

## 腹腔镜胆囊切除意外胆囊癌的处理

徐协群, 刘卫, 李秉璐, 洪涛, 郑朝纪, 何小东, 廖泉, 赵玉沛

### ■背景资料

随着腹腔镜技术的推广和腹腔镜胆囊切除技术的日益成熟, 腹腔镜胆囊切除的病例越来越多, 但是由于胆囊癌早期诊断常较困难, 并大多与胆囊结石、胆囊炎伴发, 或与胆囊其他良性隆起样病变混淆, 术前未被诊断为胆囊癌而在术中、术后被意外发现, 从而被称之为意外胆囊癌(UGC). 国内外报道的UGC的发生率为0.3%-2.9%, 但是有15%-30%的胆囊癌在术前或术中存在恶性证据. 有报道称行LC时如发现UGC, 会增加肿瘤扩散或戳孔肿瘤种植的风险, 但是也有报道称开腹胆囊切除(OC)与LC对这种情况下的胆囊癌的预后没有影响. 因此LC会不会导致肿瘤的播散还存在争议.

### ■同行评议者

沈柏用, 副教授, 上海交通大学医学院附属瑞金医院肝胆胰外科中心

徐协群, 刘卫, 李秉璐, 洪涛, 郑朝纪, 何小东, 廖泉, 赵玉沛, 中国医学科学院 北京协和医学院 北京协和医院基本外科 北京市 100730

徐协群, 中国协和医科大学医学博士, 主要从事基本外科的临床和基础研究.

作者贡献分布: 徐协群与刘卫对此文所作贡献均等; 此课题由徐协群与刘卫设计; 研究过程由徐协群、刘卫、李秉璐及洪涛进行操作, 郑朝纪、何小东、廖泉及赵玉沛等进行指导及协助下完成; 本论文写作由徐协群完成.

通讯作者: 刘卫, 100730, 中国医学科学院, 北京协和医学院, 北京协和医院基本外科. liuwei95@gmail.com

电话: 010-65296024

收稿日期: 2009-01-22 修回日期: 2009-02-21

接受日期: 2009-02-23 在线出版日期: 2009-05-08

### Unsuspected gallbladder cancer management during or after laparoscopic cholecystectomy

Xie-Qun Xu, Wei Liu, Bing-Lu Li, Tao Hong, Chao-Ji Zheng, Xiao-Dong He, Quan Liao, Yu-Pei Zhao

Xie-Qun Xu, Wei Liu, Bing-Lu Li, Tao Hong, Chao-Ji Zheng, Xiao-Dong He, Quan Liao, Yu-Pei Zhao, Department of General Surgery, Peking Union Medical College Hospital, Chinese Academy of Medical Sciences, Beijing 100730, China

Correspondence to: Wei Liu, Department of General Surgery, Peking Union Medical College Hospital, Chinese Academy of Medical Sciences, Beijing 100730, China. liuwei95@gmail.com

Received: 2009-01-22 Revised: 2009-02-21

Accepted: 2009-02-23 Published online: 2009-05-08

### Abstract

**AIM:** To explore the effectiveness of surgeons in determining the unsuspected gallbladder carcinoma (UGC) at laparoscopic cholecystectomy (LC) and the management of UGC.

**METHODS:** A total of 6429 patients with gallbladder disease were included in this study who underwent LC during June, 1989 and November, 2008. Patients with UGC were reviewed retrospectively to assess preoperative diagnosis, intraoperative findings and outcomes.

**RESULTS:** Of the total patients, 27 in 6429 (0.4%) were histopathologically diagnosed as UGC during (17) or after (10) LC. The tumor stages of

the 27 diagnosed were pT<sub>1</sub> (9), pT<sub>2</sub> (9), and pT<sub>3</sub> (9), each with 9 cases. The survival rates of all the UGC patients in one-year, three-year and five-year were 74.1%, 63% and 59.3%, respectively. The five-year survival rates of pT<sub>1</sub> stage, pT<sub>2</sub> stage and pT<sub>3</sub> stage were 100%, 66.7% and 0.0%, respectively, not significantly affected by whether the patients had been diagnosed with UGC during or after LC ( $P < 0.05$ ).

