

超声内镜引导下穿刺诊断胰腺结核1例

潘振国, 许莹, 潘峰, 李倩君

潘振国, 许莹, 潘峰, 李倩君, 南京医科大学附属淮安第一医院(淮安市第一人民医院)消化内科 江苏省淮安市 223300
潘振国, 博士, 从事肝胆胰腺疾病的研究。

作者贡献分布: 本课题由李倩君设计; 资料收集由许莹与潘峰协助完成; 论文写作由潘振国完成。

通讯作者: 李倩君, 副主任医师, 223300, 江苏省淮安市淮阴区北京西路6号, 南京医科大学附属淮安第一医院(淮安市第一人民医院)消化内科。1328331947@qq.com

收稿日期: 2015-07-24 修回日期: 2015-09-10

接受日期: 2015-09-21 在线出版日期: 2015-10-28

Endoscopic ultrasound guided fine needle aspiration for diagnosis of pancreatic tuberculosis: Report of one case

Zhen-Guo Pan, Ying Xu, Feng Pan, Qian-Jun Li

Zhen-Guo Pan, Ying Xu, Feng Pan, Qian-Jun Li, Department of Gastroenterology, Huai'an First People's Hospital, Nanjing Medical University, Huai'an 223300, Jiangsu Province, China

Correspondence to: Qian-Jun Li, Department of Gastroenterology, Huai'an First People's Hospital, Nanjing Medical University, 6 Beijing Western Road, Huaiyin District, Huai'an 223300, Jiangsu Province, China. 1328331947@qq.com

Received: 2015-07-24 Revised: 2015-09-10

Accepted: 2015-09-21 Published online: 2015-10-28

Abstract

The incidence of pancreatic tuberculosis is low. Pancreatic tuberculosis often presents as a pancreatic mass. If patients have no history of tuberculosis, pancreatic tuberculosis is often misdiagnosed as a pancreatic tumor. Only after surgery it can be diagnosed correctly. Endoscopic ultrasonography guided fine needle aspiration (EUS-FNA) allows for biopsy of pancreatic tissue to conduct pathological

examination, thus providing clinical evidence for the diagnosis of pancreas diseases. Compared with ultrasound and CT guided puncture, EUS-FNA has advantages of high accuracy and fewer complications.

© 2015 Baishideng Publishing Group Inc. All rights reserved.

Key Words: Endoscopic ultrasound; Fine needle puncture; Pancreatic mass; Pancreatic tuberculosis

Pan ZG, Xu Y, Pan F, Li QJ. Endoscopic ultrasound guided fine needle aspiration for diagnosis of pancreatic tuberculosis: Report of one case. Shijie Huaren Xiaohua Zazhi 2015; 23(30): 4927-4930 URL: <http://www.wjgnet.com/1009-3079/23/4927.asp> DOI: <http://dx.doi.org/10.11569/wcjd.v23.i30.4927>

摘要

胰腺结核的发病率比较低, 常常表现为胰腺占位或胰腺包块等, 如患者既往无结核病史, 常常误诊为胰腺肿瘤进行开腹探查后才确诊为胰腺结核, 对患者创伤较大, 超声内镜引导下细针穿刺可以取胰腺包块组织, 进行病理检查, 为确诊胰腺占位性疾病提供临床证据, 且超声内镜穿刺相对于B超及计算机断层扫描(computed tomography)穿刺有准确率高, 并发症少等优点。

© 2015年版权归百世登出版集团有限公司所有。

关键词: 超声内镜; 细针穿刺; 胰腺包块; 胰腺结核

核心提示: 本文主要介绍了1例胰腺占位患者的诊断, 我们采用超声内镜引导下细针穿刺胰腺包块, 最后确诊为胰腺结核, 提示遇到胰腺占位性疾病可首先考虑超声内镜穿刺。

背景资料

胰腺结核的发病率比较低, 常常被误诊为胰腺肿瘤或者胰腺炎症, 一旦怀疑为胰腺肿瘤, 常需要开腹探查以明确诊断, 超声内镜下穿刺可以避免开腹探查, 诊断胰腺结核阳性率也较高。

