

## 黄色肉芽肿性胆囊炎 33 例诊治分析

杨玉权, 王小明

(皖南医学院弋矶山医院肝胆外科, 安徽 芜湖 241000)

**摘要:**目的 探讨黄色肉芽肿性胆囊炎(xanthogranulomatous cholecystitis, XGC)的临床特点并总结诊治经验。方法 回顾性分析我院2015年4月—2019年4月收治的33例经病理证实为XGC患者的临床资料。结果 本组病例术前均行腹部超声检查,均提示有胆囊结石,其中术前诊断胆囊结石伴胆总管结石7例,黄色肉芽肿性胆囊炎1例,胆囊癌或疑似胆囊癌8例,所有病例均经病理证实为XGC。本组患者行腹腔镜手术26例(中转开腹率15.38%),开腹手术7例;胆囊完整切除28例,胆囊大部分切除5例;胆囊结肠内瘘3例,其中2例行胆囊切除+结肠修补术,1例行胆囊切除+右半结肠切除术。术后出现肠痿1例,感染2例,余无并发症发生。结论 XGC术前明确诊断困难,术中冰冻切片病理检查是确诊的关键,可避免手术范围的扩大,治疗上首选胆囊切除术,且效果良好。

**关键词:**胆囊炎;胆囊肿瘤;影像学诊断;胆囊切除术

中图分类号:R575.61 文献标识码:A 文章编号:1001-5817(2020)03-0324-04

doi:10.3969/j.issn.1001-5817.2020.03.014

### Diagnosis and treatment of 33 cases with xanthogranulomatous cholecystitis

Yang Yuquan, Wang Xiaoming

(Department of Hepatobiliary Surgery, Yijishan Hospital, Wannan Medical College, Wuhu 241000, Anhui, China)

**Abstract:** **Objective** To investigate the clinical characteristics of xanthogranulomatous cholecystitis (XGC) and to summarize the experience of diagnosis and treatment. **Methods** The clinical data of 33 patients who were confirmed with XGC by pathological test and admitted to our hospital from April 2015 to April 2019 were retrospectively analyzed. **Results** All the patients in this group underwent abdominal ultrasound examination before operation, and the results showed all of them had gallstones. Among them, 7 cases were diagnosed with cholelithiasis accompanied by choledocholithiasis before surgery, 1 case with XGC, and 8 cases with gallbladder cancer or suspected gallbladder cancer, and all patients were confirmed with XGC by pathological test. In this group, 26 patients underwent laparoscopic surgery (conversion laparotomy rate was 15.38%), 7 patients underwent laparotomy, 28 cases underwent complete cholecystectomy, 5 cases underwent most gallbladder resection. Among 3 cases with cholecysto-colonic fistula, 2 cases underwent cholecystectomy plus colon repair surgery, while 1 case underwent cholecystectomy plus right hemicolectomy. Intestinal fistula occurred in 1 case and infection occurred in 2 cases after surgery, no complications occurred in the rest patients. **Conclusion** Preoperative diagnosis of XGC is difficult, intraoperative frozen section pathological examination

基金项目:安徽省中央引导地方科技发展专项项目(YDZX20183400004899)

第一作者简介:杨玉权(1992—),男,在读硕士研究生,住院医师,研究方向:肝胆外科疾病,E-mail:yangyuquan@stu.wnmc.edu.cn

通讯作者简介:王小明(1969—),男,博士,教授,主任医师,硕士研究生导师,研究方向:肝胆外科疾病,E-mail:xmwang@wnmc.edu.cn

is the key to the diagnosis of XGC, which can avoid the expansion of the surgery scope, and cholecystectomy is the first choice for treatment, for it has good results.

**Key words:** cholecystitis; gallbladder tumor; imaging diagnosis; cholecystectomy

黄色肉芽肿性胆囊炎(xanthogranulomatous cholecystitis, XGC)是临床上一种罕见的良性胆囊炎性病变,无特异性临床表现,由于XGC具有局部浸润的生物学行为,常侵犯胆囊周围组织,与胆囊周围组织形成致密粘连,且影像学检查常提示胆囊壁增厚,因此不易与胆囊癌相鉴别。现对我院2015年4月—2019年4月收治的33例经病理证实为XGC患者的病历资料进行回顾性分析。