**CONCLUSION:** The survival rate from UGC is associated with tumor stage and it is confirmed that a carefully performed LC is adequate treatment for pT<sub>1</sub> stage cancer. If a suspicious lesion is found, intraoperative frozen section is performed for pathological examination. However, radical operation is recommended for T<sub>2</sub> patients and effective measures should be taken to avoid tumor implant and metastasis.

**Key Words:** Laparoscopic cholecystectomy; Gallbladder carcinoma; Unsuspected gallbladder carcinoma

Xu XQ, Liu W, Li BL, Hong T, Zheng CJ, He XD, Liao Q, Zhao YP. Unsuspected gallbladder cancer management during or after laparoscopic cholecystectomy. *Shijie Huaren Xiaohua Zazhi* 2009; 17(13): 1312-1317

### 摘要

**目的:** 探讨腹腔镜胆囊切除术(laparoscopic cholecystectomy, LC)遇意外胆囊癌(unsuspected gallbladder carcinoma, UGC)的原因及应对策略.

**方法:** 回顾性分析本院1989-06/2008-11行LC患者6429例中遇到的术中及术后诊断为UGC的27例(0.4%)临床资料.

**结果:** 所有27例胆囊癌病例中, 在LC术中诊断17例, LC术后诊断有10例. pT<sub>1</sub>期、pT<sub>2</sub>期和pT<sub>3</sub>期各9例. 患者的1、3和5年存活率分别为74.1%、63%和59.3%. pT<sub>1</sub>期的5年存活率为100%, pT<sub>2</sub>期的5年存活率为66.7%, pT<sub>3</sub>期的5年存活率为0.0%, 差异有统计学意义( $P < 0.05$ ).

**结论:** UGC患者的存活与肿瘤分期相关, pT<sub>1</sub>期

胆囊癌, 行LC即可. 怀疑有胆囊癌在可能情况下及时行冰冻病理检查, 对于确诊pT<sub>1</sub>期以外的UGC应该尽早开腹行胆囊癌根治术, 并采取必要措施防止肿瘤种植和转移.

**关键词:** 腹腔镜胆囊切除术; 胆囊癌; 意外胆囊癌

徐协群, 刘卫, 李秉璐, 洪涛, 郑朝纪, 何小东, 廖泉, 赵玉沛. 腹腔镜胆囊切除意外胆囊癌的处理. 世界华人消化杂志 2009; 17(13): 1312-1317

<http://www.wjgnet.com/1009-3079/17/1312.asp>

## 0 引言

随着腹腔镜技术的普及, 腹腔镜胆囊切除术(laparoscopic cholecystectomy, LC)因其创伤小、恢复快等优点受到医生和患者的欢迎和推崇. 随着腹腔镜技术的推广和腹腔镜胆囊切除技术的日益成熟, 腹腔镜胆囊切除的病例越来越多, 但是由于胆囊癌早期诊断常较困难, 并大多与胆囊结石、胆囊炎伴发, 或与胆囊其他良性隆起样病变混淆, 术前未被诊断为胆囊癌而在术中、术后被意外发现, 从而被称之为意外胆囊癌(unsuspected gallbladder carcinoma, UGC)<sup>[1]</sup>. 国内外报道的UGC的发生率为0.3%-2.9%<sup>[2-3]</sup>, 但是有15%-30%的胆囊癌在术前或术中存在恶性证据<sup>[3-4]</sup>. 有报道称行LC时如发现UGC, 会增加肿瘤扩散或戳孔肿瘤种植的风险<sup>[5-7]</sup>, 但是也有报道称开腹胆囊切除(open cholecystectomy, OC)与LC对这种情况下的胆囊癌的预后没有影响<sup>[8-9]</sup>. 因此LC会不会导致肿瘤的播散还存在争议. 现将我院1989年开展LC以来遇到的UGC患者27例临床资料结合文献报道进行回顾性总结.

