恶性肿瘤, 近年有上升趋势<sup>[1]</sup>。胰腺癌早期无典型症状表现, 其侵袭性强, 恶性程度高, 预后差, 5 年生存率仅 6%<sup>[2-3]</sup>。因此, 尽早、及时诊断是改善预后的关键。目前, 典型胰腺癌的超声诊断较为准确, 而无明显肿块, 亦无胆道扩张的不典型胰腺癌的超声诊断较为困难。本研究分析我院 2012 年 1 月至 2014 年 1 月收治的 6 例不典型胰腺癌患者的超声声像图, 以进一步提高超声对不典型胰腺癌的诊断水平。

## 1 资料与方法

### 1.1 临床资料

本文 6 例临床确诊胰腺癌患者中男性 4 例, 女性 2 例, 年龄 44 ~ 58 岁, 平均 (51 ± 9.5) 岁。临床表现为上腹部不适、疼痛, 食欲减退, 体重减轻等。

### 1.2 仪器与方法

采用 GE 公司 LOGIQ7 彩色多普勒超声诊断仪, 探头频率 2.0 ~ 5.5MHz。患者取平卧位、侧卧位或半卧位, 对胰腺进行纵切、横切、斜切等多方位扫查, 必要时嘱患者饮水 300 ~ 500mL 后检查, 腹胀患者素食三天或服助消化药后复查。常规观察并记录胰腺的表面形态、大小和内部回声, 注意胰管及胆道有无扩张, 注意胰腺周围的组织结构是否受压、变形、移位, 常规探查肝脏及腹腔淋巴结等情况。

## 2 结果

6 例患者中 2 例手术, 4 例行内镜下逆行胰腺管造影术 (ERCP)、超声内镜检查 (EUS)、磁共振胆胰管成像 (MRCP) 检查确诊。其中胰头癌 2 例、胰体尾癌 2 例、全胰腺癌 2 例。6 例患者超声图像显示胰腺均无明显肿块, 亦无胆道扩张。

2 例胰头癌图像显示胰腺回声不均匀, 胰体尾回声减低, 胰体尾部胰管扩张 0.3 ~ 0.4cm, 其中 1 例胰腺表面静脉迂曲扩张。2 例胰体尾癌图像显示胰体尾部回声减低, 表面不光整, 胰尾后方脾静脉显示不清 (图 1), 其中 1 例肝脏探及多发转移病灶 (图 2)。2 例全胰腺癌图像显示胰腺弥漫性肿大, 表面不光整, 回声增粗、高低不均, 呈弥漫性改变, 胰管未见明显扩张, 胰腺周围可见肿大淋巴结, 后方脾静脉显示不清, 腹腔干及分支受压移位。



图 1 胰尾部表面不光整、回声减低, 其后方脾静脉显示不清

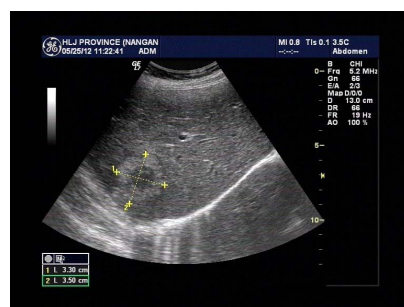


图 2 肝脏转移性病灶

### 3 讨论

胰腺癌早期表现易与胃肠、肝胆疾病相混淆,以腹痛或腹部不适最多见<sup>[4]</sup>。胰腺癌的超声表现常为胆管扩张、胆囊肿大以及胰腺低回声影,其诊断常会受到胃肠道内气体的干扰,同时也与操作者的经验有关,较小(<2cm)的胰腺癌检出率较低。笔者对于不典型胰腺癌总结如下。

#### 3.1 提高胰腺的显示水平

结合本研究病例分析,提高不典型胰腺癌超声诊断率的前提是提高胰腺的显示水平,只有清晰显示胰头、胰体、胰尾形态、内部回声结构及其周围血管脏器结构,才能给诊断者提供丰富的诊断信息和正确的诊断思路。胰腺为无包膜的腹膜后脏器,由于其解剖位置和形态特点而成为腹部脏器探查中的难点。胰腺超声显示率 Weill 报道为 82%<sup>[5]</sup>, Harbor 等报道为 89%<sup>[6]</sup>,胰尾显示率最差,一般为 37%<sup>[7]</sup>,细致耐心的检查对诊断帮助很大。本研究中改变患者体位、多角度、饮水后改变体位扫查、加压探头配合呼吸或变换探头频率、药物消肿等手段对清晰显示胰腺很有帮助,必要时可隔日复查。扫查胰尾时可以让患者右侧卧位经脾脏显示,文献报道左背部探查可提高胰尾肿瘤检出率<sup>[8]</sup>。

