

到 85%, 结直肠的 MALT 淋巴瘤报道极少^[2]。

本例 MALT 淋巴瘤患者因为大便带黏液血便就诊。内镜下观察为 2 个相邻病灶, 其中较大的病灶为隆起型病变, 表面糜烂, 与直肠腺癌类似; 另一病灶表现为黏膜下隆起, 表面黏膜光滑完整。这些临床表现与之前的报道类似^[3]。目前研究认为, 胃部的 MALT 淋巴瘤与幽门螺杆菌感染或 EB 病毒感染密切相关^[4], 故推测直肠的 MALT 淋巴瘤与细菌感染, 病毒感染或自身免疫有关, 但具体发病机制不详。直肠 MALT 淋巴瘤少见, 尚无明确的治疗方案, 目前报道的治疗方法包括: 药物根治幽门螺杆菌, 外科手术, 内镜下切除, 局部放疗, 以及包含上述治疗方法的综合治疗^[3]。目前报道的内镜治疗的病例, 多因病灶较小, 采用 EMR, 鲜见采用 ESD 治疗直肠 MALT 淋巴瘤的报道。本例因为病灶较大, 且有一个病灶表现为黏膜下肿瘤, 故采用了可以实现较大肿瘤一次性完整切除的 ESD, 完整切除两处肿瘤后, 经普外科、病理科、肿瘤科及血液科会诊讨论, 认为目前肿瘤较为局限, 且惰性生长, 故未再接受其他治疗, 密切随访 2 年, 该患者无复发转移。

综上所述, 直肠 MALT 淋巴瘤是一种极其罕见的疾病, 因为病例少, 经验不足, 尚无统一的治疗方案。ESD 作为一种微创、成熟的内镜治疗手段, 对于适合局部完整切除的病

灶, 有一定的优势, 但其临床疗效仍有待进一步随访。

参 考 文 献

- [1] Isaacson P, Wright DH. Malignant lymphoma of mucosa-associated lymphoid tissue. A distinctive type of B-cell lymphoma [J]. *Cancer*, 1983, 52(8): 1410-1416.
- [2] Kelley SR. Mucosa-associated lymphoid tissue (MALT) variant of primary rectal lymphoma: a review of the English literature [J]. *Int J Colorectal Dis*, 2017, 32(3): 295-304. DOI: 10.1007/s00384-016-2734-z.
- [3] Petrosky JA, Hallac A, Agbroko SO, et al. Management of asymptomatic mucosa-associated lymphoid tissue lymphoma of the colon found incidentally on colonoscopy [J]. *Clin Gastroenterol Hepatol*, 2017, 15(7): 1130-1132. DOI: 10.1016/j.cgh.2017.02.022.
- [4] 盛剑秋, 李世荣, 王鲁平, 等. 胃黏膜相关淋巴样组织瘤与幽门螺杆菌感染的相关性研究 [J]. *中华消化杂志*, 2002, 22(6): 354-356. DOI: 10.3760/j.issn:0254-1432.2002.06.010.

(收稿日期: 2017-12-28)

(本文编辑: 周昊)

经内镜逆行胰胆管造影术确诊双胆总管畸形一例

张丽杰 张晓霞 赵薇巍 彭丹 张厂 王林恒

患者女, 41 岁, 因“持续性上腹痛 12 h”收入我院外科。既往卵巢囊肿切除术史 7 年。入院后体格检查: 体温 37.2℃, 血压 128/87 mmHg (1 mmHg = 0.133 kPa), 急性病容, 全身皮肤、巩膜无黄染, 心肺查体(-), 腹软, 上腹压痛, 拒按, 无反跳痛及肌紧张, 移动性浊音(-), 墨菲征(-), 麦氏点无压痛, 肠鸣音 3 次/min。实验室检查: 白细胞 17.51×10⁹/L、中性粒细胞百分比 90.9%、血红蛋白 126 g/L、谷丙转氨酶 59.2 U/L、谷草转氨酶 40.7 U/L、血淀粉酶 1 051.0 U/L、总胆红素 22.00 μmol/L、直接胆红素 4.32 μmol/L、间接胆红素 17.7 μmol/L。CT 腹部平扫: 胆总管结石, 胆总管略扩张。MRCP (图 1A): 考虑胆总管下段、胆囊管结石, 继发性胆管炎可能; 胆囊管低位、远端与胰管汇合于十二指肠壶腹部, 考虑变异可能, 必要时进一步检查; 胆囊炎、胆囊多发结石。依据患者持续性腹痛、淀粉酶高于正常值 3 倍以上、影像学提示胆总管结石的特点初步诊断为胆源性胰腺炎, 给予禁食禁水、补液、抑制胰酶分泌、抗感染等综合治疗, 患者腹痛症状明显好

