

## 个案报道

DOI: 10.13406/j.cnki.cyxh.002379

## 胰头皮样囊肿 1 例并文献复习

朱洪银, 霍天宇, 崔王平, 张昕宁, 董 烨, 魏志刚

(山西医科大学第一医院普外科, 太原 030001)

## A case of pancreatic-head dermoid cyst and related literature review

Zhu Hongyin, Huo Tianyu, Cui Wangping, Zhang Xinning, Dong Ye, Wei Zhigang

(Department of General Surgery, The First Hospital of Shanxi Medical University)

【中图分类号】R657.5+2

【文献标志码】B

【收稿日期】2019-08-31

皮样囊肿也称成熟畸胎瘤,是一种生殖细胞起源的良性疾病,可起源于 3 种胚层中的任何一个。皮样囊肿通常由囊性和实性成分共同组成,具有表皮附属物(如毛囊或皮脂腺),多为外胚层残余的角质细胞发育而来,常见于卵巢、骶尾部 and 睾丸,在胰腺中的病例十分罕见,只见于少数病例报告<sup>[1]</sup>。胰腺皮样囊肿可在胰腺的任何部位发展,胰体最为常见(37.8%),其次为胰尾部(17.8%),胰头皮样囊肿十分罕见(13.3%)。胰腺皮样囊肿虽为良性病变,但辅助检查没有特异性,诊断比较困难,确诊多依靠术后病理检查。现报道 1 例 66 岁男性患者胰头皮样囊肿,并对之前发表的文献进行回顾,提高对胰腺皮样囊肿的认识。

## 1 病例资料

患者男性,66 岁,因体检时 B 超提示胰头部低回声肿物入院,无腹痛、腹胀、腹泻、恶心、呕吐、发热,无皮肤黄染等临床症状。既往有高血压病 10 余年,平素血压控制可。既往无胰腺炎病史,无腹部外伤及腹部手术史。专科查体无阳性体征。肿瘤标志物 CA19-9 63.2 U/mL,CA50 49.46 U/mL,SCC

2.23 μg/L。血常规、血生化指标未见明显异常。上腹部增强 CT 示:胰头部大小约 4.9 cm × 4.7 cm 囊实性团块影,边界清晰,邻近血管未见受侵征象,增强后可见轻度不均匀强化,考虑胰头囊实性占位(图 1A、B、C)。MRI 提示胰头区大小约 4.7 cm × 4.2 cm 不规则团块状长 T2 信号影,信号欠均匀,内可见片状等短 T2 信号影(图 1D)。

该病例 CA19-9、CA50 增高,影像学表现不特异,考虑胰头实性假乳头状瘤可能性大,完善相关术前检查后行达芬奇机器人保留十二指肠胰头肿物次全切除术,术中探查可见胰头部 1 个大小约 4 cm × 4 cm × 3 cm 的囊实性紫红色突起肿物,与周围组织分界清,胰周淋巴结及肝脏无病变(图 2A)。沿肿物包膜逐步剝除肿物(图 2B),并用 4-0 Prolene 线缝合胰腺断面,胰腺上缘放置一根引流管,术中出血量约 10 mL,手术时间 180 min。肉眼观察大体标本外观灰白,大小约 5.5 cm × 4 cm × 1.5 cm,多发囊性,囊壁光滑,内含黄白色豆腐渣样物质(图 2C)。术中冰冻:胰头皮样囊肿(图 2D)。术后病理:胰头肿物,多发囊性,其内为典型的、局部角化的、分层的鳞状上皮,下层基质中有大量角化物质,周围有密集的淋巴细胞浸润和滤泡,符合胰头皮样囊肿的诊断(图 2E)。

术后引流液淡黄色,约 5 mL/d,术后第 3 天排气,进流食后无不适。复查腹部 CT 无特异改变,术后第 4 天引流液淀粉酶测定 2 900 U/L,血常规、血生化指标未见明显异常,逐渐退管至拔除,未发生有临床意义的胰瘘。术后第 5 天顺利出院,术后随访 3 个月,未见明显异常。

作者介绍:朱洪银,Email:137417835@qq.com,

研究方向:普外科肝胆胰疾病的诊断与治疗。

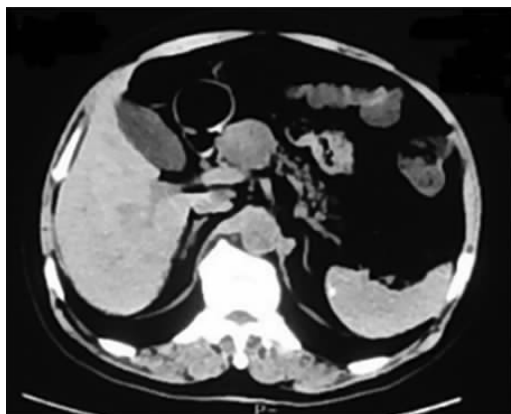
通信作者:魏志刚,Email:wzgsyzy@163.com。

基金项目:山西省自然科学基金一般资助项目(编号:201601D102062);