## 1 资料与方法

1.1 一般资料 2015年4月—2019年4月我院行胆囊切除手术8256例,术中及术后病理证实为XGC的有33例,占0.40%。本组33例病例中,男女之比为

1.75:1,最大年龄80岁,最小20岁,平均年龄60.39岁。

1.2 临床表现 全组病例中术前表现为右上腹痛25例(75.76%),黄疸5例(15.15%),寒战发热3例(9.09%),无明显症状5例(15.15%)。

1.3 影像学检查 本组病例术前均行腹部B超检查,均有胆囊结石,其中伴胆总管结石7例,黄色肉芽肿性胆囊炎1例,胆囊癌或胆囊癌不排除8例。为明确诊断上述8例胆囊癌或疑似胆囊癌病例,术前均行CT或MRI检查,均提示胆囊壁不同程度的增厚,其中1例怀疑胆囊癌侵犯横结肠(结肠癌?)(见图1),7例胆囊癌或胆囊癌不排除(见图2)。

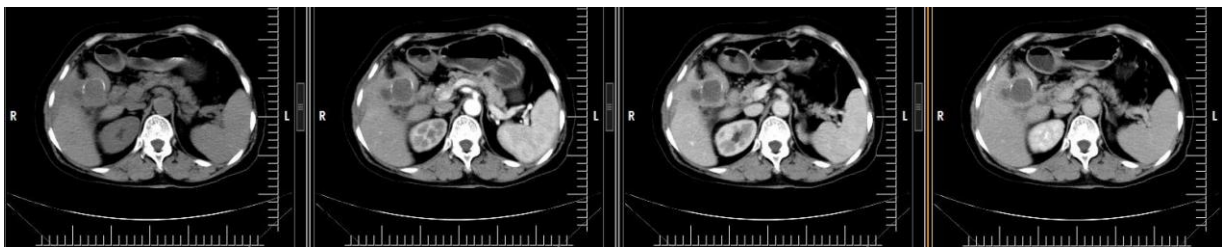


图1 全腹CT平扫+增强

注:女,66岁,XGC。腹痛,肿瘤指标正常。CT平扫+增强示:胆囊形态失常,壁不均匀增厚、强化,部分呈团片状软组织影,边界不清,周围脂肪间隙模糊,部分层面与结肠肝曲分界不清,胆囊腔内见结节状及环状致密影,肝门区少许淋巴结影,短径<1.0cm。术前诊断:考虑胆囊癌侵犯横结肠(结肠癌?)。

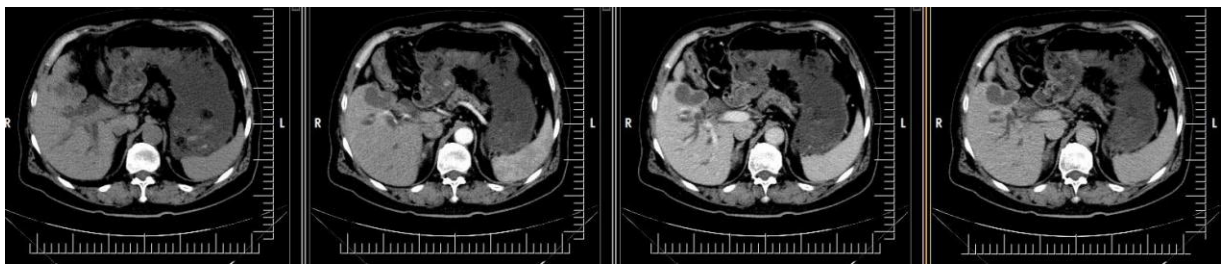


图2 全腹CT平扫+增强

注:男,66岁,XGC。黄疸,CA199>1200U/ml。CT平扫+增强示:胆囊不大,形态大致正常,胆壁不均匀增厚,增强后强化,腔内未见明显异常信号影,术前诊断:黄疸待查,胆囊癌不排除。

1.4 实验室检查 本组有19例术前行肿瘤标记物CEA、CA19-9、CA125、CA50检查,异常升高的有11例(57.89%)。1例CEA升高;10例CA19-9不同程度的升高,范围为71.62~1200U/ml(本院监测最高值为1200U/ml),其中伴CA125不同程度升高4例,