转, 动态观察淀粉酶逐渐下降。入院后第 6 天行诊断加治疗性 ERCP (图 1B~1D): 乳头呈绒毛状, 导丝引导下弓刀插管成功, 造影显示肝内外胆管大致正常, 未见充盈缺损影, 胆囊管汇合于中段, 胆囊有显影; 再次胰管造影显示胰管扩张不显著, 自该开口再次插管显示另一“胆总管”, 该胆总管中段可见多发充盈缺损影, 最大约 0.3 cm×0.5 cm, 顶端与一条额外“肝管”连接向上延伸至右肝, 应用球囊封堵结石胆总管近肝门处, 继续注入造影剂, 胆囊连接胆总管内造影剂逐渐增多, 证明双胆总管间存在交通; 行乳头中切开, 应用取石网篮、取石球囊反复拖取结石, 复查胆管造影未见充盈缺损影, 于该胆总管导丝引导下放置鼻胆管改制内引流支架一枚, 前端置于右肝内, 于胰管放置一枚 SPSOF-5-5 内引流支架, 于胆囊连接胆总管放置一条鼻胆管。

讨论 双胆总管畸形临床中极为少见, 易伴发胆管结石及其他解剖学异常。本例患者与胆囊连接胆总管引流通畅, 故胆道梗阻指标未见明显异常, 与胰管相通胆总管内多发结石而诱发急性胰腺炎。CT、MRI、MRCP 对胆道畸形均存在一定的漏诊、误诊率, 常于手术或尸检中被发现。本例患者 CT 未提示胆道变异, MRCP 考虑胆囊管低位变异, 最终通过 ERCP 确诊为双胆总管畸形, 故 ERCP 在确诊率方面优于

DOI: 10.3760/cma.j.issn.1007-5232.2018.09.021

作者单位: 100078 北京, 北京中医药大学东方医院脾胃肝胆科

通信作者: 王林恒, Email: wanglinheng@sina.com

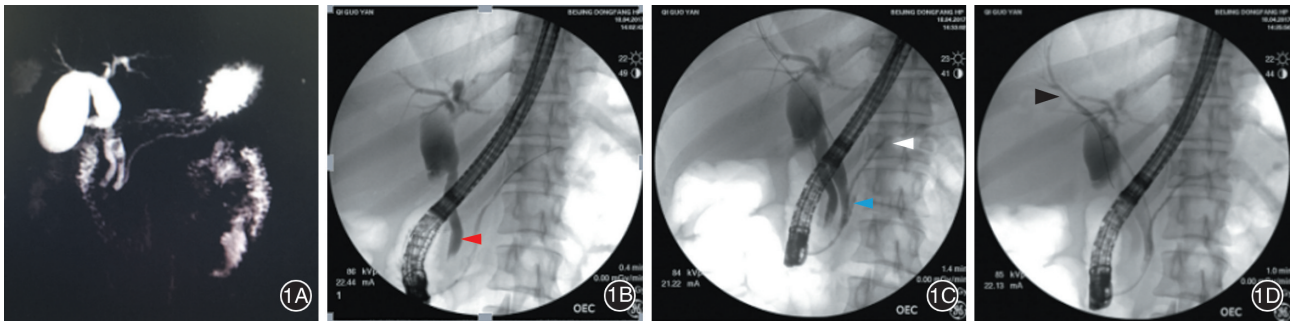


图 1 双胆总管畸形磁共振胰胆管造影(MRCP)与经内镜逆行胰胆管造影(ERCP)表现 1A:MRCP 示胆囊颈部管径增粗,胆囊管迂曲,上段局部狭窄,中段未显示,下段明显扩张;1B:ERCP 示胆囊管汇合于中段,肝内外胆管大致正常(红色箭头指示胆囊连接胆总管);1C:双胆总管显影,胰管扩张不显著(白色箭头),胰管连接胆总管中段可见多发充盈缺损影(蓝色箭头);1D:与胰管连接胆总管与一条额外“肝管”连接向上延伸至右肝(黑色箭头)