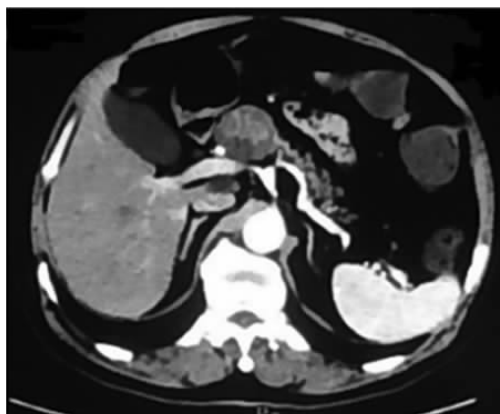
山西省研究生教育创新资助项目(编号:2019SY248)。

优先出版:https://kns.cnki.net/kcms/detail/50.1046.r.20200103.1146.002.html

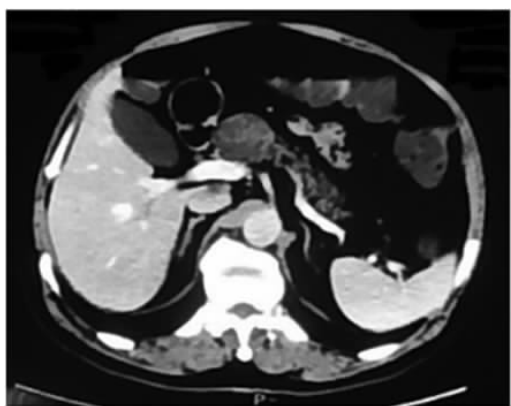
(2020-01-04)



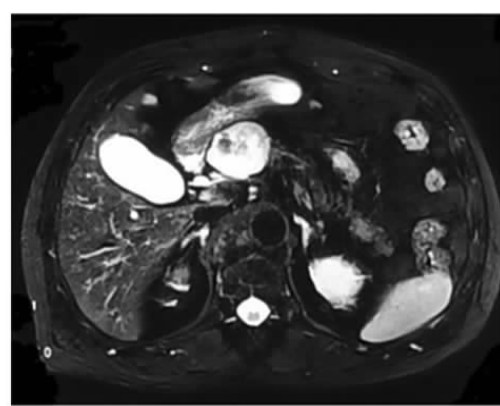
A. 腹部 CT 平扫见胰头部囊性团块影



B. 腹部 CT 动脉期可见肿块不均匀强化



C. 腹部 CT 延迟期



D. MRCP 见胰头部囊性病灶

图 1 患者术前影像学表现

## 2 文献复习

使用检索词“pancreas mature cystic teratoma”和“dermoid cystic of pancreas”在 PubMed 和 Medline 上共搜索到文献 63 篇,从 1918 年至 2019 年胰腺皮样囊肿的病例报道共有 45 例。患病年龄从 0.3~74 岁不等,平均为 38.7 岁。男性 28 例 (62.2%),女性 17 例 (37.8%)。肿物大小 2.2~20 cm,平均 8.1 cm。发生部位为胰头 7 例 (15.6%),胰体 17 例 (37.8%),胰尾 8 例 (17.8%),头体 6 例 (13.3%),体尾 3 例 (6.7%),钩突 1 例 (2.2%),不明部位 3 例 (6.7%)。胰腺皮样囊肿的临床表现多无特异性,有症状的病例中常见主诉为腹痛 (22 例,48.9%),多见于胰头和胰体部肿块的患者。其余的主诉有腹部不适、腹部肿块、恶心、呕吐、腹胀和背痛等。11 例 (24.4%) 无症状,1 例报道胰腺皮样囊肿感染。现有报道中实验室检查大多正常,有少数因胆道阻塞或胰管受压引起化验指标异常,部分可见肿瘤标志物轻度升高<sup>[2]</sup>。治疗多以手术切除为主,具体的手术方式因肿物位置而定。该病例 CA19-9 轻度升高,但血清

