

DOI: 10.3969/j.issn.1005-8982.2018.29.024
文章编号: 1005-8982 (2018) 29-0121-02

临床报道

自身免疫性胰腺炎的单中心回顾性研究

龚伟智, 张治桥, 彭创, 孙增鹏

(湖南省人民医院 肝胆外科, 湖南 长沙 410005)

摘要: **目的** 分析自身免疫性胰腺炎的临床特点, 并总结其诊疗经验, 减少临床误诊。**方法** 选取 2015 年 1 月-2018 年 1 月于湖南省人民医院胰脾外科诊治的 13 例自身免疫性胰腺炎 (AIP) 患者, 回顾性分析患者的主要临床症状、血液学检查、影像学检查、病理结果、治疗方案及预后, 总结 AIP 的诊疗经验。**结果** 2 例患者因为不能排除恶性肿瘤, 故行胰十二指肠切除术; 13 例中 10 例患者予以糖皮质激素治疗有效, 3 例患者拒绝接受进一步激素治疗。**结论** AIP 是一种少见且临床症状不典型的慢性胰腺炎, 早期应结合主要临床症状、影像学检查、血清 IgG4、病理穿刺结果及激素诊断性治疗等减少误诊率, 从而避免创伤较大的手术治疗。

关键词: 自身免疫性胰腺炎; 血清 IgG4; 影像检查; 激素治疗

中图分类号: R446

文献标识码: B

自身免疫性胰腺炎 (autoimmune pancreatitis, AIP) 是一种自身免疫介导异常的慢性胰腺炎, 由 YOSHIDA 等于 1995 年正式提出并命名^[1]。AIP 发病率低, 临床症状不典型, 早期易与胰腺癌的诊断混淆^[2]。笔者选取湖南省人民医院胰脾外科收治的 AIP 患者, 现分析如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取 2015 年 1 月-2018 年 1 月于本院胰脾外科收治的 13 例 AIP 患者。其中, 男性 11 例, 女性 2 例; 年龄 38 ~ 76 岁, 中位年龄 60 岁; 上腹痛的患者 10 例 (76.9%), 梗阻性黄疸 8 例 (61.5%), 恶心、呕吐 3 例 (23.1%), 体重减轻、腹泻 3 例 (23.1%)。

1.2 诊断标准

根据最新国际胰腺病会议公布的 AIP 诊断标准确诊, 主要从临床表现、影像学 and 血液学检查、激素诊断性治疗及病理学等方法进行诊断^[3]。影像学检查包括腹部彩色超声、CT 等。相关血清学检查包括免疫球蛋白 G4 (Immunoglobulin G4, IgG4)、肝功能、CA19-9 及淀粉酶等。

1.3 方法

确诊患者首选糖皮质激素治疗, 口服泼尼松, 起

始剂量 0.6 mg/(d·kg), 治疗 2 周后再次评估临床症状、影像学及血液学等, 若有好转, 每 1 ~ 2 周减量 5 mg, 降至 5 mg/d, 维持 1 年左右。高度怀疑恶性肿瘤且家属手术意愿强烈者行外科手术治疗。

1.4 随访

患者出院后 1 个月、6 个月、1 年来医院复查胰腺 CT、血清 IgG4 及肿瘤标志物等各项指标。

2 结果

2.1 患者血清学检查

12 例患者血清 IgG4 升高 (3.13 ~ 18.9 g/L), 10 例患者血清总胆红素升高 (30 ~ 75 $\mu\text{mol/L}$), 5 例患者 CA199 升高 (32 ~ 93 u/L), 6 例患者血清淀粉酶升高 (170 ~ 1 820 u/L)。

2.2 患者影像学检查

患者均行腹部彩色超声及胰腺 CT 检查, 9 例患者见胰头形态不规则, 部分切面呈结节样改变, 边界不清, 内部回升不均, 范围大小 21 ~ 55 mm, 胰腺强化欠均匀, 胰腺边缘可见线性包膜样低密度影, 胆胰管不同程度扩张; 3 例患者胰腺弥漫性肿胀明显, 分布不均匀, 胰管不扩张; 1 例胰腺尾部见一大小约 57 mm × 36 mm 低回声包块, 边界欠清, 分布不均, 胰

收稿日期: 2018-05-02

[通信作者] 孙增鹏, E-mail: hnhyszp@163.com

管不扩张。

2.3 患者病理学检查

11 例患者无病理组织学检查, 2 例患者术后普通切片提示: 胰腺慢性炎症, 部分区域腺泡及导管萎缩, 纤维增生, 伴有多量淋巴细胞、浆细胞浸润, IgG4 相关硬化性疾病待排, 免疫组织化学示: IgG(+)、IgG4(+)。

2.4 患者确诊与预后

11 例患者根据临床症状、影像学、血液学及激素诊断性治疗等确诊, 2 例患者术前多项检查均高度怀疑胰头恶性肿瘤, 不排除 AIP 可能, 患者家属手术意愿强烈, 术中快速切片报告考虑胰腺慢性炎症, 淋巴结反应性增生, 仍不能排除恶性病变, 故行胰十二指肠切除术, 术后确诊 AIP。3 例患者保守治疗后症状缓解, 长期激素治疗副作用较大拒绝行激素治疗, 余 10 例患者均予以激素维持治疗。随访 3 例未激素治疗患者, 暂无明显腹痛不适, 无影像学及血液学检查资料。10 例患者规律激素治疗, 一般情况良好, 1 个月后效果显著, IgG4 基本恢复正常, 随访期间未见复发。