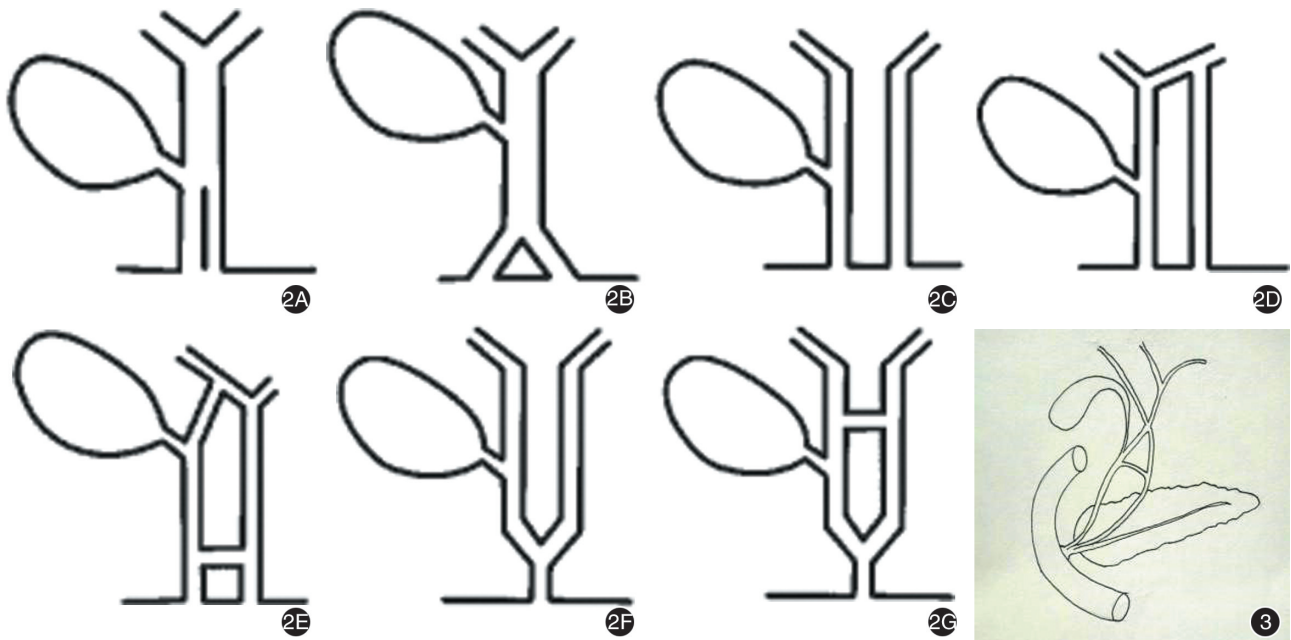


图 2 Choi 等^[1]于 2007 年提出的双胆总管改良分型 2A: I 型;2B: II 型;2C: III a 型;2D: III b 型;2E: IV 型;2F: V a 型;2G: V b 型 图 3 本例双胆总管畸形示意图

CT、MRCP。双胆总管畸形解剖变异类型复杂多样,最新报道的分型方式为 Choi 等^[1]于 2007 年提出的改良五分型(图 2): I 型,胆总管腔内有一隔膜将之分成 2 个平行的管道;II 型,胆总管末端分支成 2 个管道;III 型,双肝管分别引流左右半肝(III a 型:双肝管无交通;III b 型:双肝管有肝内交通);IV 型,同 III 型,双肝管有肝外交通;V 型,双肝管低位汇合成唯一的胆管引流(V a 型:双肝管无交通支;V b 型:双肝管有交通^[2])。本例双胆管畸形与 IV 型相近(图 3),不同之处为合并存在孤立右肝管畸形,患者通过 ERCP 最大程度获益,不但确诊双胆总管畸形,同时得以及时取石解除胆道梗阻,避免漏诊、误诊导致的胰腺炎反复发作甚至外科干预。

参 考 文 献

[1] Choi E, Byun JH, Park BJ, et al. Duplication of the extrahepatic bile duct with anomalous union of the pancreaticobiliary ductal system revealed by MR cholangiopancreatography [J]. Br J Radiol, 2007, 80 (955): e150-154. DOI: 10.1259/bjr/50929809.
 [2] 孙海,张丰深,陈炎,等. 2 例 Vb 型双胆总管变异报道并文献复习[J].中国普外基础与临床杂志,2013,20(4):432-437.

(收稿日期:2017-12-05)

(本文编辑:钱程)