伴CA50升高1例。胆红素升高的有8例,肝功能异常的有8例。

## 2 结果

2.1 手术方式及术中所见 本组病例均行手术治疗,术中所见:本组所有病例均可见胆囊结石,且有不同程

度的胆囊壁增厚,胆囊与周围组织不同程度的粘连。手术方式:腹腔镜手术 26 例(4 例因胆囊与周围组织粘连严重而中转开腹),开腹手术 7 例;胆囊完整切除 28 例,胆囊大部切除 5 例;胆囊横结肠内瘘 3 例,其中 2 例行胆囊切除+横结肠修补术,1 例怀疑胆囊癌侵犯结肠(结肠癌?)行胆囊切除+右半结肠切除术。本组病例中,有 25 例胆囊与周围组织粘连致密;术前 8 例怀疑胆囊癌或胆囊癌不排除者,结合术中所见及术中冰冻切片病理检查,分别行相应处理,其中 1 例行胆囊切除+右半结肠切除术,4 例行胆囊切除+胆总管切开取石+T 管引流术,2 例行单纯胆囊切除术,1 例行胆囊大部切除术。同时可见胆囊化脓 6 例,萎缩 2 例,胆囊穿孔 1 例,胆囊颈部结石嵌顿 3 例,胆管梗阻 2 例,Mirizzi 综合征 1 例。

2.2 治疗结果 本组病例术中冰冻切片及术后病理均证实为 XGC,1 例因形成胆囊横结肠内瘘行胆囊切除+结肠修补术,术后出现肠痿,并发腹腔感染,予以腹腔持续冲洗;2 例出现感染。以上并发症经过治疗后均康复,其余病例未出现并发症,本组患者术后均病情稳定出院,平均住院日 14.39 d,术后回访 6 个月~4 年无远期并发症。

### 3 讨论

3.1 发病机制 XGC 是一种特殊类型的胆囊炎性疾病,发病率低,临床上 XGC 占各种类型胆囊炎性疾病的 0.16%~13.2%<sup>[1]</sup>,本组为 0.40%。XGC 多发生于中老年患者,本组患者的平均年龄为 60.39 岁,与相关文献报道相似<sup>[2]</sup>。XGC 发生的男女比例目前尚有争议,郑渤伟等<sup>[3]</sup>的研究表明男女比例几乎相等;吴世勇等<sup>[4]</sup>和 Park 等<sup>[5]</sup>则认为 XGC 多发生于男性;王蔚蓝等<sup>[6]</sup>的研究表明 XGC 多发生于女性,本组男女比例为 1.75:1。其发病机制目前尚不完全清楚,主流观点<sup>[5,7]</sup>认为 XGC 可能与胆囊急性炎症和胆道梗阻等综合因素有关,这些因素致使胆囊黏膜和 Rokitansky-Aschoff 窦损伤和破裂,胆汁渗入胆囊壁致其发生慢性炎症反应,导致胆囊壁弥漫性增厚,同时巨噬细胞吞噬渗入胆囊壁胆汁中的胆固醇、磷脂后,形成富含脂质的泡沫样组织细胞,同时伴随成纤维组织增生,随着病情的发展,最后形成黄色肉芽肿。本组 33 例患者全部存在胆囊结石,其中 19 例为急性炎症,3 例为胆囊颈部嵌顿,7 例合并胆总管结石,符合相关文献报道<sup>[5,7]</sup>。

3.2 术前诊断和治疗 XGC 无特异性临床表现,主要表现为急慢性胆囊炎的症状如上腹部疼痛等,当伴随胆道梗阻时可出现黄疸、发热等症状。本组有 25 例出现上腹痛,有 5 例出现明显黄疸,3 例病程中出现寒

战发热。国外有文献报道 XGC 还可能导致胃幽门梗阻<sup>[8]</sup>。随着病情的发展,可出现胆囊变形、肿大,局部纤维组织增多导致胆囊与周围器官粘连紧密,甚至出现内瘘。XGC 还具有局部浸润的能力,侵及肝脏等周围器官;部分病例肿瘤指标会异常升高,本组 19 例患者术前行肿瘤标记物 CEA、CA19-9、CA125、CA50 检查,异常升高的有 11 例(57.89%),与有关报道<sup>[9]</sup>相符,加大了与胆囊癌鉴别的难度,因此肿瘤标记物不能作为 XGC 与胆囊癌鉴别的依据。CA19-9 异常升高可能与胆总管结石、胆管炎及其本身特点有关<sup>[9-10]</sup>。据有关文献报道 XGC 术前误诊为胆囊癌高达 33.3%<sup>[11]</sup>,本组中有 8 例患者被诊断为胆囊癌或胆囊癌不排除,误诊率为 24.24%。

