

胃窦异位胰腺伴粘液囊肿一例

李扬, 时高峰, 于萌, 贾立涛

【关键词】 胰腺; 黏液囊肿; 超声检查; 体层摄影术, X线计算机

【中图分类号】 R445.1; R814.4; R322.491; R730.269; R576 【文献标识码】 D

【文章编号】 1000-0313(2020)06-0831-02

DOI:10.13609/j.cnki.1000-0313.2020.06.031

开放科学(资源服务)标识码(OSID):

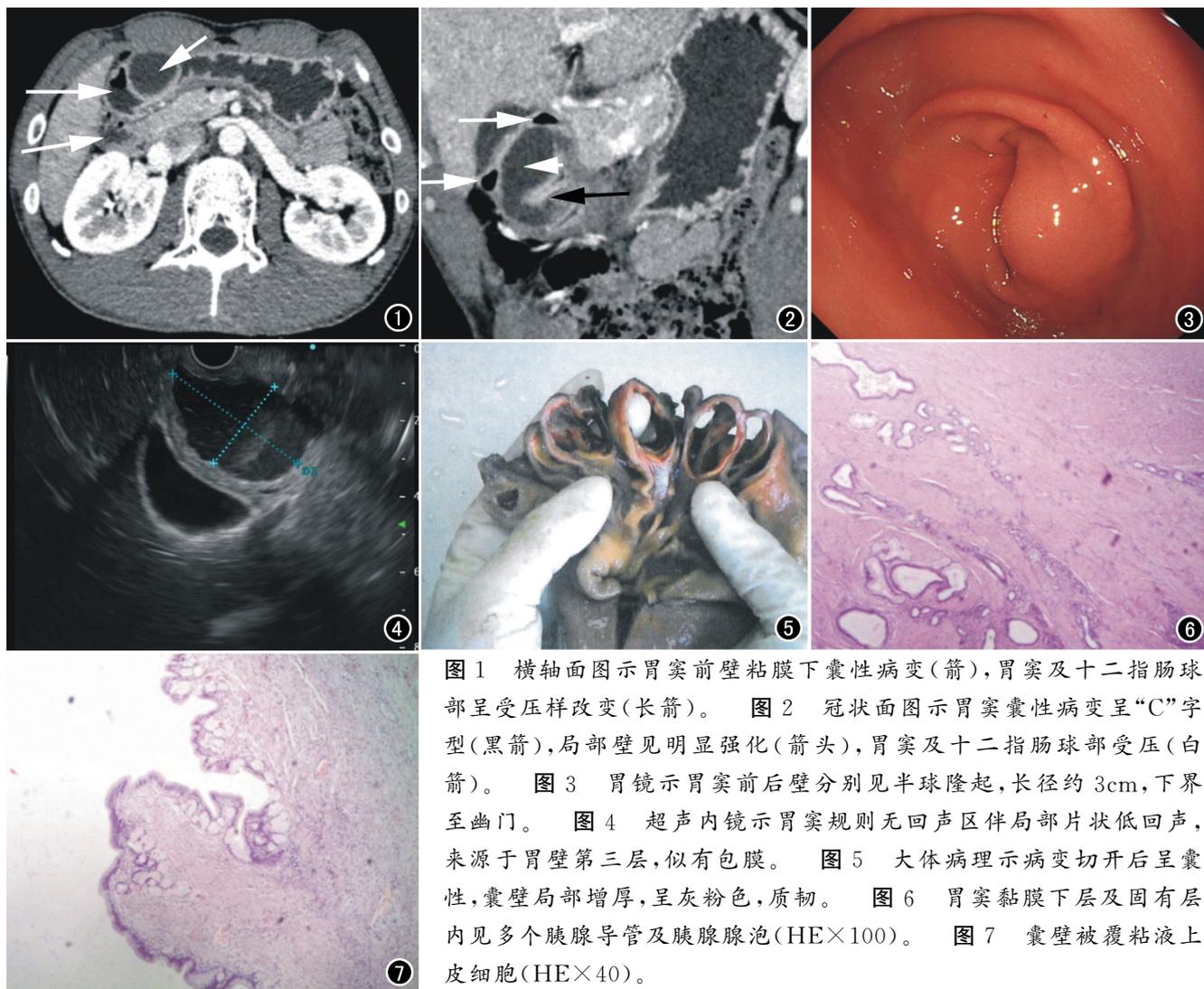


图1 横轴面图示胃窦前壁粘膜下囊性病变(箭),胃窦及十二指肠球部呈受压样改变(长箭)。图2 冠状面图示胃窦囊性病变呈“C”字型(黑箭),局部壁见明显强化(箭头),胃窦及十二指肠球部受压(白箭)。图3 胃镜示胃窦前后壁分别见半球隆起,长径约3cm,下界至幽门。图4 超声内镜示胃窦规则无回声区伴局部片状低回声,来源于胃壁第三层,似有包膜。图5 大体病理示病变切开后呈囊性,囊壁局部增厚,呈灰粉色,质韧。图6 胃窦黏膜下层及固有层内见多个胰腺导管及胰腺腺泡(HE×100)。图7 囊壁被覆粘液上皮细胞(HE×40)。

病例资料 患者,男,26岁,无明显诱因出现上腹部不适,进食后加重,伴反酸、烧心、食欲减退。查体未及阳性体征。全腹增强CT示:胃窦前方见一囊性肿块(图1),边缘清楚,囊液密度均匀,囊壁局部增厚,最

厚处约0.6cm。病变与胃窦前壁关系密切,胃窦及十二指肠球部呈受压样改变。静脉期(multi-planner Reformation, MPR)图像显示病变呈“C”字形,局部壁明显强化(图2)。CT诊断:胃窦囊性病变,考虑胃重复畸形。胃镜示:胃窦前后壁分别见半球隆起,长径约3cm,下界至幽门,隆起表面粘膜大部完整,前壁隆起顶部见充血水肿略凹陷(图3)。超声内镜示:胃窦不规则无回声区,直径4.0cm×2.6cm,内部见片状低回

作者单位:050011 石家庄,河北医科大学第四医院(李扬、时高峰、贾立涛);河北医科大学第二医院心内科(于萌)

