

巨大 Brunner 错构瘤一例

全开军, 舒荣宝, 程刘兵, 尹毅, 崔方博, 童贤周

【关键词】 Brunner 腺; 错构瘤; 磁共振成像; 病理学

【中图分类号】 R735.2; R445.2 【文献标识码】 D 【文章编号】 1000-0313(2018)05-0545-02

DOI:10.13609/j.cnki.1000-0313.2018.05.024

病例资料 患者,女,49岁,2个月前无明显诱因下感觉上腹部饱胀不适,嗝气,进食较前减少,近一周上腹部轻微疼痛不适,进食后加重,无呕吐、呕血,无腹泻、黑便,腹部无明显压痛及反跳痛,自述10年前胃出血病史。肿瘤标志物正常范围,红细胞 $3.72 \times 10^{12}/L$,血红蛋白 109 g/L。胃镜检查提示胃窦及十二指肠黏膜下隆起性病变,黏膜表面光滑(图 1a)。MRI 平扫及增强检查示胃窦至十二指肠巨大囊实性肿块,近端较饱满、膨隆且囊变区较大呈多房分隔型,而远端略狭小且囊变亦较小,境界光整,邻近胃窦壁及胰头受

压变形移位,胃窦腔狭窄。增强扫描实性成分、边缘及分隔持续强化,囊变区呈低信号(图 1b~1e)。鉴于肿瘤巨大和胃腔狭窄等影像学表现,外科行远端胃大部切除+毕Ⅱ吻合术,术中见肿瘤位于胃窦部,向腔内生长,并向十二指肠球部突出,未侵犯浆膜层。病理示黏膜下巨大囊实性肿块,大小约 $10.0 \text{ cm} \times 7.0 \text{ cm} \times 6.5 \text{ cm}$,其内较大囊腔大小约 $6.0 \text{ cm} \times 4.5 \text{ cm} \times 5.0 \text{ cm}$,切面灰白色、质韧;镜检示 Brunner 腺结节状增生,被平滑肌和纤维组织分隔为小叶状(图 1f);病理诊断:Brunner 腺腺瘤伴坏死及囊性变。术后两年