## 1 材料和方法

**1.1 材料** 1989-06/2008-11共行LC患者6429例, 术中及术后发现UGC患者27例(0.4%), 其中男12例, 女15例, 年龄36-88(平均年龄67.3)岁. 术前诊断胆囊结石伴胆囊炎16例, 胆囊息肉样病变6例, 胆囊结石合并胆囊息肉3例, 胆囊腺肌症2例. 其中24例术前均有不同程度的右上腹疼痛、餐后饱胀不适、疼痛向后背放射等病史, 另外3例无不适主诉, 均为胆囊息肉样病变. 其中有5例发病过程中出现发热、黄疸等症状, 均为胆囊多发结石, 有过胆管排石的过程, 保守治疗后好转. 病史最长22年, 最短2 mo, 平均时间86.5 mo. 术前检查: B超: 胆囊结石16例, 其中3例结石直径超过3 cm; 胆囊壁增厚5例; 胆囊息肉样病变6例, 均为单发, 直径范围在9-26 mm. 3例术前行CT

检查, 发现胆囊壁弥漫性增厚, 未发现明确占位, 考虑慢性胆囊炎或胆囊腺肌症的可能大. 3例因为胆囊结石、胆总管结石曾行ERCP, 未发现胆囊有明显异常.

### 1.2 方法

27例患者均在CO<sub>2</sub>气腹下常规行LC术. 胆囊病变如果出现下列胆囊癌高危因素的情况则切除胆囊行冰冻病理检查: (1)胆囊黏膜出现皱缩或溃疡; (2)胆囊壁局部增厚超过4 mm; (3)正常的胆囊壁为结缔组织所代替; (4)胆囊黏膜颜色发生改变; (5)胆囊息肉样病变超过10 mm等. 患者术后资料通过门诊随访获得.

术后存活时间从诊断开始到死亡或我们最后1次随访计算(2008-11-30). 术后存活率应用SPSS10.0以寿命表法进行计算.

## 2 结果

**2.1 临床诊断** 术前胆囊良性疾病如胆囊结石伴胆囊炎, 胆囊息肉样病变, 胆囊结石合并胆囊息肉, 胆囊腺肌症等诊断主要通过影像学如腹部CT(图1), MRI以及腹部超声, 为了对照说明术前明确诊断为早期胆囊癌的病例, 特附其影像学资料(图2). 所有患者术前均常规检查肝功能, 23例肝功能全部正常, 另外4例ALT(最高67 U/L, 正常5-40 U/L)、AST(最高56 U/L, 正常5-37 U/L)、GGT(最高80 U/L, 正常10-67 U/L)、TBIL(最高29.6 μmol/L, 正常5.1-22.2 μmol/L)、DBIL(最高13.1 μmol/L, 正常0-8.6 μmol/L)轻度升高, 另外有9例检查了CA19-9, CEA, 甲胎蛋白(AFP), 5例全部正常, 另外有4例患者CA19-9出现升高(最高79 U/L, 正常0-37 U/L).

**2.2 病理学** 术中和术后病理诊断证实处于pT<sub>1</sub>和pT<sub>2</sub>期胆囊癌患者18例, 另外9例处于pT<sub>3</sub>期. 术中冰冻检查而术后证实为胆囊癌共19例, 术中冰冻切片病理证实为胆囊癌17例, 其中pT<sub>1</sub>期5例, pT<sub>2</sub> 6例, pT<sub>3</sub> 8例, 另外2例术中冰冻病理提示胆囊管状腺瘤伴重度不典型增生, 不排除癌, 建议等石蜡, 术后石蜡病理提示胆囊癌, 分别为pT<sub>2</sub>和pT<sub>3</sub>期. 术中冰冻病理的准确率为89.5%(17/19). 另外8例术中未行冰冻病理而术后石蜡病理提示为胆囊癌, 其中pT<sub>1</sub>期4例, pT<sub>2</sub>期2例, pT<sub>3</sub>期2例. 所有胆囊癌患者的临床特征见表1.

**2.3 手术结果** 所有患者最初都接受LC术, 19例术中冰冻病理检查的术后石蜡病理提示胆囊癌, 另外8例术后石蜡病理证实为胆囊癌. 19例

### ■ 研发前沿

随着技术的进步, 临床实践中微创手术被广泛应用, 腹腔镜越来越多地被用来进行胆囊切除. 在进行腹腔镜胆囊过程中会越来越多的接触到术中或术后胆囊癌的情况, 如何处理这个问题也成为临床实践中一个热点问题.

