

病例报告

一过性 CA-199 大于 1000 的良性梗阻性黄疸 1 例

张静怡¹, 刘瑜², 崔慧娟^{3*}

(1.北京中医药大学,北京 100029;2.中日友好医院 中医脾胃病科,北京 100029;

3.中日友好医院 中西医结合肿瘤内科,北京 100029)

患者女性,62岁。2019年4月21日无明显诱因出现右上腹绞痛,间断发作,向右肩部放射,未予重视。3d后疼痛加重,伴皮肤、巩膜黄染,小便色黄混浊,自觉发热,伴恶心、呕吐胃内容物,于我院行腹部CT提示:“胆总管末端结石,肝内胆管结石,胆囊泥沙结石,肝内外胆管扩张”。

血常规:白细胞总数 $11.28 \times 10^9/L$,中性粒细胞百分比 87.3%;C反应蛋白(C-reactive protein,CRP)179.10mg/L;肝功能指标:总胆红素 $234.02 \mu\text{mol/L}$,直接胆红素 $133.76 \mu\text{mol/L}$,谷丙转氨酶 255IU/L,谷草转氨酶 125IU/L, γ -谷氨酰转肽酶 598IU/L,碱性磷酸酶 519IU/L,血清总胆汁酸 $148.5 \mu\text{mol/L}$;肿瘤标记物:糖类抗原-199(carbohydrate antigen-199,CA-199) $>1000 \text{U/ml}$,CA125 43.47U/ml 。诊断为“急性胆管炎、梗阻性黄疸”。2019年4月26日行经皮肝内胆管穿刺置管引流术,并予对症抗感染、保肝、抑酸、营养支持治疗。期间为进一步明确梗阻原因行PET-CT检查(图1见插二)提示:“1.肝左叶2处低密度灶,边缘局部放射性摄取增加,中心放射性摄取减低,SUV_{max}:3.1及3.0,建议增强扫描进一步检查。2.胆囊体积小,胆囊壁稍增厚,葡萄糖代谢增加,考虑慢性炎症改变可能。”腹部增强CT(图2见插二)提示:“胆总管壁轻度增厚,并见强化;肝左叶低强化灶炎性假瘤可能”。磁共振胰胆管造影(magnetic resonance cholangiopancreatography,MRCP)(图3见插二)提示:“胆总管及肝内胆管结石,肝内、外胆管扩张”。治疗10d后患者黄疸消退,无腹痛、发热等不适。复查肝功能指标:总胆红素 $21.08 \mu\text{mol/L}$,直接胆红素 $18.6 \mu\text{mol/L}$,谷丙转氨酶 27IU/L,谷草转氨酶 20IU/L, γ -谷氨酰转肽酶 101IU/L,碱性磷酸酶 116IU/L;肿瘤标记物:CA-199 273.90U/ml ,CA125 40.56U/ml 。2019年5月20日行胆总管取石+胆囊切除+肝左叶活检术。病理示:肝组织汇管区淋巴细胞浸润,胆小管及纤维组织增生,其中一个汇管区脓肿形成,周边见肉芽组织,肝细胞中度淤胆,局灶肝内胆管上皮不典型增生。慢性胆囊炎,胆囊腺肌症;胆囊结石。

讨论 CA-199是一种肿瘤相关糖类抗原,成人体内主要由胆囊、肝及肠道组织微量产生,主要用于消化系统肿瘤的诊断,尤其对于胆胰恶性疾病的诊断具有较高的价值^[1]。当使用 100U/ml 为临界值时,诊断胰腺癌的特异性可达 95%或更高^[2]。文献报道,胆管炎伴胆结石的患者 CA-199 $>1000 \text{U/ml}$ 的案例^[3],但随着炎症的消退该类患者 CA-

199水平亦逐渐趋向正常化,并且胆总管结石的数量和大小与 CA-199的水平无关^[4]。

梗阻性黄疸是由于肝内或肝外胆管部分或完全阻塞,使胆汁排出受阻,导致胆汁淤积、胆红素反流入血引起的,病因有恶性肿瘤、胆道结石、胆管炎、胆道蛔虫等。对于梗阻性黄疸的准确定位和定性,B超、CT、MRI/MRCP均有很高的定位准确率,但定性诊断率偏低。PET-CT则拥有较高的定位和定性准确率,但特异性较差^[5]。房龙等^[6]研究发现,胆管良性梗阻和恶性梗阻患者血清 CA-199 的差异有统计学意义,血清 CA-199 $\geq 150 \text{U/ml}$ 时对胆管梗阻定性诊断的预测意义更大。因此,CA-199水平并不能作为梗阻性黄疸的良恶性鉴别指标,还需要联合影像学检查。此外,动态观察其水平变化在鉴别良恶性梗阻性黄疸方面具有重要的意义。