作者简介:李扬(1986-),男,河北沙河人,博士研究生,主治医师,主要从事肿瘤影像诊断工作。

通讯作者:时高峰, E-mail: gaofengs62@sina.com

声,来源于胃壁第三层,似有包膜(图4)。手术记录:术中探查胃窦触及一囊性肿块,约5 cm×3 cm,未侵犯浆膜,与邻近脏器无粘连。术后大体病理:胃窦小弯侧黏膜下见1个3 cm×7 cm灰粉质韧区,区域呈囊性,与胃腔不相通,切开内含清亮(图5)。术后病理诊断:异位胰腺伴粘液囊肿(图6、7)。

讨论 异位胰腺(heterotopic pancreas)又称迷走胰腺或副胰,为胰腺以外生长的孤立胰腺组织,属于一种先天性畸形^[1]。异位胰腺尸检的发现率约0.55%~13.7%,最常见于中老年人,男女之比约为3:1。异位胰腺好发部位为胃肠道,约70.0%~86.5%的异位胰腺发生于胃、十二指肠以及近段空肠^[2]。

胃异位胰腺多发生于胃窦黏膜下软组织肿块,尤其好发于距离幽门管6 cm以内的部位^[3]。胃异位胰腺多呈卵圆形、分叶状或不规则形,多数边缘模糊,长径多数<4 cm^[4],长轴与胃壁平行^[5],CT平扫病灶多数呈均匀的等密度影,病灶内部一般无出血、坏死及钙化,增强扫描其强化程度因异位胰腺的成分不同而差异较大^[5]。胃镜检查若发现“中央脐凹征”,即胰导管向胃内的开口,则是诊断异位胰腺的特异性表现^[6],使用增强MPR图像有助于此征象的发现^[7]。

胃异位胰腺发生囊变或形成囊肿者少见,目前仅见于少数个案报道^[8]。胃异位胰腺囊变的主要CT表现为圆形或椭圆形病灶,多呈囊实性,囊液密度均匀,壁局部较厚,实性成分呈等或稍低密度,增强后实性区域呈均匀或不均明显强化,程度与正常胰腺组织相似^[9]。胃异位胰腺发生囊变或形成囊肿的原因主要有以下3种:①异位胰腺合并慢性胰腺炎,形成假性囊肿;②异位胰腺起源于导管上皮,其内衬有分泌功能的上皮^[10];③异位胰腺的导管异常扩张形成囊肿,异位胰腺组织被压缩成局部增厚的囊壁^[9]。

