

DOI: 10.3969/j.issn.1005-8982.2017.30.025

文章编号: 1005-8982(2017)30-0127-02

## 胰腺实性假乳头状瘤伴肠梗阻 1 例

韩锐泽, 刘丰, 玄志鲁, 武波, 刘亚辉

(吉林大学白求恩第一医院 肝胆胰外二科, 吉林 长春 130021)

**关键词:** 胰腺肿瘤; 实性假乳头状瘤; 肠梗阻; CT 扫描

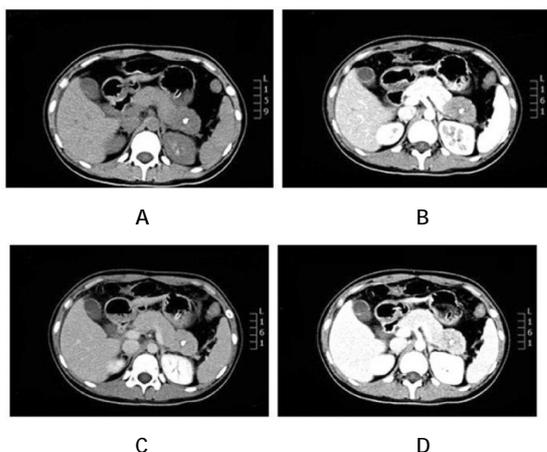
**中图分类号:** R657.5

**文献标识码:** D

胰腺实性假乳头状瘤(solid pseudopapillary tumor of the pancreas, SPTP)是一种少见的低度恶性肿瘤,因发病率低、缺乏典型临床表现,诊断难度较大。本文对 1 例胰腺实性假乳头状瘤的诊断与治疗进行探讨。

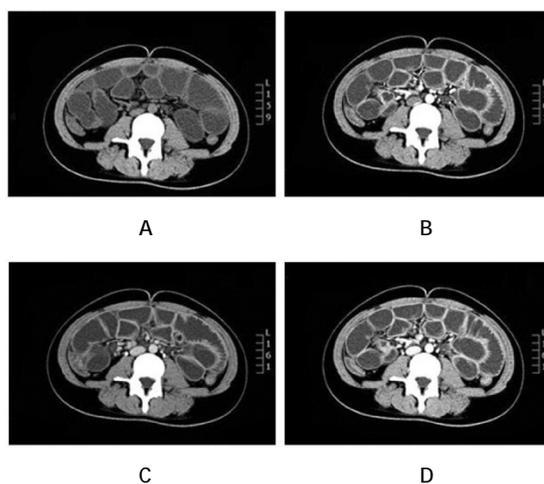
### 1 临床资料

患者,女性,19岁,因间断性腹部胀痛 5 d 入院。病程中伴恶心、呕吐,停止排气排便。既往体健;身体检查:上腹部轻压痛。癌抗原 CA242 为 31.14 u/ml, CA125 为 130.09 u/ml。入院后行(全腹部多排 CT 平扫 + 三期增强)(见图 1、2):部分小肠扩张,可见气液平面,走行至右下腹部骶髂关节水平见局部肠管走行迂曲,肠腔内较多粪石影;胰腺体尾部见类圆形低密度影,边界清楚,其内见结节样钙化,增强扫描呈延迟强化。



A: 平扫期; B: 动脉期; C: 静脉期; D: 平衡期

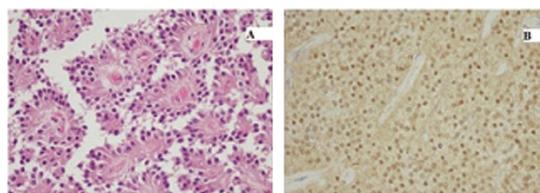
图 1 全腹部多排 CT 平扫 + 三期增强(胰腺)



A: 平扫期; B: 动脉期; C: 静脉期; D: 平衡期

图 2 全腹部多排 CT 平扫 + 三期增强(肠梗阻)

临床诊断:胰腺占位、肠梗阻。于 2016 年 9 月 16 日行保脾胰体尾切除、肠切开取石术。术中探查于小肠触及肠腔内 3 块粪石样物质,粪石较大,难以手法挤碎排除,梗阻近端小肠扩张积气,梗阻远端肠道未触及肿物。于胰腺体尾部触及一肿块,大小约 5 cm × 4 cm,与周围组织界限清楚,遂行保脾胰体尾切除、肠切开取石术。术后病理诊断为 SPTP(见图 3),免疫组织化学:增值指数 Ki-67(+<1%),波形蛋白[Vimentin(+)],CD10<sup>+</sup>,β-连接素[β-catenin(+)]。