本例患者发病时查血清 CA-199 $>1000 \text{U/ml}$,血常规、CRP提示存在炎症表现,2次腹部CT提示存在胆管炎、胆管结石、胆囊结石,给予胆汁引流、抗感染、保肝治疗后 CA-199水平明显下降。结合患者病理结果,PET-CT、腹部增强CT及 CA-199水平动态变化,考虑该患者 CA-199 $>1000 \text{U/ml}$ 为良性梗阻性黄疸导致的可能性大。

参考文献

- [1] Ballehaninna UK,Chamberlain RS.The clinical utility of serum CA 19-9 in the diagnosis,prognosis and management of pancreaticadenocarcinoma:An evidence-based appraisal[J]. *J GastrointestOncol*,2012,3(2):105-119.
- [2] Gibor U,Perry ZH,Netz U,et al.CA 19-9 in the presence of obstructive jaundice due to Mirizzi syndrome [J].*Isr Med AssocJ*,2015,17(1):60-61.
- [3] Lin MS,Huang JX,Yu H.Elevated serum level of carbohydrate antigen 19-9 in benign biliary stricture diseases can reduce its value as a tumor marker [J].*Int J Clin Exp Med*,2014,7(3):744-750.
- [4] Umit BD,Yüksel G,Necmettin G,et al.Relationship of CA 19-9 with choledocholithiasis and cholangitis[J].*The Turkish Journal of Gastroenterology*,2011,22(2):171-177.
- [5] 滕才钧,邓燕云,韦建林.18F-FDG PET/CT联合MR胰胆管造影多模态显像诊断良恶性梗阻性黄疸[J].*中国医学影像技术*,2019,35(3):390-394.
- [6] 房龙,樊艳华,杜时雨,等.内镜逆行胰胆管造影相关技术结合血清CEA,CA199对胆管梗阻定性诊断的研究[J].*首都医科大学学报*,2014,35(5):626-629.

3* 本文通讯作者。

收稿日期:2019-06-17 修回日期:2019-08-07

乳房皮肤小汗腺汗孔瘤恶变1例

(正文见第317页)

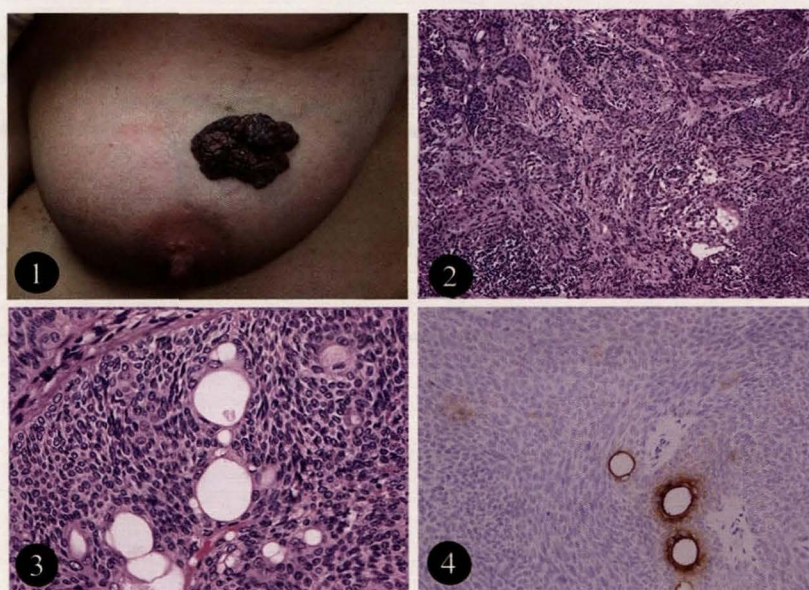


图1 患者皮肤肿物形态，黑褐色，呈菜花样，表面粗糙，其上附有结痂。

图2 肿瘤细胞在真皮内呈浸润性生长伴间质反应（HE × 100）。

图3 肿瘤细胞出现有嗜酸性护膜的管腔结构（HE × 400）。

图4 CEA免疫组化染色标记显示其导管分化（免疫组化 × 400）。

一过性CA-199大于1000的良性梗阻性黄疸1例

(正文见第318页)



图1 全身PET-CT图，见肝左叶低密度灶，建议增强扫描。

图2 腹部增强CT，可见到肝左叶低强化灶，考虑炎性假瘤。

图3 MRCP，可见到肝内胆管和胆总管结石。