

大量葡萄样囊肿,送病检证实为部分性葡萄胎。

## 2 讨论

葡萄胎指妊娠后胎盘绒毛滋养细胞增生,间质水肿,形成大小不一的水泡,也称水泡状胎块<sup>[1]</sup>。属于良性妊娠滋养细胞疾病,但它与侵蚀性葡萄胎、绒毛膜癌有密切关系。国外学者的调查提示妊娠次数超过 3 次是滋养细胞肿瘤的重要危险因素,这可能与体内激素水平的短期剧烈变化、多次妊娠后子宫内膜受到不同程度的损害、卵巢功能退化、卵子受精后发育异常等因素有关。葡萄胎分为完全性葡萄胎和部分性葡萄胎,其中部分性葡萄胎发生率远低于完全性葡萄胎<sup>[2]</sup>。细胞遗传学研究表明,部分性葡萄胎的核型 90% 以上为三倍体,最常见为 69XXY。<sup>[1]</sup>部分性葡萄胎仅部分绒毛变为水泡,常合并胚胎或胎儿,多已死亡,合并足月儿极少,常伴三倍体特征,如发育迟缓、先天畸形等<sup>[3]</sup>。本例部分性葡萄胎合并正常足月儿,非常罕见。

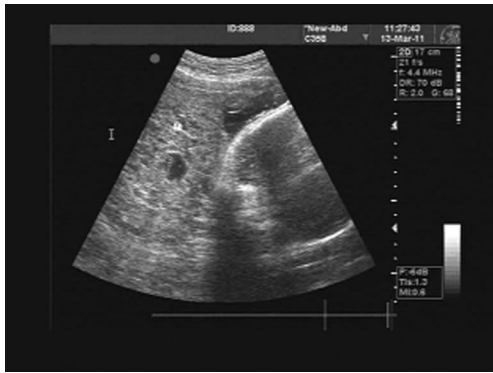


图 1 宫腔内见不均质回声区

葡萄胎是育龄妇女常见疾病之一<sup>[4]</sup>,患者孕期可能出现阴道出血、子痫前期、卵巢黄素化囊肿及甲状腺功能亢进征象等危险,还能可出现局部侵犯及远处转移,一经确诊,应及时清宫,故早期明确诊断具有重要意义。超声检查是确诊葡萄胎的重要辅助检查方法。葡萄胎典型的超声表现为子宫增大且大于停经时间,完全性葡萄胎宫内无孕囊,充满大量大小不等的

• 短篇及病例报道 •

无回声区,小囊腔壁薄呈高回声状,被形容为“落雪状”回声。部分性葡萄胎除葡萄胎特征性回声以外,还可以探及胎儿及附属物,胚胎多已死亡或小于孕周,存活胎儿常合并畸形。彩色多普勒见子宫动脉阻力明显下降,舒张期血流明显增加,子宫肌层内血管扩张不明显,病灶内较难探及血管的存在<sup>[5]</sup>。部分性葡萄胎症状体征不典型,易误诊为不全流产或过期流产<sup>[2]</sup>。部分过期流产患者胎盘可发生水肿变性(胎盘部分水泡样变),呈大小不等的蜂窝状液性暗区,尤其应注意与葡萄胎相鉴别。不全流产或过期流产的子宫小于停经月份,内无存活的胚胎,HCG 下降,这是与葡萄胎的主要鉴别点。此外,过期流产胎盘部分水泡样变时,水泡分布较稀疏,与周围组织分界不清,这也是鉴别要点之一<sup>[6]</sup>。

超声诊断对部分性葡萄胎有一定特异性,是非常重要的辅助检查方法。对于不典型患者,仍应结合 HCG 及病理检查明确诊断。

## 参考文献:

- [1] 乐杰. 妇产科学[M]. 7 版. 北京:人民卫生出版社,2008:291-292.
- [2] 金慧佩,赵淑丹,陈琳. 部分性葡萄胎的超声诊断与分析[J]. 温州医学院学报,2008,5(3):278-279.
- [3] 罗益滨,朱天怡,王树鹤,等. 双胎妊娠,部分性葡萄胎与胎儿共存伴持续性滋养细胞疾病 1 例报告[J]. 第二军医大学学报,2010,31(3):348.
- [4] 沈丽蓉,陈苏宁,熊清裕,等. 葡萄胎的超声诊断价值及误诊分析[J]. 上海医学影像,2010,19(2):122-123.
- [5] 常才. 经阴道超声诊断学[M]. 北京:科技出版社,1998:301.
- [6] 袁志仙,高萍. 经阴道超声鉴别诊断葡萄胎与胚胎停育价值[J]. 中华实用诊断与治疗杂志,2010,24(3):261-262.