CA19-9 非特异性,不仅在胰腺癌、肝癌、胆囊癌等肿瘤中有不同程度异常升高,在一些良性疾病中也会低浓度升高或是一过性升高,如慢性胰腺炎、肝硬化、糖尿病等<sup>[3]</sup>。因此,血清肿瘤标志物对胰腺皮样囊肿的诊断价值不大。

## 3 讨论

胰腺皮样囊肿是一种十分罕见的疾病,区分胰腺皮样囊肿和胰腺其他囊性病变对于避免不必要的手术非常重要<sup>[4]</sup>。胰腺皮样囊肿通常由囊性和实性成分共同组成,单囊或多囊均可见。囊壁由复层鳞状上皮构成,其内容物多为黏稠的皮脂腺分泌物,可为附件组织、皮脂腺、淋巴组织,甚至炎症组织,也可含有 1 个或多个生殖细胞层完全分化的组织,如骨、软骨、头发、牙齿等,但外胚层来源的成熟组织比较常见<sup>[5]</sup>。

胰腺皮样囊肿由于充满角质和皮脂腺物质,在超声上显示为等回声和低回声的混合区域<sup>[6]</sup>。在增强 CT 上通常是边界清楚的囊性肿块,囊壁清晰菲薄,囊肿内脂肪成分表现为明显的低密度区域 (CT 值: -140~-20 HU),钙化可以清晰显示。