## ■相关报道

Aoki *et al*报道, 其总共有990例患者因为胆囊结石行LC, 其中发现7例为恶性, 然而在术后对其余983例良性病例的病理检查中发现, 有4例为恶性, 而其在术中的冰冻病理提示为上皮重度不典型增生, 因此有时很难区分胆囊原位癌和胆囊黏膜上皮的不典型增生。

表 1 胆囊癌患者临床特征 ( $n = 27$ )

	<i>n</i>	%
性别		
男	12	44.4
女	15	55.6
病理分型		
T1	9	33.3
T2	9	33.3
T3	9	33.3
大体分型		
息肉样病变	7	25.9
溃疡	2	7.4
胆囊壁增厚	6	22.2
合并胆囊结石	12	44.4
未合并胆囊结石	15	55.6
术中冰冻		
是	19	70.1
否	8	29.9
手术方式		
LC	9	33.3
LC+胆囊癌根治术	15	55.6
LC+开腹探查术	2	7.4
LC(放弃手术)	1	3.7
病理分化类型(腺癌)		
低分化	5	18.5
中分化	6	22.2
高分化	16	59.3
局部淋巴结转移	4	14.8
戳孔种植	2	7.4
远处转移	5	18.5
死亡		
T1	0	0.0
T2	3	11.1
T3	8	29.9

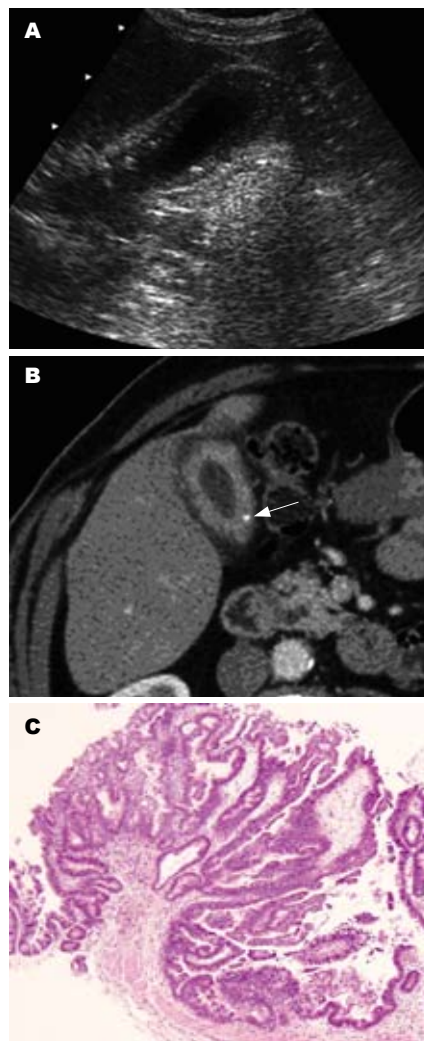


图 1 术前影像学诊断为胆囊腺肌症, 术中冰冻病理和术后石蜡病理均诊断为胆囊腺癌pT<sub>1a</sub>(58岁, 女, 病史10年). A: 超声显示胆囊壁弥漫性的增厚壁内局部多发强回声, 但是未见声影; B: CT显示胆囊壁弥漫性的增厚, 可见胆囊壁内高密度结石影(箭头); C: 石蜡病理提示为胆囊腺癌pT<sub>1a</sub>, 病变浸润至黏膜层(HE染色×20).

中有5例冰冻病理提示为pT<sub>1</sub>期, 仅行单纯LC术, 术中冰冻病理直接提示pT<sub>2</sub>期以上(包括pT<sub>2</sub>期)共14例, 其中pT<sub>2</sub> 6例, 直接中转开腹胆囊癌根治术; pT<sub>3</sub> 6例, 其中4例行肝床楔形切除、区域性淋巴结清扫术, 另外1例, 由于腹腔广泛转移, 而仅行胆囊切除, 1例由于肿瘤位于胆囊颈部, 胆总管旁淋巴结肿大而行胆囊切除、区域性淋巴结清扫以及胆总管T管引流术. 2例术中冰冻病理提示胆囊管状腺瘤伴重度不典型增生, 不除外癌, 建议等石蜡, 术后石蜡病理提示胆囊癌, 分别为pT<sub>2</sub>和pT<sub>3</sub>期, 再次于术后1 wk行开腹胆囊癌根治术. 另外8例术中未行冰冻病理而术后石蜡病理提示为胆囊癌, 其中pT<sub>1</sub>期4例, 未行进一步处理; pT<sub>2</sub>期2例, 于石蜡病理回报术后1 wk再次行肝床楔形切除、区域性淋巴结清扫术; pT<sub>3</sub>期

2例, 其中1例行肝床楔形切除、区域性淋巴结清扫术, 另外1例因为年龄较大(88岁), 家属放弃手术. 术后并发症共2例, 胆瘘1例, 伤口感染1例, 均对症治疗后好转.

