

· 短篇与病例报道 · doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2015.28.050

食道下段巨大憩室伴憩室内异位胰腺 1 例报道并文献复习*

詹玮¹, 田甜², 刘幸², 廖欣^{3△}, 胡晓⁴, 李珩⁵, 吴晓萍¹, 童娟³, 杨勤²

(贵州医科大学:1. 附属医院普通外科;2. 病理生理学教研室;3. 附属医院影像科;

4. 附属医院胸外科;5. 附属医院病理科 550004)

[中图分类号] R657.5

[文献标识码] C

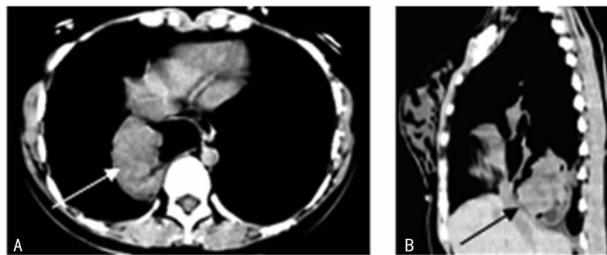
[文章编号] 1671-8348(2015)28-4029-02

异位胰腺又被称为迷走胰腺,是一种先天性畸形,出现在正常胰腺位置以外,且与正常胰腺组织之间无位置、血管、神经及解剖关系的联系^[1];食道憩室较为罕见,是食管管壁薄弱处形成一个向外突出的与食道相连的盲管状内有开口的腔隙,食道下段憩室又称为膈上食管憩室,发生较为罕见;在食道下段出现憩室并在憩室内伴发异位胰腺更为罕见,而异位胰腺合并食道憩室因缺乏特异性的临床表现,对其诊断有一定的难度,由于对该疾病认识不足易误认为是食道瘘,结合影像、内镜检查并在手术后病理检查得以明确。两者都被认为是一种先天性畸形,因为,此二者合并起来发生实属罕见,且容易误诊,现将作者收治的食道下段巨大憩室内伴发异位胰腺病例报道如下。

1 临床资料

患者,女,27岁。因“反复咳嗽、咳痰5个多月,胸痛3个多月”入本院。5个多月患者无明显原因开始出现咳嗽、咳痰,呈阵发性咳嗽,咳白色粘痰,量少;3个多月前开始出现右侧胸痛,呈间断性刺痛,尤其咳嗽时为著,伴发热,最高到38.9℃;无胸闷、返酸、恶心、呕吐、呼吸困难、心慌等不适;1个多月前到当地医院就诊,诊断为“右肺脓肿”,给予美罗培南抗炎、溴己新化痰等对症支持治疗,症状稍好转后出院,4d前到当地医院行胸部CT示:考虑右下肺野病灶:膈疝?食道裂孔疝?未治疗,为求彻底诊治来本院就诊,门诊以“食道裂孔疝”收住院。患者自发病以来,饮食、睡眠可,大小便正常,体质量无明显变化。体格检查如下,体温:36.6℃,脉搏:88次/分,呼吸:18次/分,血压:114/77 mm Hg,气管居中,胸廓对称无畸形,双侧呼吸一致,双侧呼吸动度对称,语音震颤无明显增强或减弱,无胸膜摩擦感,胸壁无压痛,双肺叩诊清音,双肺呼吸音清,未闻及干湿性啰音,无胸膜摩擦音。胸部CT平扫示右下肺、后纵隔旁可见一半空心状异常密度影,大小约68.0 mm×54.0 mm×60.0 mm,其内可见偏心实性团块灶,大小约38.0 mm×54.0 mm×50.0 mm,密度不均,CT值28~53 HU,平均41 HU,实性团块灶边界清楚,周围见少许游离气泡及少量液体。食道下段受压变形、左移,似与病灶含气相通。右下胸膜增厚,邻近肺组织膨胀不全,右下肺可见少许斑片状密度增高影,密度均匀,边缘模糊(图1)。食道碘水造影示食道下段见碘水溢出并形成不规则片状高密度影,其内可见充盈缺损,食道黏膜未见增粗及中断破坏(图2)。电子胃镜示食道下段距门齿约25.0 cm左侧壁见一直径约0.8 cm瘘口,局部黏膜光滑,色泽正常,从瘘口处可窥见内部残留食物残渣及肉芽组织(图3)。术前诊断:(1)食道下段瘘;(2)右侧局限性包裹性脓胸。完善各项术前检查后行右剖胸探查:食管瘘修补、纤维板剥脱、胸膜粘连烙断术。麻醉后左侧卧位,取右后外侧