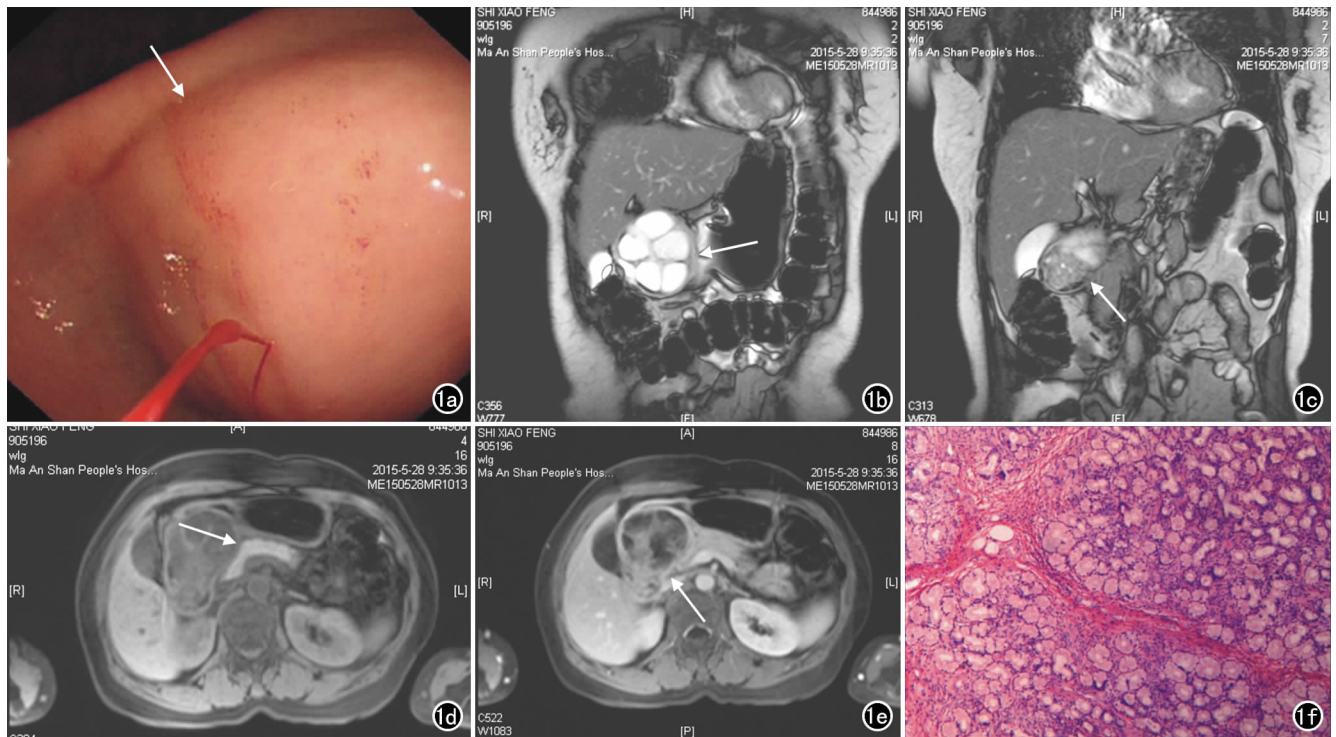


图 1 巨大 Brunner 错构瘤患者。a) 内镜检查示胃窦部半球形隆起性病灶(箭),黏膜表面光滑,病灶巨大,不能窥其全貌; b) 平扫 True-FISP 序列冠状面图像示胃窦区囊实性病灶,可见高信号多房囊腔及低信号分隔,境界清晰,边缘光整(箭); c) 冠状面图像示胃窦不均匀病灶延续至十二指肠,十二指肠侧病灶形态及囊变相对较小(箭); d) 平扫 T_1 WI 横轴面图像示胃窦及十二指肠囊实性病灶,邻近胃窦壁及胰头受压变形移位(箭),胃窦腔狭窄; e) 增强扫描实质期横轴面图像示病灶实性成分及分隔持续强化,与肠壁强化趋于一致(箭); f) 镜下示 Brunner 腺增生并平滑肌及纤维组织间隔($\times 40$, HE)。

作者单位: 243000 安徽,马鞍山市人民医院影像科(全开军、舒荣宝、程刘兵),外三科(尹毅),肿瘤科(崔方博),病理科(童贤周)

作者简介: 全开军(1975—),男,安徽马鞍山人,副主任医师,主要从事胸腹部影像学诊断工作。

电话随访患者恢复良好,饮食如常。

讨论 Brunner 腺位于十二指肠黏膜下,起自幽门,主要分布在十二指肠球部,腺体大小和数量从十二指肠近端至远端逐渐减小和减少。Brunner 腺分泌碱性黏液、碳酸根离子与肠抑胃素等,中和酸性食糜与抑制胃酸分泌。Brunner 腺错构瘤(Brunner's gland hamartoma, BGH)较罕见,也称 Brunner 腺腺瘤,为结节性增生或瘤样病变,而非真正的肿瘤,发病率约 0.008%,约占十二指肠肿瘤的 5%,中位发病年龄约 55 岁,无明显性别差异^[1,2]。BGH 可在十二指肠内形成息肉样改变或结节、肿块,单发或多发,可有蒂,长径由数毫米至十余厘米,病理上表面被覆正常黏膜,黏膜下 Brunner 腺结节状增生并被平滑肌束分隔呈小叶状,部分腺体扩张呈囊状^[3]。BGH 最常见于十二指肠球部,其次为十二指肠二、三段,幽门、空肠和近端回肠少见^[4-6]。BGH 病因可能与胃酸过多、胰腺炎及幽门螺旋杆菌有关。多数患者无明显症状,可有非特异性的腹痛、腹胀和恶心,需引起重视的是胃肠道出血及梗阻症状,其他症状有肠套叠、梗阻性黄疸和胰腺炎等^[7,8]。本例 BGH 累及范围自胃窦至十二指肠,中心位于十二指肠球部,形态巨大且于黏膜下延伸导致胃腔狭窄,因胃腔空间较十二指肠大,故而病灶具有近端较大而远端较小的形态特点,患者出现上腹部饱胀、疼痛不适并进食后加重以及贫血等临床表现。

BGH 诊断多依靠内镜及影像学检查。内镜下病灶表现为黏膜下隆起,表面光滑。超声内镜(Endoscopic ultrasonography, EUS)显示病灶内部多不均匀,可为实性、囊实性和多囊分隔型,病灶较小者常为实性^[9]。上消化道钡餐造影表现为十二指肠球部或降段类圆形充盈缺损,边缘锐利,表面光滑,可有小糜烂或溃疡,邻近肠壁蠕动正常,无明显浸润及僵硬^[10]。MSCT 平扫病灶密度均匀或稍不均匀,半数病灶内见点片状稍低密度,增强扫描表现如下:①光环征,病灶边缘被覆黏膜呈环带状明显强化;②黑星征或黑线征,导管囊性扩张呈点、线状低密度。随着增强延迟,病灶持续强化并与黏膜趋于均匀一致^[5]。扩张的十二指肠及其腔内病灶可类似风袋^[11],较大 BGH(>4 cm)多呈不均匀囊实性肿块, MRI 检查对显示囊性结构有优势。病灶源自十二指肠和囊变等特征有助于 BGH 的影像学诊断^[12-17],BGH 需与胃肠道间质瘤、平滑肌瘤、脂肪瘤、神经源性肿瘤等疾病相鉴别^[18],治疗包括内镜切除及外科手术等^[19,20]。