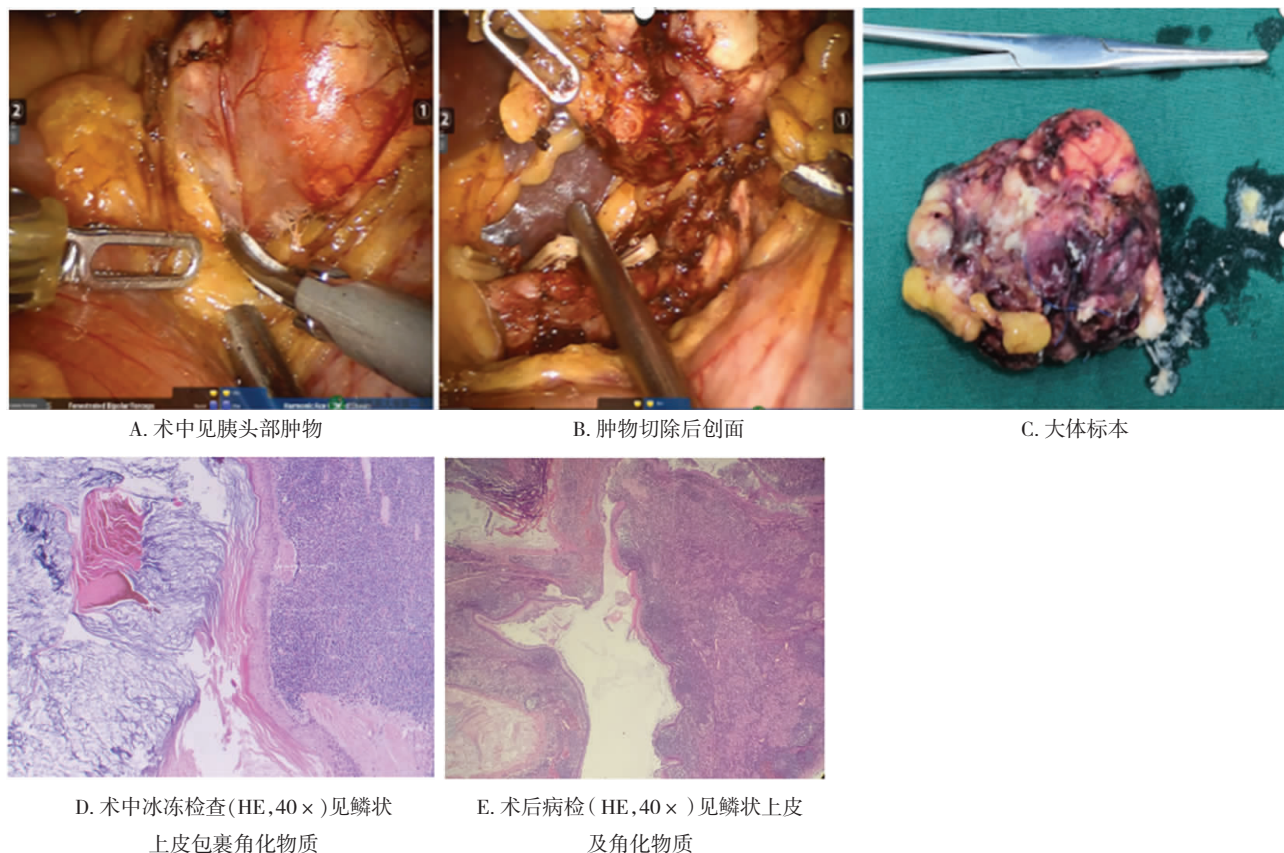


图2 术中图片及术后病理

在 MR 成像中,含有脂肪的囊肿区域在 T1 和 T2 加权图像上显示高信号,在脂肪抑制像上信号减弱<sup>[5]</sup>。MRCP 表现为局部信号缺失<sup>[6]</sup>。具体的影像表现取决于它们的成分<sup>[4]</sup>,存在脂肪、脂质液体和囊腔内的钙化有助于皮样囊肿的诊断,但这些很罕见<sup>[7]</sup>。胰腺实性假乳头状瘤影像上表现为不均质囊实性肿块,增强后包膜及实性区呈渐进性延迟强化<sup>[8]</sup>,不易与胰腺皮样囊肿鉴别,该病例术前曾误诊为实性假乳头状瘤。由于胰腺皮样囊肿的罕见性质和影像学非特异性,诊断仍然困难重重,但结合超声、增强 CT 和 MR 等多种影像学方法使胰腺皮样囊肿与其他囊性病变的鉴别成为可能。

当影像学检查不能评估病变性质时,可以采用经内镜超声引导下的细针穿刺(fine needle aspiration, FNA)细胞学检查,对胰腺皮样囊肿进行诊断及鉴别,以避免不必要的手术治疗<sup>[1]</sup>。通过抽吸囊液进行分析具有较高的准确性:CEA>800 ng/mL 提示黏液性肿瘤,CEA<5 ng/mL 提示浆液性囊腺瘤或假性囊肿;囊液淀粉酶>10 000 U/L 提示假性囊肿<sup>[9]</sup>。但是 FNA 敏感性和特异性较差,特别是对于大于 3 cm 的病灶<sup>[10]</sup>。Koomalsingh KJ 等<sup>[11]</sup>强调, FNA 更适用于无症状的患者和高风险手术的个体。但是对于 FNA 导致癌症转移、扩散的潜在

风险是否超过获益尚存在争议。评估胰腺囊性病变更主要的是排除产生黏蛋白的肿瘤,如果存在鳞状囊肿的特征,即使是经验丰富的细胞病理学家也难以通过 FNA 进行特异性鉴定<sup>[10]</sup>,所以使得胰腺皮样囊肿的诊断更加困难,需要进一步的术后病理证实。

从病理学方面,胰腺皮样囊肿应与其他胰腺囊性病变更进行鉴别,如假性囊肿、浆液性囊肿或黏液性囊肿、囊腺瘤或实性假乳头状瘤等<sup>[12]</sup>,与伴有鳞状上皮的淋巴上皮囊肿和胰尾副脾表皮样囊肿尤其难鉴别。淋巴上皮囊肿比胰腺皮样囊肿常见,是一种良性的单房或多房薄壁囊肿,内衬分化良好的层状鳞状上皮,可含皮脂腺和毛囊等角化物质。上皮淋巴组织和滤泡是淋巴上皮囊肿的一个特征,即使从组织学上也不易与皮样囊肿鉴别<sup>[13]</sup>。胰腺内副脾表皮样囊肿几乎只见于胰尾部的副脾内,发现脾组织是诊断该病的关键。胰腺皮样囊肿典型的组织病理学特征包括成熟的鳞状上皮、角化蛋白碎片和皮脂腺物质<sup>[14]</sup>,组织学方法是诊断胰腺皮样囊肿的传统有效方法<sup>[15]</sup>,也是鉴别其他胰腺疾病的主要手段<sup>[16]</sup>。

根治性手术切除术是治疗胰腺皮样囊肿的标准方法<sup>[17]</sup>,最常用的手术方式有肿物切除术、胰腺部分切除术、胰十二

指肠切除术等<sup>[6]</sup>,有时单纯的囊肿切除或剝除就足够,但具体的手术方式跟囊肿位置有关,切除即可视为治愈<sup>[18]</sup>。胰腺皮样囊肿是良性病变,到目前为止均为手术治疗,临床上未见其复发和恶变的报道<sup>[19]</sup>。若术前诊断明确,可考虑保守治疗,定期随访<sup>[20]</sup>。但术前诊断较为困难,往往需行手术治疗以避免其他恶性或交界性囊性疾病的可能。对于胰头的皮样囊肿,多需行胰十二指肠切除术。与保守治疗相比,手术治疗对患者的生存及预后会造成更大的影响。因此,术前应结合多种诊断方法,尽可能地对胰腺囊性疾病作出鉴别。