同行评议者

郭晓钟, 教授, 沈阳军区总医院消化内科; 刘杰民, 主任医师, 贵州省人民医院消化内科

■应用要点

胰腺结核发病率低, 胰腺结核最多见的表现为胰腺包块或者胰腺囊肿脓肿, 超声内镜下胰腺包块穿刺可以确诊胰腺结核, 且对患者创伤较小

潘振国, 许莹, 潘峰, 李倩君. 超声内镜引导下穿刺诊断胰腺结核1例. 世界华人消化杂志 2015; 23(30): 4927-4930 URL: <http://www.wjgnet.com/1009-3079/23/4927.asp> DOI: <http://dx.doi.org/10.11569/wcjd.v23.i30.4927>

0 引言

胰腺结核的发病率比较低, 常常被误诊为胰腺的肿瘤或者胰腺炎症, 一旦怀疑为胰腺肿瘤, 常需要开腹探查以明确诊断, 如果处理不好手术, 往往会给患者造成极大的损失, 因此创伤较小, 准确率高的检查手段显得尤为重要, 我们将超声内镜引导下穿刺诊断胰腺结核1例患者报道如下。

1 病例报告

患者, 女, 41岁, 因反复间断性腹泻近3年, 巩膜黄染1 mo余于2014-02-01入住南京医科大学附属淮安第一医院消化内科。患者近3年来出现无明显诱因腹泻, 为4-5次/d, 大便性状为糊状便和成形软便交替, 1 mo前出现巩膜黄染, 无腹痛, 无腰背部放射痛, 无恶心及呕吐, 无低热、盗汗、乏力、消瘦。月经正常, 既往6年前曾有结核病史, 经过正规抗结核治疗。

入院后查体: 体温36.7℃, 巩膜轻度黄染, 全身浅表淋巴结未及肿大, 腹部平坦, 无胃型蠕动波, 中腹部可及大小约为2 cm×2 cm的质软包块, 固定, 有轻度压痛, 无反跳痛。肝脾未触及。移动性浊音阴性, 肠鸣音正常。

实验室检查: 血沉: 17 mm/h, C反应蛋白<5.0 mg/L, 肝功: 血清丙氨酸转氨酶: 92 U/L, 谷草转氨酶: 46 U/L, 碱性磷酸酶: 374 U/L, 谷氨酰转肽酶: 312 U/L, 直接胆红素: 35.0 μmol/L, 总胆红素: 50.5 μmol/L。结核菌素实验: 左侧: 12 mm×12 mm, 右侧: 14 mm×16 mm, 胸片: 未见明显异常。B超: 胰头可见大小约为27 mm×28 mm稍低回声包块, 边界清楚, 形态欠规则, 内回声不均匀。腹部计算机断层扫描(computed tomography, CT): 肝内胆管稍显扩张, 胆囊体积增大, 胆囊管扩张迂曲, 胰头可见大小约为27 mm×28 mm包块, 肝门胰颈区见片状等密度灶, 增强扫描呈分隔样强化, 与周边结构分界欠清, 内见小片状, 结节状钙化, 病灶包绕部分胆总管下段及胆囊管, 局部官腔显示欠清, 门静脉主干后壁受压, 略呈弧形改变(图1A, B)。

患者入院后结合B超及CT检查结果, 初步考虑诊断: (1)胰腺肿瘤; (2)胰腺结核。遂行超声内镜, 胰头见大小约为3.0 cm×4.6 cm低回声团块影, 局部可见液性暗区, 用Olympus专用超声内镜穿刺针穿刺3针, 反复抽吸, 抽出少许组织条及干酪样物质(图1C), 穿刺物细胞学可见大量坏死物, 部分中性粒细胞及淋巴细胞, 少量朗格汉斯巨细胞(图1D), 涂片找到抗酸杆菌, 患者诊断为胰腺结核, 给予标准疗程四联抗结核治疗后患者症状缓解。