本例为发生于胃窦的异位胰腺伴粘液囊肿,其发病部分典型,特点在于形成了较大的粘液囊肿。其形成粘液囊肿的原因在于异位胰腺导管的异常囊状扩张,囊壁被覆的粘液上皮细胞可以分泌大量的粘液,最终形成粘液囊肿。冠状面MPR图像显示病变囊性部分呈“C”字型,异位胰腺实性成分由于明显受压,表现为局限增厚且明显强化的囊壁。本例误诊的原因在于囊肿较大,虽然考虑到胃窦囊性病变,但是未能仔细鉴别被明显压薄的异位胰腺组织。

胃异位胰腺伴粘液性囊肿者少见,术前诊断困难,

其鉴别诊断需要考虑到一下病变:①胃邻近器官的囊性病变,如肝囊肿、胰腺囊肿,通过MPR图像一般能够判别病变的起源^[8,9]。②胃憩室,其典型CT表现为突向胃外部的囊袋状肿块,边缘光整,或有狭颈与胃体连接,各层与胃壁相延续^[11]。③胃重复畸形,多见于胃大弯侧,CT平扫表现为胃腔内、壁内或腔外邻近部位的低密度囊性病变,呈圆形、管形或圆形-管形复合型,囊壁光滑而较厚,各层与胃壁相连续。④胃肠道间质瘤,其囊变、坏死较多时,边缘仍可见较多不均匀强化的实性成分^[12]。

通过本例可以提示,若在胃窦发现囊性肿物伴局部壁增厚且明显强化,则考虑到异位胰腺伴粘液囊肿的诊断。

参考文献:

- [1] 缪飞.胰腺影像学[M].人民卫生出版社,2015:112-115.
- [2] Lin LH, Ko SF, Huang CC, et al. Retroperitoneal ectopic pancreas: imaging findings[J]. Br J Radiol, 2009, 82(984): e253-255.
- [3] Fukino N, Oida T, Mimatsu K, et al. Diffuse peritonitis due to perforated gastric ectopic pancreas[J]. Case Rep Gastroenterol, 2012, 6(3): 689-694.
- [4] Park SH, Kim GH, Park DY, et al. Endosonographic findings of gastric ectopic pancreas: a single center experience[J]. J Gastroenterol Hepatol, 2011, 26(9): 1441-1446.
- [5] 许亚春, 宋琦, 刘向东, 等. MDCT对胃部异位胰腺的诊断价值[J]. 中国医学计算机成像杂志, 2014, 20(1): 42-45.
- [6] 郭宁, 张劲松, 袁怀平, 等. 胃部异位胰腺 MSCT 表现[J]. 实用放射学杂志, 2014, 30(9): 1486-1489.
- [7] 刘欢欢, 张欢, 杜联军, 等. 胃肠道异位胰腺的 CT 表现[J]. 放射学实践, 2014, 29(2): 173-176.
- [8] 郝乔, 薛建锋, 田向永, 等. 胃窦异位胰腺误诊为肝囊肿 1 例报告[J]. 临床肝胆病杂志, 2016, 32(11): 2171-2172.
- [9] 王瑶, 关键, 周旭辉. 胃囊性病变的影像学鉴别[J]. 影像诊断与介入放射学, 2014, 23(5): 443-448.
- [10] 李昊, 徐子惠, 黄方权. 胃底异位胰腺导管扩张伴囊肿形成误诊 1 例报告[J]. 实用医院临床杂志, 2012, 9(3): 204.
- [11] 王波, 姜传武, 赵斌, 等. 胃憩室的 MSCT 诊断及误诊分析[J]. 医学影像学杂志, 2014, 24(9): 1521-1524.
- [12] 杨文洁, 管永靖, 潘自来, 等. 成人胃重复畸形一例[J]. 临床放射学杂志, 2005, 24(5): 467.
- [13] 张强, 牛娟琴, 韩月东, 等. 重复胃畸形 1 例[J]. 中国临床医学影像杂志, 2012, 23(11): 832-833.
- [14] 翁晔敏, 何文辉. 胃间质瘤的 CT 影像学表现[J]. 世界最新医学信息文摘, 2018, 18(32): 168-169.

(收稿日期:2019-06-12 修回日期:2019-08-01)