2.4 随访结果 患者随访4-96(平均随访时间为57.6) mo. 所有患者的1、3和5年存活率分别为74.1%、63%和59.3%. pT<sub>1</sub>期的5年存活率为100%, pT<sub>2</sub>期的5年存活率为66.7%, pT<sub>3</sub>期的5年存活率为0(T分期Kaplan-Meier存活率Long-rank检验, pT<sub>1</sub>期 vs pT<sub>2</sub>期,  $P < 0.05$ , pT<sub>2</sub>期 vs pT<sub>3</sub>期,  $P < 0.05$ , 图3). 存活时间最长为96 mo, 系pT<sub>1</sub>, 且截止最后一次随访, 所有该期患者均存活. pT<sub>2</sub>期有3例患者死亡, 分别于术后16, 23和39 mo死亡, 死亡原因均为肿瘤复发或转移, 其平均存活时间26 mo. pT<sub>3</sub>期胆囊癌的患者存活时间为19.9±





图2 术前检查提示为早期胆囊癌的典型影像学表现(51岁, 女性, 病史1 mo)。A: 超声显示局部胆囊壁隆起样病变, 符合胆囊癌的表现; B: CT提示胆囊隆起样病变, 符合胆囊癌的表现; C: 石蜡病理提示为胆囊腺癌pT<sub>1a</sub>, 病变浸润至黏膜下层(HE染色×20)。

#### ■应用要点

目前B超仍然是诊断胆囊癌简单有效重要方法, 应该重视B超检查, 对于怀疑存在胆囊癌的患者可以多体位、多方向扫描以排除, 必要时可以术前联合胆囊超声和胆囊增强CT检查以期在术前能够做出明确诊断, 从而能够行一期胆囊癌治疗, 尽可能地避免二期的胆囊癌手术。

表2 27例胆囊癌分期、手术方式和存活情况

T分期	TNM分期	手术方式	n	随访(4–96 mo)
T1	I	LC	9	长期存活
T2	II	LC+Ra	9	4例存活, 1例带病存活, 3例死亡
T3	III	LC	2	死亡
		LC+Ra	7	6例死亡, 1例带病存活

Ra: 开腹胆囊癌根治术。

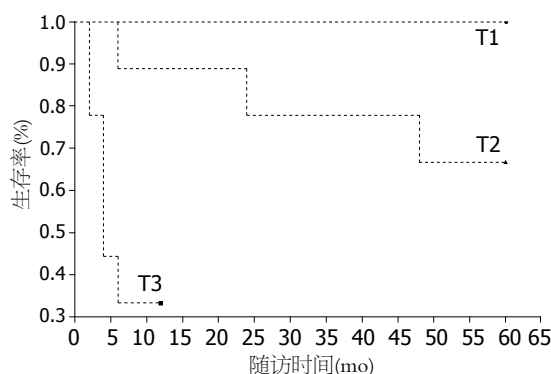


图3 胆囊癌患者T分期的Kaplan-Meier存活率。Long-rank检验, pT<sub>1</sub>期 vs pT<sub>2</sub>期,  $P < 0.05$ , pT<sub>2</sub>期 vs pT<sub>3</sub>期,  $P < 0.05$ 。

4.6 mo, 最长存活23 mo, 无存活超过2年者。脐部戳孔处肿瘤种植2例(pT<sub>2</sub>期和pT<sub>3</sub>期各1例), pT<sub>2</sub>期再次手术切除种植肿瘤, 存活16 mo死亡, pT<sub>3</sub>期, 放弃手术, 于术后8 mo死亡(表2)。