参考文献:

[1] 时强,钟芸诗,姚礼庆,等.十二指肠 Brunner 腺瘤的内镜治疗[J].

中华胃肠外科杂志,2012,15(1):59-62.

- [2] 许国强,章宏,厉有名,等.15 例十二指肠 Brunner 腺瘤的诊治[J].中华消化杂志,2006,28(8):511-514.
- [3] 杨敏,刘爱军,张继平,等. Brunner 腺错构瘤 7 例临床病理分析[J].临床与实验病理学杂志,2011,27(2):167-169.
- [4] Kobe D, Moriyasu H, Aihara Y, et al. A case of giant heterotopic Brunner's gland adenoma prolapsing into the duodenum[J]. Nihon Shokakibyo Gakkai Zasshi, 2010, 107(11):1798-1805.
- [5] 周玉祥,饶红萍,代海洋,等. Brunner 腺腺瘤的多排螺旋 CT 征象与病理表现[J].实用放射学杂志,2015,31(6):958-961.
- [6] 黄曼玲,张恒,王萍,等.内镜下切除胃窦部异位 Brunner 腺瘤一例[J].中华消化内镜杂志,2009,26(5):275.
- [7] 贺召焕,刘雷雷,孔祥磊,等. Brunner 腺瘤致复发性十二指肠套叠影像表现一例[J].中华放射学杂志,2016,50(4):314-315.
- [8] Kostalas M, Jackson P, Karanjia N. Brunner's gland hamartoma; a cause of the double-duct sign[J]. Ann R Coll Surg Engl, 2016, 98(6):e92-93.
- [9] 程志明,徐凤玲,赵志峰,等.十二指肠球部 Brunner 腺瘤内镜切除治疗的疗效分析[J].解放军医学杂志,2014,39(12):991-993.
- [10] 耿承军,陈君坤,许健.十二指肠球部 Brunner 腺腺瘤一例[J].中华放射学杂志,2002,36(6):573-574.
- [11] Delvecchio K, Seman S. Successful surgical excision of a massive symptomatic partially obstructing Brunner's gland hamartoma; a case report[J]. J Surg Case Rep, 2016, 12(1):1-3.
- [12] Park BJ, Kim MJ, Lee JH, et al. Cystic Brunner's gland hamartoma in the duodenum; a case report[J]. World J Gastroenterol, 2009, 15(39):4980-4983.
- [13] Stewart ZA, Hruban RH, Fishman EF, et al. Surgical management of giant Brunner's gland hamartoma; case report and literature review[J]. World J Surg Oncol, 2009, 7(1):1-4.
- [14] Gupta V, Singh V, Kalra N, et al. Pancreas sparing resection for giant hamartoma of Brunner's glands[J]. JOP, 2009, 10(2):196-199.
- [15] Frenkel NC, Laclé MM, Borel Rinkes IH, et al. A giant brunneroma causing gastrointestinal bleeding and severe anemia requiring transfusion and surgery[J]. Case Rep Surg, 2017:6940649. DOI:10.1155/2017/6940649.
- [16] Patel ND, Levy AD, Mehrotra AK, et al. Brunner's gland hyperplasia and hamartoma; imaging features and clinicopathologic correlation[J]. AJR, 2006, 187(3):715-722.
- [17] Takeuchi M, Cho H, Sugimoto M, et al. CT and MRI findings for Brunner's gland hamartoma; report of three cases[J]. Jpn J Radiol, 2015, 33(6):375-379.
- [18] 马丽娅,胡道予.胃神经鞘瘤一例[J].放射学实践,2016,31(10):1021-1022.
- [19] Gaspar JP, Stelow EB, Wang AY. Approach to the endoscopic resection of duodenal lesions[J]. World J Gastroenterol, 2016, 22(2):600-617.
- [20] Lu L, Li R, Zhang G, et al. Brunner's gland adenoma of duodenum; report of two cases[J]. Int J Clin Exp Pathol, 2015, 8(6):7565-7569.

(收稿日期:2017-06-10 修回日期:2017-07-27)