XGC 的术前诊断较为困难,B 超引导下的细针抽吸细胞学检查提供了一种鉴别 XGC 和胆囊癌的可行方法<sup>[12]</sup>。阳性结果可确诊胆囊癌,但细针穿刺病理检查结果阴性并不能排除胆囊癌的可能性,所以穿刺可能造成穿刺针道的种植转移,因此有学者认为当鉴别 XGC 与胆囊癌时,不应行穿刺活检<sup>[13]</sup>。B 超是最方便快捷的诊断工具,XGC 和胆囊癌的超声表现类似,均表现为胆囊癌增厚,但 XGC 常有胆囊壁内低回声结节,内壁光滑、黏膜线完整,少血流信号<sup>[14]</sup>。CT 主要表现为胆囊壁内低密度结节,增强后未见明显强化<sup>[15]</sup>。CT 和 MRI 在增强扫描方式下还可出现“夹心饼干征”,即胆囊壁浆膜层和黏膜层信号增强明显,中间肌层因炎症水肿而增强不明显,这是与胆囊癌鉴别的重要特异性表现<sup>[16]</sup>。另外胆囊癌常伴有周围淋巴结转移及远处转移,而 XGC 则无,可用来鉴别诊断。

XGC 虽为良性病变,但极易误诊为胆囊癌,一旦误诊将可能导致手术范围的扩大,对患者造成不必要的伤害。XGC 的治疗一般采取腹腔镜胆囊切除术即可,但由于其局部浸润的生物学行为,将可能浸润肝脏、结肠肝曲、十二指肠等器官,最终导致与周围器官致密粘连,这将增加腹腔镜胆囊切除的难度,增大中转开腹手术率,有文献报道中转开腹率达 17.1%<sup>[1]</sup>,本组中转开腹率为 15.38%。当粘连致密,甚至形成内瘘时,切不可盲目追求胆囊的完整切除,从而造成不必要的损伤及术后并发症,此时可采取胆囊大部分切除并电灼烧灼残壁,以及内瘘修补术。本组有 5 例行胆囊大部分切除术;3 例发生胆囊横结肠内瘘,其中 2 例行胆囊切除+横结肠修补术,1 例行胆囊切除+右半结肠切除术。当合并胆总管结石时可行胆囊切除+胆总管切开取石+T 管引流术,本组有 7 例行此术。有学者<sup>[17-18]</sup>研究表明腹腔镜胆总管切开取石术后胆管一

期缝合较放置 T 管具有许多优点,例如创伤小、康复快等,严格把控手术适应证不会增加术后并发症的风险,所以合并胆总管结石的病人若符合以下适应证:胆总管直径 $\geq 8$  mm;术前无化脓性胆管炎、胆源性胰腺炎等;无胆总管壁炎性水肿、纤维增厚等;胆道系统无结石残留、胆总管下端通畅,无十二指肠乳头水肿等,也可行胆囊切除+胆总管切开取石+胆管一期缝合,但本组未有此手术者。XGC 的术后并发症主要发生在胆囊部分切除的患者中,5 例胆囊大部分切除的患者中有 2 例出现感染,经治疗后痊愈;28 例胆囊完整切除的患者中有 1 例因形成胆囊横结肠内瘘行胆囊切除+结肠修补术,术后出现肠瘘,予以持续腹腔冲洗后康复出院,其余病例未出现并发症。

**3.3 病理检查** 病理检查是其明确诊断的最佳方法。当术者术中发现胆囊壁增厚,并伴有周围组织局部浸润时,应提高警惕术中冰冻切片病理检查,若切片下发现泡沫细胞或肉芽肿结构可以做为确诊 XGC 的重要证据,进而选择合适的手术方式。本组术前诊断为胆囊癌或疑似胆囊癌的有 8 例,经过术中冰冻切片病理检查证实均为 XGC,其中 1 例术前怀疑胆囊癌侵犯结肠(结肠癌?),术中切除胆囊送冰冻切片检查,证实胆囊病变为 XGC,结肠标本术后病理考虑为异物性肉芽肿伴黏膜面溃疡。术中冰冻切片病理检查可以避免扩大切除范围。