2 讨论

胰腺结核发病率低, 临床症状多样, 常见的症状为腹部包块、上腹痛、纳差、消瘦、低热等, 有时表现为急慢性胰腺炎、胰腺脓肿、胰腺囊肿、类似胰腺癌的梗阻性黄疸, 脾静脉血栓及上消化系出血等^[1-3], 临床上胰腺结核发病部位以胰头部发生率最高, 这可能是因为胰头部淋巴管及淋巴结比较丰富^[4], 但是上述症状没有特异性, 胰腺结核的发病率又较低, 不容易引起临床医生注意, 所以胰腺结核极易容易被误诊。本例患者没有结核的特异中毒症状, 仅有腹泻和黄疸症状, 但是患者既往有结核病史, B超提示胰头区实质性占位, 加上CT结果, 是可以想到要排除是否胰腺结核的, 但是胰腺胰腺肿瘤仍要考虑。

结核杆菌感染胰腺的机制目前不是很清楚, 可能有以下几种: (1)胰腺周围其他脏器(多数为肝脏、脾脏、腹腔淋巴结)的结核杆菌直接侵犯感染胰腺组织; (2)腹腔内的其他脏器的结核杆菌通过淋巴途径或者血行途径播散至胰腺; (3)误食被结核杆菌污染的食物后, 结核分枝杆菌进入肠道, 然后通过十二指肠乳头进入胰管, 直接感染胰腺^[5]。

胰腺结核的发病率低, 临床症状又不具有特异性, 这就给胰腺结核的临床诊断带来了一定的困难, 对于胰腺有病变的患者如有下列情况, 应将胰腺结核作为鉴别诊断之一: (1)既往有结核病史或者有与结核患者密切接触史, 或其他部位有活动性结核; (2)结核菌素试验阳性, 血沉增快及γ球蛋白增高; (3)患者存在先天性或获得性免疫缺陷疾病, 如自身免疫性疾病或者艾滋病; (4)B超和CT发现胰腺肿大或胰腺及胰周多灶性低密度肿块, 增强扫描可发现边缘有强化, 有的中央为低密度的干酪

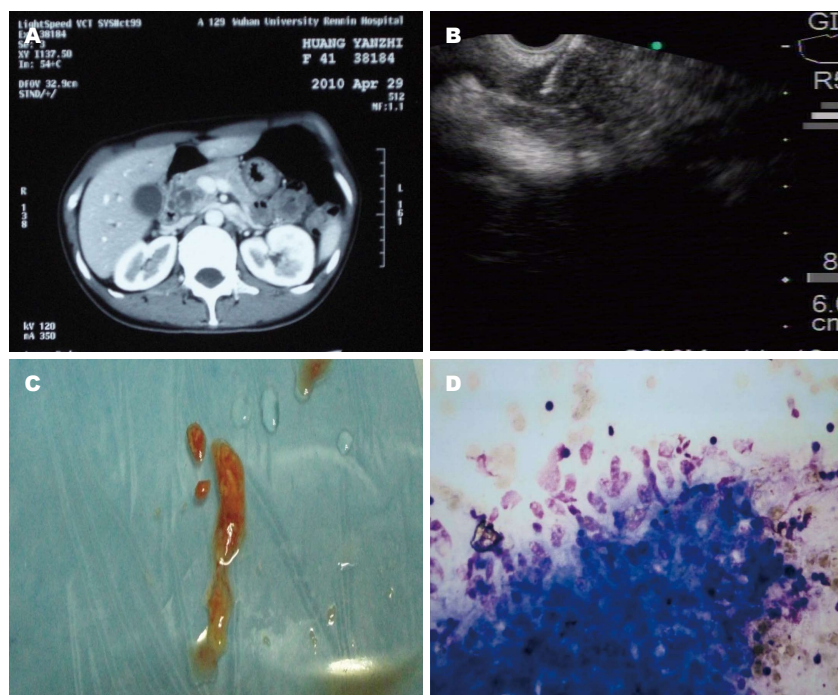


图1 患者入院后检查结果。A: CT下可见胰头部包块; B: 超声内镜穿刺胰头部包块包块; C: 穿刺出干酪样物质; D: 病理可见朗格汉斯细胞。CT: 计算机断层扫描。