切口经第7肋间进胸,右肺与膈肌、心包、胸壁广泛致密粘连,见病灶位于右下后纵隔,大小约7.0 cm×6.0 cm×5.0 cm,为囊实性,质硬,不活动,与膈肌及右下肺致密粘连,打开纵隔胸膜,游离病灶与膈肌及右下肺的粘连,分离过程中病灶破裂,有灰色脓液溢出,右下肺后基底段部分感染实变,进一步游离食道下段,见病灶来源于食道下段,基底部宽,考虑为食道憩室,于憩室基底部分离食道肌层,见食道下段肌层明显增厚,食道黏膜水肿,切开食道黏膜,见憩室有两个开口与食道相通,一个开口直径约0.4 cm,另一个开口直径约1.0 cm,予丝线间断缝合较小的开口,游离较大开口周围食道肌层组织,充分暴露食道黏膜,于开口处予残端闭合器闭合食道黏膜开口并切断,将食道憩室完整切除。标本大体描述:带部分食道不整形组织1块,距切缘1 cm处见一肿块,肿块大小7.0 cm×6.0 cm×4.0 cm,切面灰白灰褐,实性质中,似侵及浅肌层。镜下见食道黏膜层内大量中性粒细胞浸润,黏膜上皮部分脱落、糜烂,黏膜层内伴脓肿形成(图4B)。黏膜层、黏膜下层及肌层内见异位胰腺组织,异位胰腺组织由胰腺腺泡、导管组织及间质组成(图4A)。病理诊断:食道下段憩室、破溃并急性化脓性炎及脓肿形成,其内见异位胰腺组织。



A: 右下肺; B: 后纵隔。

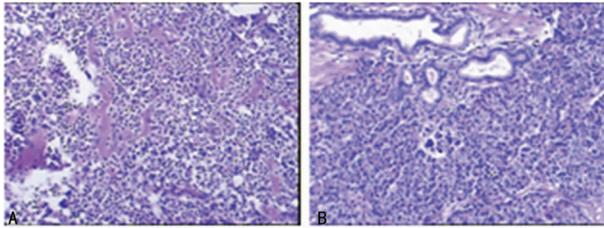
图1 胸部CT平扫



图2 食道碘水造影示

图3 食道电子胃镜

* 基金项目:国家自然科学基金资助项目(81460484);贵州省科技支撑计划基金资助项目([2014]7113)。作者简介:詹玮(1981-),硕士,副主任医师,主要从事普通外科研究。△ 通讯作者,Tel:(0851)86855119;E-mail:lx16799507@163.com。



A:黏膜层脓肿;B:异位胰腺组织。

图4 显微镜下食道 HE 染色($\times 100$)

2 讨论

现回顾患者病史及相关检查后再次分析,患者诊断是食管下段巨大憩室并憩室内异位胰腺。患者出现咳嗽、咳痰、胸痛等症状皆因此病症感染所致,且应用抗菌药物治疗后是有效的,只是在诊断上没有明确。食管憩室内并发肿块,可因食物反复机械性刺激、反复的物理学的损伤及炎症的发生而发展为恶性肿瘤可能。但是其发生机制仍然难以明确^[2],在 Herbell 等^[3]关于隔上憩室内合并肿瘤的回顾性文献中仅仅只有 17 例报道。然而就这例患者来说,术前并没有完全的正确诊断,作者行胸部 CT 平扫时诊断考虑右下肺、后纵隔的病变,建议增强 CT 检查;而在内镜检查时也许是憩室的壁包裹并遮蔽了病灶;同时,上消化道碘水造影诊断考虑为食管瘘,也提到了建议增强 CT 检查,然而考虑到食管瘘的治疗原则以手术为主,作者就没有给患者行胸部增强 CT 检查。该患者因在食管憩室内发生了罕见的异位胰腺并引起炎症后出现相关临床表现,虽然最后手术证实它是一个良性病变,但若能在术前行增强 CT 检查可增加病灶的诊断正确率。然而,术后的结果极为罕见。

2.1 发病部位 异位胰腺不多见,它同样含有腺泡、腺管和胰腺组织结构,是出现在正常胰腺位置以外,且与正常胰腺组织之间无位置、血管、神经及解剖关系的联系^[1]。食管憩室较为罕见,而食管下段憩室更是罕见的^[4]。因此,发生在食管憩室内异位胰腺更为罕见。食管憩室在临床上根据发病的部位可分为咽食管憩室、食管中段憩室及隔上食管憩室。根据憩室壁的结构通常分为真性和假性两种类型。假性憩室发生通常是因为腔内压力过高,是黏膜形成突出于肌层的结构,这使得它缺乏固有肌层;而真性憩室含有食管的全部肌层,可能是因食管周围炎症所产生的牵引力,导致与周围结构粘连及纤维化改变。大多数真性憩室发生在食管中段,常因肺结核、恶性肿瘤等原因所致^[5]。本例患者出现在食管下段憩室内的异位胰腺更是非常罕见,可能与先天性有关。