#### 3.2 不典型胰腺癌的声像图特点

本组 6 例不典型胰腺癌声像图均无明显肿块,亦无胆道扩张,回顾分析 6 例声像图,可归纳以下特点:1)胰腺表面不光整,形态改变;2)胰腺回声改变;3)胰管局限性扩张;4)胰腺表面静脉迂曲扩张;5)胰腺周围血管异常,如脾静脉异常、腹腔干及分支的异常等;6)肝转移性病灶及胰腺周围淋巴结肿大。几乎所有胰腺癌都有胰管狭窄,80%胰腺肿瘤发生于胰管上皮,常可堵塞胰管引起梗阻远端的扩张,可能由于癌肿或胰头区肿大的淋巴结压迫胆总管所致<sup>[9]</sup>。本组 2 例胰头癌均探及胰体尾部胰管轻度扩张,这一间接征象十分重要,它的出现甚至早于胰腺轮廓外形的改变<sup>[10]</sup>。本组 2 例胰头癌图像显示胰体尾部回声减低,正常胰腺组织是稍高回声,胰腺癌远端的胰腺组织常常表现为低回声,反映了继发于胰管阻塞后发生的慢性胰腺炎。本组 1 例胰腺表面静脉迂曲扩张, Hommeyer 等<sup>[11]</sup>认为胰头静脉弓属于门静脉的属支,在胰头癌的早期可最先受累而显示为阻塞或扩张,可以帮助早期诊断胰头癌。胰腺癌时可引起周围血管变形、弯曲、狭窄、受压移位,本组 1 例胰体尾部癌胰尾后方脾静脉显示不清,1 例全胰腺癌胰腺后方脾静脉显示不清,腹腔干及分支受压移位,走行失常。本组 1 例肝脏多发转移灶、胰腺周围淋巴结肿大。肿瘤病理学已证实胰腺肿瘤多沿神经鞘浸润生长,淋巴转移早、范围广,即使早期癌也显浸润倾向<sup>[12]</sup>。

#### 3.3 鉴别诊断

不典型胰腺癌还需与慢性胰腺炎进行鉴别。胰腺癌主

胰管侵犯多不规则,呈节段性缩窄、缺损或完全性梗阻。慢性胰腺炎主要是壁僵硬和主胰管扭曲,有时呈串珠样改变,有时可伴有主胰管缩窄,梗阻多呈不完全性,梗阻原因多为结石或粘稠的胰液,少数为胰实质纤维化。胰管分支的变化有鉴别诊断价值,慢性胰腺炎一般常合并全部胰管系统普遍变形,特别是细小分支;而在胰腺癌这些变化仅见于狭窄远端,近端是正常的,胰管被中断是胰腺癌的重要表现。

总体而言,对于不典型胰腺癌要高度重视声像图特点,细致耐心地检查,通过细微的声像图变化找到诊断线索,以减少漏诊误诊。

#### 参 考 文 献

- [1] 张洪亮,王先敏,肖春霞. 73 例胰腺癌的临床分析[J]. 新疆中医药,2011,32(4):7-9.
- [2] SIEGEL R, NAISHADHAM D, JEMAL A. Cancer statistics[J]. CA Cancer J Clin, 2013,63(1):11-30.
- [3] HE Z, TIAN H, SONG A, et al. Quality appraisal of clinical practice guidelines on pancreatic cancer: a PRISMA-compliant article. [J]Medicine (Baltimore). 2015,94(12):e635.
- [4] SAIF MW. Advancements in the management of pancreatic cancer: 2013[J]. JOP,2013,14(2):112-118.
- [5] WEILL F, SCHRAUB A, EISENSCHER A, et al. Ultrasonography of the normal pancreas. Success rate and criteria for normality. [J]Radiology. 1977,123(2):417-423.
- [6] HABER K, FREIMANIS AK, ASHER WM. Demonstration and dimensional analysis of the normal pancreas with gray-scale echography. [J] AJR Am J Roentgenol. 1976,126(3):624-628.
- [7] 周永昌,郭万学主编. 超声医学. 第3版[M]. 北京:科学技术文献出版社,1998,897-898.
- [8] 林红军,周玉英,胡淑芳,等. 胰腺癌 115 例超声诊断分析[J]. 南京医学院学报,1991,11(4):323-324.
- [9] FREENY PC, MARKS WM, RYAN JA. Pancreatic ductal adenocarcinoma: Diagnosis and staging with dynamic CT[J]. Radiology, 1988,166(1Pt1):125-133.
- [10] 王存强,葛永强. 关于早期胰腺癌 CT 及 ERCP 诊断的探讨[J]. 中外医用放射技术,2000,9(1):79-80.
- [11] HOMMEYER SC, FREENY PC, CRABO LG. Carcinoma of the head of the pancreas evaluation of the pancreaticoduodenal vein with dynamic CT-potential for improved accuracy in staging[J]. Radiology, 1995,196(1):233-238.
- [12] 刘起武,何运远,张爱民,等. 胰腺癌 60 例临床分析[J]. 中国肿瘤临床与康复,1998,5(3):38-39.