名词解释

超声胃镜: 他是一种集超声波与内镜检查为一身的医疗设备, 他将微型高频超声探头安置在内镜前端, 当内镜进入胃腔后, 在内镜直接观察腔内形态的同时, 又可进行实时超声扫描, 以获得管道壁各层次的组织学特征及周围邻近脏器的超声图像。

样坏死灶, 有的可显示腹腔、胰腺及其周围散在淋巴结钙化斑。诊断胰腺结核的金标准是发现抗酸杆菌或病理有干酪样肉芽肿, 获得胰腺结核金标准的方法有3种: (1)腹部超声或CT引导下经皮肤胰腺穿刺活检; (2)经剖腹探查取得胰腺组织进行活检; (3)超声内镜下细针穿刺活检(endoscopic ultrasonography-fine needle aspiration, EUS-FNA)。剖腹探查对患者创伤大, 不推荐应用。但是经皮肤穿刺对诊断胰腺结核无效的情况有被报道过, 而且经皮肤穿刺的敏感性为50%-62%^[1,6]。另外对于怀疑胰腺癌的患者, 经皮穿刺过程中, 可以引起种植转移^[7], 但目前普遍认为, EUS-FNA引起种植转移风险很低^[8], 而且即使发生了针道种植转移, 在行胰十二指肠切除手术时, 也会将种植部位包括在切除范围之内。

EUS-FNA的优势在于他排除了肠腔气体、腹壁脂肪等因素对图像质量的影响, 采用了较高的超声频率, 以最近的距离对胰腺组织进行扫描, 穿刺进针距离短, 准确性大大提高, 尤其对于小病灶较超声或CT穿刺诊断准确率高^[9-12]。EUS-FNA与CT或腹部B超引导下的穿刺相比安全性较高, 并发症的发生率也大为降低, EUS-FNA并发症发生率大多在1%-5%^[13], 常见的并发症有出血、胰腺炎、穿孔和发热

等, 一般不严重。

胰腺结核如果确诊以后给予规范的抗结核治疗后, 一般9-12 mo后是可以治愈的。若是已经形成了胰腺脓肿, 则要手术行病灶清除引流术, 若是肿块较大, 压迫胆总管下段形成梗阻性黄疸, 可以行胆总管十二指肠吻合术或胆总管空肠Roux-y吻合术^[14]。

总之, 胰腺结核是一个十分罕见的疾病, 胰腺结核最多见的表现为胰腺包块或者胰腺囊肿脓肿, 超声内镜下胰腺穿刺可以为诊断胰腺结核提供十分好的证据, 更为重要的是超声内镜穿刺创伤十分小, 可以对穿刺物行细胞学、微生物学检查, 发现抗酸杆菌或干酪样肉芽肿可确诊为胰腺结核, 同时遇到胰腺占位性疾病时我们可首先考虑超声内镜穿刺, 进而为下一步诊断和治疗提供重要依据。

参考文献

- Xia F, Poon RT, Wang SG, Bie P, Huang XQ, Dong JH. Tuberculosis of pancreas and peripancreatic lymph nodes in immunocompetent patients: experience from China. *World J Gastroenterol* 2003; 9: 1361-1364 [PMID: 12800257]
- Schneider A, von Birgelen C, Dührsen U, Gerken G, Rünzi M. Two cases of pancreatic tuberculosis in nonimmunocompromised patients. A diagnostic challenge and a rare cause of portal hypertension. *Pancreatol* 2002; 2: 69-73 [PMID: 12800257]