(收稿日期:2011-12-13 修回日期:2012-01-16)

## 3 例十二指肠 Brunner 腺腺瘤的临床病理分析并文献复习

李 敏,李 科

(重庆市江津区中心医院病理科 402260)

doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2012.12.045

文献标识码:C

文章编号:1671-8348(2012)12-1248-02

### 1 临床资料

病例 1:男,31 岁,4 个月前因“急性肠炎”在外院治疗,胃镜检查提示“十二指肠息肉”,未予处理。入院后查体:上腹部无压痛,无肌紧张及反跳痛。电子胃镜检查:十二指肠降部查见直径约 0.6 cm 的息肉(插 II 图 1),入院诊断:十二指肠降段息肉。在内镜下行息肉高频电切术,术后送病检。

病例 2:男,50 岁,5 年前开始无明显诱因上腹间断性隐痛,与进食无明显关系,腹胀,偶有腹部窜气样不适,无胃灼热反酸、明显饥饿感等,间断性院外服药治疗(用药不详),症状缓

解,停药后反复。2 个月前胃镜检查提示:慢性浅表性胃炎;十二指肠球部息肉直径约 0.5 cm(插 II 图 2)。入院查体:上腹部轻压痛,无肌紧张及反跳痛。入院诊断:慢性非萎缩性胃炎;十二指肠球部息肉。行息肉高频电凝电切术并送病检。

病例 3:女,56 岁,1 年前无明显诱因出现腹胀,中上腹明显,进食后加重,空腹可缓解,伴嗝气,无腹痛、反酸、胃灼热、纳差、厌油、恶心、呕吐,口服“阿莫西林、健胃消食片”等可缓解,但常反复发作。2 周前在外院作胃镜检查提示“慢性胃炎,十二指肠息肉”。入院查体:上腹部轻压痛,无肌紧张(下转封 3)

(上接第 1248 页)

及反跳痛。胃镜检查提示:十二指肠球部息肉直径约 0.4 cm (插 II 图 3);慢性萎缩性胃炎。入院诊断:十二指肠球部息肉,慢性萎缩性胃炎。行高频电切术并送病检。

组织标本均用 10% 甲醛固定,石蜡包埋切片,常规 HE 染色及 HP 染色,经显微镜下观察。

3 例病理镜下特点:增生的腺体位于黏膜下层,边界清楚,呈分叶状,叶间有来自黏膜肌层的平滑肌束或散在的纤维组织包围,腺体大小形态一致,表面覆盖的十二指肠黏膜上皮未见明显异型(插 II 图 4~6)。

病理诊断:病例 1,十二指肠球部 Brunner 腺腺瘤,HP 染色(-)。病例 2,十二指肠降段 Brunner 腺腺瘤,HP 染色(-)。病例 3,十二指肠球部 Brunner 腺腺瘤,HP 染色(-)。

本组病例中 2 例为男性,1 例为女性,年龄 31~56 岁。2 例有腹痛病史,1 例有腹胀病史。2 例发生在十二指肠球部,1 例发生在十二指肠降部。肿瘤体积较小,最大直径小于 1 cm,为单发,无蒂,表面光滑,切面呈实性。

## 2 讨 论

Brunner 腺腺瘤发病率很低,占十二指肠良性肿瘤的 10.6%<sup>[1]</sup>,1876 年由 Salvioli<sup>[2]</sup> 首先报道。发病缓慢,男性多见,体积大小不等。一般不引起临床症状,当瘤体长到一定大小时,可出现各种不同的临床表现。

**2.1 临床表现** 年龄多发于 40~60 岁,男性略多于女性,90% 为单发,十二指肠球部占 65%,降部约占 24%,十二指肠球部与降部交界处约占 8%;肿瘤体积大小不等,最小直径 0.2 cm,最大直径 15 cm。直径在 2~5 cm 占 79%;肿瘤一般呈圆形或卵圆形,肿瘤带蒂的约占 45%,无蒂占 55%;大多数瘤体表面光滑(82%);97% 瘤体切面呈实性,囊性占 3%;患者均有不同程度的临床症状,上腹疼痛不适(包括剑突下疼痛)占 68%,11% 伴有恶心、呕吐,5% 伴有呕血,24% 伴有黑便,极少数患者伴有全腹压痛及反跳痛、肠梗阻伴剧烈腹痛。