2.2 临床特点 食管憩室有无症状与憩室大小相关,最常见的临床表现是吞咽困难,呕吐和胸痛,当憩室大于 5.0 cm 时一般会明显的症状^[6]。异位胰腺的临床表现主要和发生异位胰腺的部位、大小,以及其所处的组织层次相关。异位胰腺通常亦无临床症状,然而发生在正常胰腺组织的任何疾病均可发生在异位胰腺组织上,如胰腺炎、胰腺脓肿或囊肿、甚至胰腺肿瘤,如异位胰岛细胞瘤、异位胰腺癌等,而出现相应的临床表现后就诊。

2.3 诊断 食管憩室常使用胸部 X 片、食道钡餐造影、内镜及食管测压等方式诊断^[7]。食道钡餐是安全可靠并且有效的诊断方式,还可测憩室的大小。在食道钡餐是否表现出的充盈缺损取决于憩室内是否填塞有食物残渣或者恶性肿瘤。

对异位胰腺来说,影像学检查及胃镜检查是术前诊断的重要方式,虽然消化道异位胰腺的 CT 表现缺乏特征性,但仍具有一定的影像学特征,CT 增强可见异位胰腺表面黏膜的明显强化,能较好地显示异位胰腺覆盖有正常的黏膜组织^[8]。

2.4 治疗 尽管大多学者认为有症状的食道憩室经内科治疗无效后以外科手术为主,如果发现食道憩室内合并肿瘤,都需要接受手术治疗。此患者经手术治疗后无发热、恶心、呕吐、吞咽困难、咳嗽、咳痰、胸痛等不适,治愈出院。

2.5 展望 若出现症状的食道憩室合并肿块通常采取手术切除的治疗方法,然而手术因有如纵隔粘连等因素具有较大的创伤性,甚至给患者带来一些较大风险的并发症,如吻合口瘘等。对于无法耐受较大创伤的患者来说,不妨采取经口内镜下切除的治疗方法,虽然也有可能有些不确定的因素,但是目前医疗水平的不断发展,还可以联合胸腹腔镜来进行操作,以最大限度减少患者的创伤。当然,这项操作和内镜操作者的技能和熟练程度也许与使用胸腹腔镜的操作者娴熟的操作技巧相关。若不能单独在内镜下切除,也许在不久的将来,医疗诊断能力的不断提高,综合性治疗对于此类疾病的将会是一种创伤小,并发症少,且术后恢复快,并减轻患者更多的痛苦。

参考文献

- [1] Beltran MA, Barria C. Heterotopic pancreas in the gallbladder-The importance of an uncommon condition[J]. *Pancreas*, 2007, 34(4):488-491.
- [2] Nakamura T, Ota M, Narumiya K, et al. Docetaxel plus S-1 as a second-line chemotherapy for metastasis or recurrence of esophageal cancer[J]. *Gan To Kagaku Ryoho*, 2012, 39(2):227-230.
- [3] Herbell F, Dubecz A, Patti MG. Esophageal diverticula and cancer[J]. *Diseases of the Esophagus*, 2012, 25(2):153-158.
- [4] Vicentine FP, Herbell FA, Silva LC, et al. High resolution manometry findings in patients with esophageal epiphrenic diverticula [J]. *Gastroenterology*, 2011, 140: S1049.
- [5] Tanaka S, Toyonaga T, Ohara Y, et al. Esophageal diverticulum exposed during endoscopic submucosal dissection of superficial cancer[J]. *World J Gastroenterol*, 2015, 21(10):3121-3126.
- [6] Melman L, Quinlan J, Robertson B, et al. Esophageal manometric characteristics and outcomes for laparoscopic esophageal diverticulectomy, myotomy, and partial fundoplication for epiphrenic diverticula[J]. *Surg Endosc*, 2009, 23(6):1337-1341.
- [7] Abdollahimohammad A, Masinaeinezhad N, Firouzkouhi M. Epiphrenic esophageal diverticula[J]. *J Res Med Sci*, 2014, 19(8):795-797.
- [8] Wang D, Wei XE, Yan L, et al. Enhanced CT and CT virtual endoscopy in diagnosis of heterotopic pancreas[J]. *World J Gastroenterol*, 2011, 17(33):3850-3855.