同行评价

本文报道超声内镜引导下穿刺诊断胰腺结核1例, 因为胰腺结核的发病率比较低, 容易误诊, 该文经验对临床具有指导作用。

- 12120010 DOI: 10.1159/000049451]
- 3 Panzuto F, D'Amato A, Laghi A, Cadau G, D'Ambra G, Aguzzi D, Iannaccone R, Montesani C, Caprilli R, Delle Fave G. Abdominal tuberculosis with pancreatic involvement: a case report. *Dig Liver Dis* 2003; 35: 283-287 [PMID: 12801041 DOI: 10.1016/S1590-8658(03)00066-5]
- 4 钟守先, 赵平, 杨志英, 蒋荫广. 胰头部结核八例报告. *中华外科杂志* 1996; 34: 476-478
- 5 王农荣, 姜宇, 孙坚, 陈燕, 林继敏. 胰腺结核六例临床分析. *武警医学* 2005; 16: 52-56
- 6 Jenney AW, Pickles RW, Hellard ME, Spelman DW, Fuller AJ, Spicer WJ. Tuberculous pancreatic abscess in an HIV antibody-negative patient: case report and review. *Scand J Infect Dis* 1998; 30: 99-104 [PMID: 9730291 DOI: 10.1080/003655498750003438]
- 7 Turner BG, Cizginer S, Agarwal D, Yang J, Pitman MB, Brugge WR. Diagnosis of pancreatic neoplasia with EUS and FNA: a report of accuracy. *Gastrointest Endosc* 2010; 71: 91-98 [PMID: 19846087 DOI: 10.1016/j.gie.2009.06.017]
- 8 Micames C, Jowell PS, White R, Paulson E, Nelson R, Morse M, Hurwitz H, Pappas T, Tyler D, McGrath K. Lower frequency of peritoneal carcinomatosis in patients with pancreatic cancer diagnosed by EUS-guided FNA vs. percutaneous FNA. *Gastrointest Endosc* 2003; 58: 690-695 [PMID: 14595302 DOI: 10.1016/S0016-5107(03)02009-1]
- 9 Volmar KE, Vollmer RT, Jowell PS, Nelson RC, Xie HB. Pancreatic FNA in 1000 cases: a comparison of imaging modalities. *Gastrointest Endosc* 2005; 61: 854-861 [PMID: 15933687 DOI: 10.1016/S0016-5107(05)00364-0]
- 10 Cheng R, Grieco VS, Shuhart MC, Rulyak SJ. EUS-guided FNA diagnosis of pancreatic tuberculosis. *Gastrointest Endosc* 2006; 64: 660-663 [PMID: 16996371 DOI: 10.1016/j.gie.2006.04.004]
- 11 Song TJ, Lee SS, Park do H, Lee TY, Lee SO, Seo DW, Lee SK, Kim MH. Yield of EUS-guided FNA on the diagnosis of pancreatic/peripancreatic tuberculosis. *Gastrointest Endosc* 2009; 69: 484-491 [PMID: 19231490 DOI: 10.1016/j.gie.2008.10.007]
- 12 Puri R, Mangla R, Eloubeidi M, Vilmann P, Thandassery R, Sud R. Diagnostic yield of EUS-guided FNA and cytology in suspected tubercular intra-abdominal lymphadenopathy. *Gastrointest Endosc* 2012; 75: 1005-1010 [PMID: 22421494 DOI: 10.1016/j.gie.2011.12.032]
- 13 Voss M, Hammel P, Molas G, Palazzo L, Dancour A, O'Toole D, Terris B, Degott C, Bernades P, Ruszniewski P. Value of endoscopic ultrasound guided fine needle aspiration biopsy in the diagnosis of solid pancreatic masses. *Gut* 2000; 46: 244-249 [PMID: 10644320 DOI: 10.1136/gut.46.2.244]
- 14 Brusko G, Melvin WS, Fromkes JJ, Ellison EC. Pancreatic tuberculosis. *Am Surg* 1995; 61: 513-515 [PMID: 7762900]

编辑: 于明茜 电编: 闫晋利





Published by **Baishideng Publishing Group Inc**
8226 Regency Drive, Pleasanton,
CA 94588, USA
Fax: +1-925-223-8242
Telephone: +1-925-223-8243
E-mail: bpgoffice@wjgnet.com
<http://www.wjgnet.com>



ISSN 1009-3079

