

· 病例报告 ·

自身免疫性胰腺炎超声造影误诊胰腺癌 1 例

田思雨,邵玉,戴婷*

(吉林大学中日联谊医院超声科,长春 130033)

【关键词】 自身免疫性疾病;胰腺炎;超声诊断

【中图分类号】 R445.1

【文献标志码】 B

【DOI】 10.11915/j.issn.1671-5403.2019.09.153

自身免疫性胰腺炎(autoimmune pancreatitis, AIP)是一种特殊类型的胰腺炎,临床少见,多发生于老年男性,目前普遍认为发病与自身免疫机制相关。AIP的临床表现缺乏特异性,难与胰腺癌相鉴别。本文报告1例老年男性AIP患者超声造影误诊为胰腺癌,以丰富超声科医师对该疾病的认识。

1 临床资料

患者男性,69岁。无明显诱因出现间断性上腹疼痛伴恶心1周,近日发作频繁,于当地医院就诊,常规超声提示“可疑胰腺占位或胰腺炎症”。为求进一步诊治遂来吉林大学中日联谊医院就诊。自述糖尿病病史6月余,伴体重减轻10 kg。

入院查体皮肤及巩膜轻度黄染,上腹部轻压痛。大便正常,小便色深。实验室检查:血淀粉酶144 U/L,血脂肪酶464 U/L,糖类抗原199 109.30 U/ml,糖类抗原242 47.63 U/ml,天冬氨酸氨基转移酶191.1 U/L,丙氨酸氨基转移酶279.1 U/L,谷氨酰转肽酶711.7 U/L,碱性磷酸酶326.5 U/L,总胆红素105.9 μmol/L,直接胆红素63.2 μmol/L,间接胆红素42.7 μmol/L,总胆汁酸97.9 μmol/L。超声检查示:空腹胆囊大小约8.5 cm×3.8 cm,壁不厚,不光滑,腔内见中等量絮状弱回声沉积;肝内胆管不扩张,胆总管全程扩张,较宽内径约1.4 cm,管壁增厚,呈“双边影”(图1A);胰腺轮廓清晰,体积增大,实质回声弥漫性减低、较均匀,主胰管无扩张(图1B);胰尾区可见多个低回声淋巴结,较大者长径0.8 cm,胰腺周围软组织略厚,胰腺后方脾静脉二维显示不满意,血流束明显变窄。超声结果提示胆囊内胆汁淤积,阻塞性肝外胆管扩张;胰腺弥漫性病变考虑自身免疫性胰腺炎可能性大,伴胰尾区多发淋巴结肿大。行胰腺超声造影检查示:胰头区增强早期可见1个晚于胰腺实质的低增强区,范围约2.7 cm×2.3 cm,增强晚期始终呈低增强,考虑胰头内低增强区占位(图2A),胰腺导管腺癌。行胰腺增强计算机断层扫描(computed tomography, CT)及磁共振成像(magnetic resonance imaging, MRI)检查均提示:胰腺改变考虑自身免疫

性胰腺炎,低位胆道梗阻考虑炎性病变,小网膜囊、胰周及上腹部多发淋巴结影。次日相关实验室检查结果提示:血清免疫球蛋白G4(immunoglobulin G4, IgG4)46.56 μg/ml,自身免疫性肝炎相关抗体Sp100弱阳性,gp210弱阳性。临床确诊为AIP。

给予保肝、降黄等对症治疗,以及口服小剂量激素特异性抗炎治疗后,肝功能好转,症状缓解。6个月后复查胰腺超声造影示:胰腺形态正常,实质回声均匀,未见明确占位性病变,超声造影后未见异常强化区(图2B)。

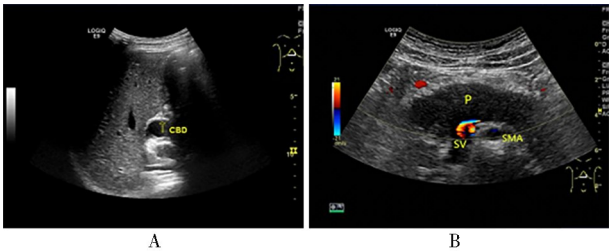


图1 胆总管及胰腺超声检查

Figure 1 Ultrasound examination of common bile duct and pancreas

A: wall of the widened common bile duct is thick; B: whole pancreas parenchyma is diffusely hypoechoic and enlarged.

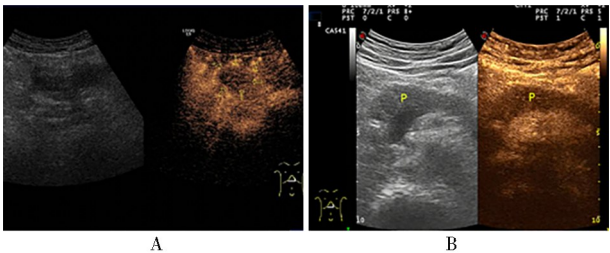


图2 胰腺超声造影检查

Figure 2 Contrast-enhanced ultrasonography of the pancreas

A: head of pancreas lesions displays focal hypoenhancement in the early phase; B: no abnormal enhancement in the pancreas after 6 months.