### 3 讨论

胆囊癌是一种发病率相对较低的恶性肿瘤, 胆囊癌占所有胆囊切除手术病例的0.3%-1.5%, 而行LC术的UGC发生率为0.3%-2.9%<sup>[1-3,10]</sup>。在本研究中, 胆囊癌的发生率为0.4%, 术前诊断胆囊结石伴胆囊炎16例, 胆囊息肉样病变6例, 胆囊结石合并胆囊息肉3例, 胆囊腺肌症2例。由于胆囊癌的临床表现与胆囊炎或胆石症类似, 本研究中的胆囊癌患者的临床表现与胆囊炎或胆囊结石没有明显的区别, 因此未能早期发现并诊断胆囊癌, 本研究组中病例均根据术中或术后的病理结果而做出诊断。

由于相对早期的胆囊癌术前通过超声或CT做出诊断比较困难, 因此在LC过程中, 除了大体观察区分胆囊的良性疾病和胆囊癌之外, 术中冰冻病理显得尤为重要。对于术中切除胆囊发现存在黏膜改变或胆囊壁增厚可以进一步送冰冻病理检查。Aoki *et al*<sup>[11]</sup>报道, 其总共有990例患者因为胆囊结石行LC, 其中发现7例为恶性, 然

而在术后对其余983例良性病例的病理检查中发现, 有4例为恶性, 而其在术中的冰冻病理提示为上皮重度不典型增生, 因此有时很难区分胆囊原位癌和胆囊黏膜上皮的不典型增生<sup>[12]</sup>。术中冰冻病理对病变浸润深度的准确率文献报道在70%-86%<sup>[13-14]</sup>, 本研究的冰冻病理准确率为89.5%(17/19)。因此基于冰冻病理的胆囊癌的诊断似乎是不精确的, 其中的原因很可能是由于这种检查方法不可能检查整个胆囊的病变部分。因此可能提示术中冰冻病理不能准确的提示原位癌和肿瘤的浸润深度。

基于肿瘤浸润深度(pT分期)的胆囊癌的手术治疗方式很大程度上决定了治疗的结果<sup>[15]</sup>。对于pT<sub>1</sub>期的胆囊癌, 单纯LC已经足够, 本研究对于pT<sub>1</sub>期的胆囊癌没有任何的复发或转移; 对于pT<sub>2</sub>期胆囊癌是否需要第二次的胆囊癌根治术目前还存在争议<sup>[3,11]</sup>。但是根据本研究我们的经验对于pT<sub>2</sub>期胆囊癌还是需要进行第2次胆囊癌根治术的。胆囊癌LC术后戳孔处肿瘤种植或者腹腔种植的发生率在14%-20%<sup>[16-17]</sup>, 本研究中有2例出现了戳孔处肿瘤种植(7.4%), 另外一方面,

# ■同行评价

本研究选题较好, 临床资料宝贵, 具有较好的临床参考价值.

也有报道称对于腹壁肿瘤复发在LC, OC或LC中转OC的手术方式之间没有差异, 而且手术方式对预后没有影响<sup>[17-18]</sup>. 另外还有文献报道称UGC的预后并不比OC后发现的胆囊癌预后差<sup>[19-20]</sup>. 戳孔肿瘤种植转移的情况, 其发生的原因包括胆囊壁的破损以及LC术中电烙器的广泛应用, 因此为了避免肿瘤腹腔或者戳孔种植转移情况的发生, 要尽量少用电烙器和避免损伤胆囊壁<sup>[21]</sup>. Sarli *et al*报道患者的预后与肿瘤的分期和胆汁泄露密切相关, 但与使用哪种手术方式(LC或OC)无关<sup>[20,23]</sup>. 术中使用标本袋取出胆囊似乎能够预防戳孔肿瘤种植<sup>[24]</sup>.