3 讨论

AIP 是一种特殊的胰腺慢性炎症病变, 临床症状无特异性, 主要表现为上腹痛不适、不同程度的梗阻性黄疸及胰腺外症状。相关研究显示检测 ANA 阳性与免疫性相关疾病密切相关, 可作为 AIP 筛查的指标^[4]。然而, 国际标准中诊断 I 型 AIP 的唯一血清标志物仍然是血清 IgG4^[5]。IgG4 诊断 AIP 的敏感性为 70% 左右, 特异性高达 90%, 如浓度升高超出正常值上限 2 倍, AIP 的诊断率高达 99%。AIP 中 CA199 可以升高, 但与胰腺癌的高表达有区别, VAN HEERDE 等^[6]进一步将 CA199<74 u/L 和 IgG4>2.6 g/L 作为诊断标准, 以提高 AIP 诊断的特异性。

结合本院 AIP 患者的彩超及腹部 CT 影像学检查, 9 例患者见胰头占位性病变, 大小约 21 ~ 55 mm, 部分切面呈结节样改变, 胰腺强化欠均匀, 胰腺边缘可见线性包膜样低密度影, 胆胰管不同程度扩张; 2 例患者全胰腺弥漫性肿胀; 1 例患者胰腺尾占位; 1 例患者提示胰腺萎缩。以胰头局限性占位为主的 AIP 易与胰腺癌混淆, 此类 AIP 的手术切除率高达 70%^[7]。国内外较新的超声内镜检查可提高诊断的准确率, 在观察胰腺实质及胰管病变的同时, 还可以穿刺取活检^[9]。

从而降低胰腺癌的误诊率, 避免较大创伤的手术探查。

目前病理学检查仍是 AIP 诊断的金标准。对于难以鉴别的 AIP 在借助超声内镜取活检的同时, 也可以使用糖皮质激素诊断性治疗, 避免最终的手术探查。泼尼松是首选药物, 本研究 10 例患者按照起始剂量 0.6 mg/(d·kg), 治疗 2 周后再次评估临床症状、影像学及血液学均有不同程度好转, 暂未发现复发现象。对维持剂量、维持时间及停药指征仍有很大争议, 据文献报道, 对于复发患者追加使用激素仍有效, 相关激素治疗仍有待进一步研究^[10]。

综上所述, AIP 是一种少见的免疫介导的慢性胰腺炎, 发病机制不明确, 与胰腺癌鉴别困难, 临床及影像医师应提高对 AIP 的重视程度, 同时结合不同的临床表现、血清 IgG4、影像学检查、超声穿刺活检及诊断性激素治疗提高 AIP 的诊断准确率, 避免较大的手术创伤。

参 考 文 献:

- [1] YOSHIDA K, TOKI F, TAKEUCHI T, et al. Chronic pancreatitis caused by an autoimmune abnormality. proposal of the concept of autoimmune pancreatitis[J]. Dig Dis Sci, 1995, 40(7): 1561-1568.
- [2] 刘允怡, 刘晓欣, 李丽, 等. 自身免疫性胰腺炎与胰腺癌的鉴别诊断[J]. 中华消化外科杂志, 2013, 12(2): 96-99.
- [3] SHIMOSEGAWA T, CHARI S T, FRULLONI L, et al. International consensus diagnostic criteria for autoimmune pancreatitis: guidelines of the international association of pancreatology[J]. Pancreas, 2011, 40(3): 352-358.
- [4] KAMISAWA T, OKAMOTO A. Autoimmune pancreatitis: proposal of IgG4-related sclerosing disease[J]. Journal of Gastroenterology, 2006, 41(7): 613-625.
- [5] 田力, 王晓艳, 沈守荣. 肿瘤标志物 CA199、CA242、CEA、CA125 联合检测在胰腺癌诊断中的意义[J]. 世界华人消化杂志, 2012 (31): 3047-3050.
- [6] VAN HEERDE M J, BUIJS J, HANSEN B E, et al. Serum level of Ca 19-9 increases ability of IgG4 test to distinguish patients with autoimmune pancreatitis from those with pancreatic carcinoma[J]. Digestive Diseases & Sciences, 2014, 59(6): 1322-1329.
- [7] 杨正汉, 张骏, 何淑蓉, 等. 自身免疫性胰腺炎的影像特征[J]. 中华放射学杂志, 2007, 41(1): 47-50.
- [8] 郭涛, 杨爱明, 钱家鸣. 自身免疫性胰腺炎的超声内镜特征表现及相关诊断进展[J]. 中华胰腺病杂志, 2017(2): 137-139.
- [9] 张新刚, 张新鹏, 李晓晗, 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, (12): 1027-1030.
- [10] 孙备, 冀亮. 2016 年国际胰腺病学协会《自身免疫性胰腺炎治疗专家共识》解读[J]. 中国实用外科杂志, 2017, 37(2): 153-156.

(李科 编辑)