**2.2 发病机制** 十二指肠 Brunner 腺腺瘤由 Brunner 腺增生所形成。Brunner 腺是由胚胎期的固有层肠腺延伸至黏膜下层分化形成,是十二指肠的黏液腺。主要位于十二指肠球部,起于幽门部,延至降段,水平段逐渐消失,偶见于胃窦、空肠和回肠。Brunner 腺为呈分支状和盘绕状的管状腺体,位于黏膜下层,也可延展至黏膜固有层,能分泌无色黏稠、含有黏蛋白的黏液,开口于 Lieberkühn 隐窝中,并含有碳酸氢盐及上皮生长因子(EGF),pH 8.2~9.3,其作用可能是对抗胃酸,保护十二指肠黏膜免受胰液和胃液的消化和侵蚀。同时它还分泌肠抑胃素,具有抑制胃酸分泌和抗溃疡作用。

十二指肠 Brunner 腺腺瘤的病因仍不清楚,多数学者认为此病是高胃酸分泌所引起的机体保护性增生,其本质属腺瘤样病变,而非真性肿瘤<sup>[3]</sup>。Brunner 腺增生的形成机制有两种学说。一种认为基于 Brunner 腺增生是由腺泡和导管的混合物,以及在 Brunner 腺层有纤维肌束和 Paneth 细胞存在,提示这种结节状 Brunner 腺增生在性质上属错构瘤。另一种学说认

为由于多数胃肠道疾患中常见到纤维肌束、黏膜肌的分枝和断裂,上皮成分在黏膜下层迁移的现象,它们并不都代表错构瘤样变化,而很可能是黏膜对多数有害刺激的反应。近年来研究表明,在十二指肠球部 Brunner 腺瘤中幽门螺杆菌(HP)的感染很常见,但 HP 感染在十二指肠球部 Brunner 腺增生的发生发展中作用尚不清<sup>[4]</sup>。

**2.3 病理改变** 镜下特点:增生的腺体位于黏膜下层,边界清,保持有 Brunner 腺原有的分叶状结构,分化成熟的脂肪小叶可以散布在 Brunner 腺之间,叶间有来自黏膜肌层的平滑肌束或散在的纤维组织包围,有的腺体可呈囊性扩张或形成黏液囊性,腺上皮可出现潘氏细胞分化,偶可见到异形增生,腺瘤表面覆盖黏膜常伴有慢性炎症和溃疡形成<sup>[1]</sup>。有的腺体伴有胃上皮化生,有的可见绒毛萎缩。

**2.4 辅助检查** 钡餐影像学检查,肠腔内可见充盈缺损,轮廓清楚,边缘锐利,少数呈波浪状,带蒂腺瘤可引起梗阻或套叠。内镜检查,为单个或多个圆形或纺锤形的结节,直径多 0.2~5 cm,结节表面多光滑,顶端常见潮红,有时结节顶端可出现糜烂或溃疡。

**2.5 治疗** 目前 Brunner 腺瘤还没有统一的治疗原则。以往认为该瘤是良性肿瘤,如无临床症状一般无须治疗。但随着瘤体的逐渐增大,可出现十二指肠溃疡、消化道出血及肠梗阻等临床症状。内科治疗主要是抑制胃酸的分泌,但抑制胃酸后 Brunner 腺很少有缩小<sup>[2]</sup>,目前内镜下治疗十二指肠 Brunner 腺瘤安全有效,应作为 Brunner 腺瘤治疗的首选方法<sup>[5-6]</sup>。

## 参考文献:

- [1] 武忠弼,杨光华.中华外科病理学[M].北京:人民卫生出版社,2002:696.
- [2] Iusco D,Roncoroni L,Violi V,et al. Brunner's gland hamartoma;over-treatment of a voluminous mass simulating a malignancy of the pancreatic-duodenal area [J]. JOP, 2005,6(4):348-353.
- [3] 李衍军.十二指肠球部隆起性病变的内镜及病理分析[J].中国内镜杂志,2003,9(7):87-88.
- [4] Kovacevi I,Ljubici N,Cupi H,et al. Helicobacter pylori infection in patients with Brunner's gland adenoma[J]. Acta Med Croatica,2001,55(4/5):157-160.
- [5] Park JH,Park CH,Park JH,et al. The safety and usefulness of endoscopic polypectomy for treatment of Brunner's gland adenomas[J]. Korean J Gastroenterol, 2004, 43(5):299-303.
- [6] Rocco A,Borriello P,Compare D,et al. Large Brunner's gland adenoma; case report and literature review [J]. World J Gastroenterol,2006,12(12):1966-1968.

(收稿日期:2011-12-11 修回日期:2012-01-09)