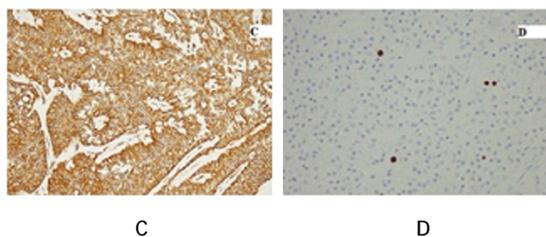


A

B

收稿日期:2017-04-11

[通信作者] 刘亚辉, E-mail: liuyahui2008@yeah.net



A: HE 染色( $\times 400$ ); B:  $\beta$ -catenin; C: Vimentin; D: Ki-67

图 3 病理检查结果

## 2 讨论

SPTP 是一种罕见的低度恶性肿瘤,约占胰腺原发肿瘤的 1%,好发于青年女性<sup>[1]</sup>,其发病机制尚不明确。缺乏特异性临床表现,常表现为腹痛、腹胀,通常不伴有胰腺分泌功能改变,肿瘤较小时多无症状。多发生于胰腺体尾部,生长多为非浸润性,与周围组织界限清楚,少数可有临近侵犯及远处转移<sup>[2-3]</sup>。无异常。

SPTP 的影像学特征多为囊实性占位,与周围组织分界清楚。影像检查多起到定位及提示病变性质的作用。病理仍是确诊 SPTP 的主要手段。在组织学上 SPTP 由实性区、假乳头状区和囊性区组成,假乳头状区是最具特征性的组织学结构<sup>[4]</sup>。

手术是治疗 SPTP 的首选方法,根据肿瘤的大小、位置及是否有临近侵犯及远处转移决定具体的手术方式,常见的有胰十二指肠切除术、保脾胰腺远端切除术等<sup>[5]</sup>。对于无法行手术切除的病例,另有放疗、化疗等治疗手段,但其效果尚需更多的研究成果验证。SPTP 总体预后较好,极少发生术后复发及转

移<sup>[6]</sup>。在本研究中,该患者因发生粪石性肠梗阻入院后检查发现胰腺肿块,既往无腹部手术史,发病前无进食大量柿子、山楂等含鞣酸食物的情况,术中探查未发现腹腔黏连、肠腔肿块等导致肠梗阻的致病因素。胰腺肿块与周围组织界限清楚,考虑为胰腺肿块压迫远端肠管造成肠腔狭窄,肠内容物通过不畅,长期留存于肠腔内逐渐形成粪石。该病例整体符合 SPTP 的特点,同时伴有 SPTP 引起粪石性肠梗阻这一特例,具有一定的参考价值。

### 参 考 文 献:

- [1] SPRINGER S, WANG Y, DAL MOLIN M, et al. A combination of molecular markers and clinical features improve the classification of pancreatic cysts[J]. *Gastroenterology*, 2015, 149(6): 1501-1510.
- [2] GUMARAES L S, DE MELO A M, RUIZ M R, et al. Solid pseudopapillary tumor of the pancreatic: evaluation of clinical, radiological and surgical profiles[J]. *Rev Col Bras Cir*, 2013, 40(5): 398-403.
- [3] YIN Q, WANG M, WANG C, et al. Differentiation between benign and malignant solid pseudopapillary tumor of the pancreas by MDCT[J]. *Eur J Radiol*, 2012, 81(11): 3010-3018.
- [4] 温丽君,王春雨,吴继华,等.胰腺实性假乳头状瘤临床病理特征分析并文献复习[J].*解放军医药杂志*, 2015, 27(2): 107-109.
- [5] REDDY S, CAMERON J L, SCUDIERE J, et al. Surgical management of solid-pseudopapillary neoplasms of pancreas (franz or hamoudi tumors): a large single-institutional series[J]. *J Am Coll Surg*, 2009, 208(5): 950-959.
- [6] CECKA F, JON B, SUBRT Z, et al. Solid pseudopapillary tumor of the pancreas: diagnosis, treatment, and prognosis[J]. *Acta Chir Belg*, 2014, 114(1): 58-62.

(唐勇 编辑)