2 讨论

AIP 是一种特殊类型的胰腺炎,临床少见,多发生于老年男性。AIP 的具体病因及发病机制尚无定论,目前普遍认为与自身免疫机制相关,是 IgG4 相关疾病胰腺受累的表现^[1]。AIP 的特点包括胰腺实质及胰管典型的影像学表现、血清 IgG4 水平升高、胰腺外器官受累、胰腺组织淋巴细胞浸润伴间质席纹状纤维化及闭塞性静脉炎、类固醇激素治疗敏感等^[1,2]。AIP 的临床表现缺乏特异性,患者常以无明显诱因的腹部不适或梗阻性黄疸为首发症状就诊,可伴新发或加重的糖尿病、体质量减轻等表现,较难与胰腺癌鉴别^[3]。本例患者即因无明显诱因出现间断性上腹疼痛伴恶心、体质量减轻前来就诊。

AIP 常规超声特征性表现为胰腺弥漫性或局灶性肿大,实质回声增粗、减低、均匀,伴或不伴狭窄处胰管远端扩张,当炎症累及胆总管胰腺段时,表现为管壁增厚及其上段的胆总管扩张^[4]。与 CT 及 MRI 增强造影剂相比,超声造影的造影剂为纯血池显像,不进入组织间隙,能更客观、灵敏地显示病灶组织的微血管灌注情况,与病理有较好的相关性。由于 AIP 炎症程度及纤维化进展情况不同,病灶内血管密度不同,故超声造影表现不同^[4-6]。本例患者超声造影表现为增强早期胰头区晚于胰腺实质的局灶性低增强区,增强晚期始终呈低增强,故考虑胰头区占位可能。本例患者常规超声表现与 AIP 特征性超声表现一致,而超声造影表现为胰头低增强区,故误诊为占位。分析患者超声造影表现为恶性征象的原因可能为:(1)胰头内局部病灶纤维化较重,与余处胰腺组织相比微血管密度相对减少,故造影剂进入较晚且强度低于余处胰腺实质,即“增强早期胰头区晚于胰腺实质的局灶性低增强区”;(2)该处病灶伴有局部闭塞性静脉炎,故造影剂退出缓慢,即“增强晚期始终呈低增强”。该患者应用激素、保肝治疗 6 个月后,复查恢复正常,提示临床诊断 AIP 正确,超声造影考虑胰腺癌为误诊。

由于 AIP 以激素治疗为主,而胰腺癌以手术治疗为主,故临床医师需结合多种影像学证据,联合多种检查手段,避免误诊带来的不必要的手术创伤,减轻患者心理和经济上的负担。AIP 为少见疾病,目前临床有关 AIP 的超声造影表现仅为个案或小样本研究。期望本例报道可为临床积累经验,提供参考。

【参考文献】

[1] 钱家鸣,赖雅敏. 自身免疫性胰腺炎的研究历程与展望[J]. 临床肝胆病杂志, 2018, 34(8): 1595-1598. DOI: 10.3969/

j. issn. 1001-5256. 2018. 08. 001.
Qian JM, Lai YM. Research history and perspectives of autoimmune pancreatitis[J]. J Clin Hepatol, 2018, 34(8): 1595-1598. DOI: 10.3969/j. issn. 1001-5256. 2018. 08. 001.
[2] 张新刚,张新鹏,李晓哈,等. 自身免疫性胰腺炎组织病理学特征分析[J]. 中国实用内科杂志, 2015, 35(12): 1027-1030. DOI: 10.7504/nk2015110404.
Zhang XG, Zhang XP, Li XH, et al. Histopathological features of autoimmune pancreatitis[J]. Chin J Pract Int Med, 2015, 35(12): 1027-1030. DOI: 10.7504/nk2015110404.
[3] 周美岑,马明磊,李玉秀. 新发糖尿病——胰腺癌早期筛查和诊断的临床线索[J]. 中华老年多器官疾病杂志, 2016, 15(6): 418-421. DOI: 10.11915/j. issn. 1671-5403. 2016. 06. 098.
Zhou MC, Ma ML, Li YX. Clinical clues to early screening and diagnosis of new-onset diabetes as an early sign of pancreatic cancer[J]. Chin J Mult Organ Dis Elderly, 2016, 15(6): 418-421. DOI: 10.11915/j. issn. 1671-5403. 2016. 06. 098.
[4] 孟德莉,邢玲玲,刘祖平,等. 超声在自身免疫性胰腺炎与胰腺癌鉴别诊断中的价值[J]. 中华胰腺病杂志, 2015, 15(1): 53-54. DOI: 10.3760/cma. j. issn. 1674-1935. 2015. 01. 016.
Meng DL, Xing LL, Liu ZP, et al. The value of ultrasonography in the differential diagnosis of autoimmune pancreatitis and pancreatic cancer[J]. Chin J Pancreatol, 2015, 15(1): 53-54. DOI: 10.3760/cma. j. issn. 1674-1935. 2015. 01. 016.
[5] 林子梅,潘敏强,徐永远,等. 胰腺实性局灶性病变的超声造影与增强 CT 对照研究[J]. 中华普通外科杂志, 2018, 33(10): 849-852. DOI: 10.3760/cma. j. issn. 1007-631X. 2018. 10. 013.
Lin ZM, Pan MQ, Xu YY, et al. Contrast enhanced ultrasonography vs contrast enhanced computed tomography for the diagnosis of focal lesions of the pancreas[J]. Chin J Gen Surg, 2018, 33(10): 849-852. DOI: 10.3760/cma. j. issn. 1007-631X. 2018. 10. 013.
[6] 蒋海波,金修才. 超声技术对胰腺疾病的诊断与治疗[J]. 中华胰腺病杂志, 2017, 17(3): 145-148. DOI: 10.3760/cma. j. issn. 1674-1935. 2017. 03. 001.
Jiang HB, Jin XC. Diagnosis and treatment of pancreatic diseases by ultrasonography[J]. Chin J Pancreatol, 2017, 17(3): 145-148. DOI: 10.3760/cma. j. issn. 1674-1935. 2017. 03. 001.

(编辑:吕青远)