总之, 根据我们的经验以及文献报道的结果对于LC术前和术中出现以下情况应该高度怀疑存在胆囊癌的可能: (1)慢性胆囊炎或胆囊结石病史超过10年. (2)影像学检查或者术中发现提示胆囊萎缩, 胆囊壁局部增厚超过4 mm或胆囊壁广泛增厚, 胆囊息肉样病变超过10 mm, 胆囊壁钙化, 瓷样胆囊, 胆囊颈部结石或者结石超过2.5 cm等. 目前B超仍然是诊断胆囊癌简单有效重要方法, 应该重视B超检查, 对于怀疑存在胆囊癌的患者可以多体位、多方向扫描以排除, 必要时可以术前联合胆囊超声和胆囊增强CT检查以期在术前能够做出明确诊断, 从而能够行一期胆囊癌治疗, 尽可能地避免二期的胆囊癌手术. 从本研究可以看出由于UGC患者的存活率与肿瘤的分期密切相关, 术前对患者的评估尤为重要, 对于高度怀疑胆囊癌的术中冰冻病理有一定的帮助, 但是还要密切注意术后的石蜡病理. 对于早期的胆囊癌(pT<sub>1</sub>期)单纯LC术已经足够, 而对于pT<sub>2</sub>期以上(包括pT<sub>2</sub>期)胆囊癌不管是LC术中或术后都还需要进行第二次的胆囊癌根治术, 而且LC术对这些患者的预后没有影响<sup>[1,25-27]</sup>. 术中的细致操作以及使用标本袋取出胆囊可能对预防戳孔肿瘤种植、腹腔转移复发有一定的作用.

## 4 参考文献

- Varshney S, Butturini G, Gupta R. Incidental carcinoma of the gallbladder. *Eur J Surg Oncol* 2002; 28: 4-10
- Contini S, Dalla Valle R, Zinicola R. Unexpected gallbladder cancer after laparoscopic cholecystectomy: an emerging problem? Reflections on four cases. *Surg Endosc* 1999; 13: 264-267
- Frauschuh D, Greim R, Kraas E. How to proceed in patients with carcinoma detected after laparoscopic cholecystectomy. *Langenbecks Arch Surg* 2000; 385: 495-500
- Steinert R, Nestler G, Sagynaliev E, Müller J, Lippert H, Reymond MA. Laparoscopic cholecystectomy

- and gallbladder cancer. *J Surg Oncol* 2006; 93: 682-689
- Clair DG, Lautz DB, Brooks DC. Rapid development of umbilical metastases after laparoscopic cholecystectomy for unsuspected gallbladder carcinoma. *Surgery* 1993; 113: 355-358
- Braghetto I, Bastias J, Csendes A, Chiong H, Compan A, Valladares H, Rojas J. Gallbladder carcinoma during laparoscopic cholecystectomy: is it associated with bad prognosis? *Int Surg* 1999; 84: 344-349
- Shirai Y, Ohtani T, Hatakeyama K. Laparoscopic cholecystectomy may disseminate gallbladder carcinoma. *Hepatogastroenterology* 1998; 45: 81-82
- Suzuki K, Kimura T, Ogawa H. Long-term prognosis of gallbladder cancer diagnosed after laparoscopic cholecystectomy. *Surg Endosc* 2000; 14: 712-716
- Whalen GF, Bird I, Tanski W, Russell JC, Clive J. Laparoscopic cholecystectomy does not demonstrably decrease survival of patients with serendipitously treated gallbladder cancer. *J Am Coll Surg* 2001; 192: 189-195
- Kim KA, Park CM, Park SW, Cha SH, Seol HY, Cha IH, Lee CH, Lee KY. Contrast-enhanced power Doppler US: is it useful in the differentiation of gallbladder disease? *Clin Imaging* 2002; 26: 319-324
- Aoki T, Tsuchida A, Kasuya K, Inoue K, Saito H, Koyanagi Y. Is frozen section effective for diagnosis of unsuspected gallbladder cancer during laparoscopic cholecystectomy? *Surg Endosc* 2002; 16: 197-200
- Albores-Saavedra J, de Jesus Manrique J, Angeles-Angeles A, Henson DE. Carcinoma in situ of the gallbladder. A clinicopathologic study of 18 cases. *Am J Surg Pathol* 1984; 8: 323-333
- Azuma T, Yoshikawa T, Araida T, Takasaki K. Intraoperative evaluation of the depth of invasion of gallbladder cancer. *Am J Surg* 1999; 178: 381-384
- Yamaguchi K, Chijiwa K, Saiki S, Shimizu S, Tsuneyoshi M, Tanaka M. Reliability of frozen section diagnosis of gallbladder tumor for detecting carcinoma and depth of its invasion. *J Surg Oncol* 1997; 65: 132-136
- de Aretxabala X, Roa I, Burgos L, Cartes R, Silva J, Yañez E, Araya JC, Villaseca M, Quijada I, Vittini C. Preoperative chemoradiotherapy in the treatment of gallbladder cancer. *Am Surg* 1999; 65: 241-246
- Paolucci V, Schaeff B, Schneider M, Gutt C. Tumor seeding following laparoscopy: international survey. *World J Surg* 1999; 23: 989-995; discussion 996-997
- Ricardo AE, Feig BW, Ellis LM, Hunt KK, Curley SA, MacFadyen BV Jr, Mansfield PF. Gallbladder cancer and trocar site recurrences. *Am J Surg* 1997; 174: 619-622; discussion 622-623
- Lundberg O, Kristoffersson A. Wound recurrence from gallbladder cancer after open cholecystectomy. *Surgery* 2000; 127: 296-300
- Gourgiotis S, Kocher HM, Solaini L, Yarollahi A, Tsiambas E, Salemis NS. Gallbladder cancer. *Am J Surg* 2008; 196: 252-264
- Sarli L, Contini S, Sansebastiano G, Gobbi S, Costi R, Roncoroni L. Does laparoscopic cholecystectomy worsen the prognosis of unsuspected gallbladder cancer? *Arch Surg* 2000; 135: 1340-1344
- Darabos N, Stare R. Gallbladder cancer:

- laparoscopic and classic cholecystectomy. *Surg Endosc* 2004; 18: 144-147
- 22 Varshney S, Butturini G, Gupta R. Incidental carcinoma of the gallbladder. *Eur J Surg Oncol* 2002; 28: 4-10
- 23 Chan KM, Yeh TS, Jan YY, Chen MF. Laparoscopic cholecystectomy for early gallbladder carcinoma: long-term outcome in comparison with conventional open cholecystectomy. *Surg Endosc* 2006; 20: 1867-1871
- 24 Akyürek N, Irkörüçü O, Salman B, Erdem O, Sare M, Tatlıcioğlu E. Unexpected gallbladder cancer during laparoscopic cholecystectomy. *J Hepatobiliary Pancreat Surg* 2004; 11: 357-361
- 25 Weinstein D, Herbert M, Bendet N, Sandbank J, Halevy A. Incidental finding of gallbladder carcinoma. *Isr Med Assoc J* 2002; 4: 334-336
- 26 Wullstein C, Woeste G, Barkhausen S, Gross E, Hopt UT. Do complications related to laparoscopic cholecystectomy influence the prognosis of gallbladder cancer? *Surg Endosc* 2002; 16: 828-832
- 27 Kwon AH, Imamura A, Kitade H, Kamiyama Y. Unsuspected gallbladder cancer diagnosed during or after laparoscopic cholecystectomy. *J Surg Oncol* 2008; 97: 241-245

编辑 李军亮 电编 何基才

ISSN 1009-3079 CN 14-1260/R 2009年版权归世界华人消化杂志

## • 消息 •

### 第二十一次全国中西医结合消化学术会议征文通知

**本刊讯** 中国中西医结合学会消化系统疾病专业委员会决定于2009-07-23/26在南宁市召开第二十一次全国中西医结合消化系统疾病学术会议,并同时举办全国中西医结合消化疾病(重点为功能性胃肠病、炎症性肠病和消化内镜新技术临床应用演示)新技术新理论继续教育学习班.学习班招收对象:中西医结合、中医或西医的消化专业医师、科研人员、研究生等.参加学习班者授予国家级1类继续教育学分;大会论文报告者另授继续教育学分6分.

#### 1 征稿内容

功能性胃肠病、炎症性肠病中西医结合基础与临床治疗研究;幽门螺杆菌相关疾病的中西医结合基础与治疗研究;脂肪肝、慢性肝炎与肝硬化等常见肝病的中西医结合基础与临床研究;消化系统肿瘤中西医结合诊疗;脾胃学说及其临床应用;其他消化系统疾病(包括食管、胃、肝、胆、胰腺等疾病)的基础研究、临床研究与实践等.

#### 2 征稿要求

请注明作者姓名、单位、详细通讯地址、邮编.稿件请附800字论文摘要,尽可能以电子信件的形式将稿件传送,截稿日期:2009-06-30.

#### 3 联系方式

袁海锋,朱永苹,530011,广西壮族自治区南宁市华东路10号广西中医学院瑞康医院,电话:0771-2188107;13597004049;13077766271,传真:0771-2411156, rkxhmk@sina.com或 czs.xiaohua@163.com