综上所述,通过对此病例的介绍,希望能提高对胰腺皮样囊肿的认识,或许能避免不必要的手术治疗。

### 参 考 文 献

- [1] Ahmed A, Peng L, Agrawal D. Mature cystic teratoma of the pancreas; role of endoscopic ultrasound[J]. *Pancreatol*, 2015, 15(4):445-448.
- [2] Jason L, Ansar V, Daniel F, et al. Dermoid cyst of the pancreas; a case report with literature review[J]. *J Radiol Case Rep*, 2012, 6(12): 17-25.
- [3] 郑旭, 邱雄, 邵泽勇, 等. 胰腺癌患者血清 CEMIP、CA19-9 和 CA242 水平变化及其临床意义[J]. *实用肝脏病杂志*, 2019, 22(2): 280-284.
- [4] Kubo T, Takeshita T, Shimono T, et al. Squamous-lined cyst of the pancreas; radiological-pathological correlation[J]. *Clin Radiol*, 2014, 69(8):880-886.
- [5] Manning MA, Srivastava A, Paal EE, et al. Nonepithelial neoplasms of the pancreas; radiologic-pathologic correlation, part 1--benign tumors; from the radiologic pathology archives[J]. *Radio Graphics*, 2016, 36(1):123-141.
- [6] Seki M, Ninomiya E, Aruga A, et al. Image-diagnostic features of mature cystic teratomas of the pancreas; report on two cases difficult to diagnose preoperatively[J]. *J Hepatobiliary Pancreat Surg*, 2005, 12(4): 336-340.
- [7] Strasser G, Kutilek M, Mazal P, et al. Mature teratoma of the pancreas; CT and MR findings[J]. *Eur Radiol*, 2002, 12(3S):S56-S58.
- [8] Zheng X, Tan X, Wu B. CT imaging features and their correlation with pathological findings of solid pseudopapillary tumor of pancreas[J]. *Sheng Wu Yi Xue Gong Cheng Xue Za Zhi*, 2014, 31(1):107-112.
- [9] Attasaranya S, Pais S, Leblanc J, et al. Endoscopic ultrasound-guided fine needle aspiration and cyst fluid analysis for pancreatic cysts[J]. *JOP*, 2007, 8(5):553-563.
- [10] Volmar KE, Vollmer RT, Jowell PS, et al. Pancreatic FNA in 1 000 cases; a comparison of imaging modalities[J]. *Gastrointest Endosc*, 2005, 61(7):854-861.
- [11] Koomalsingh KJ, Fazylov R, Chorost MI, et al. Cystic teratoma of the pancreas; presentation, evaluation and management[J]. *JOP*, 2006, 7(6):643-646.
- [12] Albayrak A, Yildirim U, Aydin M. Dermoid cyst of the pancreas; a report of an unusual case and a review of the literature[J]. *Case Rep Pathol*, 2013, 2013:375193.
- [13] Volkan AN. Cystic lesions of the pancreas[J]. *Mod Pathol*, 2007, 20(S1):S71-S93.
- [14] Daghfous A, Baraket O, Ayadi S, et al. Mature teratoma of the pancreas diagnosed by fine-needle aspiration[J]. *Arab J Gastroenterol*, 2011, 12(2):92-93.
- [15] Scheele J, Barth TF, Wittau M, et al. Cystic teratoma of the pancreas[J]. *Anticancer Res*, 2012, 32(3):1075-1080.
- [16] Park M, Koh KN, Kim BE, et al. Pancreatic neoplasms in childhood and adolescence[J]. *J Pediatr Hematol Oncol*, 2011, 33(4):295-300.
- [17] Lee SE, Choi YS, Hong SU, et al. Dermoid cyst of the pancreas; a rare cystic neoplasm[J]. *Int J Surg Case Rep*, 2015, 17:72-74.
- [18] Sakorafas GH, Smyrniotis V, Reid-Lombardo KM, et al. Primary pancreatic cystic neoplasms of the pancreas revisited. Part IV; rare cystic neoplasms[J]. *Surg Oncol*, 2012, 21(3):153-163.
- [19] Jason L, Ansar V, Daniel F, et al. Dermoid cyst of the pancreas; a case report with literature review[J]. *J Radiol Case Rep*, 2012, 6(12): 17-25.
- [20] Ameer HB, Boujelbene S, Abdelhedi C, et al. Mature cystic teratoma of the pancreas[J]. *Updates Surg*, 2011, 64(4):311-314.

(责任编辑:张辉洁)