综上所述,XGC 是一种少见的胆囊良性病变,术前明确诊断难度大,因其无特异的临床症状及实验室检查,典型的影像学表现及有无局部淋巴结转移将有助于其与胆囊癌的鉴别。治疗首选腹腔镜胆囊切除术,但因其浸润生长的生物学行为,导致手术难度不同于一般的胆囊切除,手术中转开腹率高,胆囊完整切除难度大。术中冰冻切片病理检查可鉴别良恶性,对避免扩大手术切除范围起到至关重要的作用。

#### 参考文献:

[1] 蔡涵晖,胡智明,吴伟顶,等.黄色肉芽肿性胆囊炎 56 例外科治疗[J].中华肝胆外科杂志,2018,24(8):534-536.

[2] Yucel O,Uzun MA,Tilki M,et al.Xanthogranulomatous Cholecystitis:Analysis of 108 Patients [J].Indian Jof Surg,2017,79(6):510-514.

[3] 郑渤伟,李丹.黄色肉芽肿性胆囊炎 223 例诊治分析[J].中国中西医结合外科杂志,2015,21(1):35-38.

[4] 吴世勇,胡苗苗,李梅,等.黄色肉芽肿性胆囊炎的多层螺旋 CT 不典型征象[J].中国医学影像学杂志,2019,27

(7):501-503.

[5] Park JW, Kim KH, Kim SJ, et al. Xanthogranulomatous cholecystitis: Is an initial laparoscopic approach feasible? [J]. Surg Endosc, 2017, 31(12): 5289-5294.

[6] 王蔚蓝,孙海明.黄色肉芽肿性胆囊炎 45 例诊治分析[J].肝胆胰外科杂志,2015,27(1):74-75.

[7] 李镇利,杨田.黄色肉芽肿性胆囊炎的诊断和外科治疗[J].临床肝胆病杂志,2017,33(2):247-252.

[8] Garg G, Kataria K, Bansal N, et al. Rare cause of gastric outlet obstruction: xanthogranulomatous cholecystitis [J]. BMJ Case Rep, 2018; bcr2018226580.

[9] Yu H, Yu TN, Cai XJ. Tumor biomarkers: help or mislead in the diagnosis of xanthogranulomatous cholecystitis? -- analysis of serum CA 19-9, carcinoembryonic antigen, and CA 12-5 [J]. Chin Med J (Eng 1), 2013, 126(16): 3044-3047.

[10] Shetty GS, Abbey P, Prabhu SM, et al. Xanthogranulomatous cholecystitis: sonographic and CT features and differentiation from gallbladder carcinoma: a pictorial essay [J]. Jpn J Radiol, 2012, 30(6): 480-485.

[11] 徐贤绸,张建新,王向昱,等.黄色肉芽肿性胆囊炎 21 例诊治分析[J].肝胆胰外科杂志,2008,20(3):206-207.

[12] Hijioka S, Mekky MA, Bhatia V, et al. Can EUS-guided FNA distinguish between gallbladder cancer and xanthogranulomatous cholecystitis? [J]. Gastrointest Endosc, 2010, 72(3): 622-627.

[13] 邱智泉,于勇,罗祥基,等.胆囊癌与黄色肉芽肿性胆囊炎的鉴别诊断及手术治疗策略[J].中华肝胆外科杂志,2017,23(5):336-338.

[14] 吴丽足,林礼务,薛恩生,等.彩色多普勒超声在黄色肉芽肿性胆囊炎与胆囊癌鉴别诊断中的价值[J].中国超声医学杂志,2013,29(8):702-704.

[15] 王亮亮,刘希胜,孙娜娜,等.黄色肉芽肿性胆囊炎多层螺旋 CT 表现及误诊分析[J].实用放射学杂志,2016,32(11):1710-1712.

[16] 刘兵,郭大可,曹淑丽. CT 及 MRI 在黄色肉芽肿性胆囊炎诊断中的应用[J].临床和实验医学杂志,2019,18(5):551-553.

[17] 俞渊,唐乾利,李敏朋,等.腹腔镜胆总管探查取石术胆管一期缝合与 T 管引流的疗效比较[J].右江民族医学院学报,2018,40(3):219-222.

[18] 李志钰,尹岳飞,孙世波.腹腔镜胆总管探查取石一期缝合与 T 管引流的临床对比研究[J].腹腔镜外科杂志,2015,20(3):215-218.

收稿日期:2020-01-10;修回日期:2020-02-04