

深在性囊性胃炎 1 例

张 俐

廉江市人民医院, 广东 湛江 524400

摘要: 深在性囊性胃炎 (gastric cystica profunda, GCP) 是一种临床罕见的胃黏膜下病变, 好发于男性, 其病理学特征为腺体间质内结缔组织增生, 伴不同程度扩张的胃体腺、幽门腺或化生性腺体向黏膜深层及黏膜下浸润, 且腺体形态多无异常。但近年研究显示, GCP 与胃癌的发生发展可能存在一定的相关性。现就我院 1 例深在性囊性患者的情况进行详细的病例分析。

关键词: 胃底黏膜下病变; 深在性囊性胃炎; 内镜下黏膜切除术 (EMR)

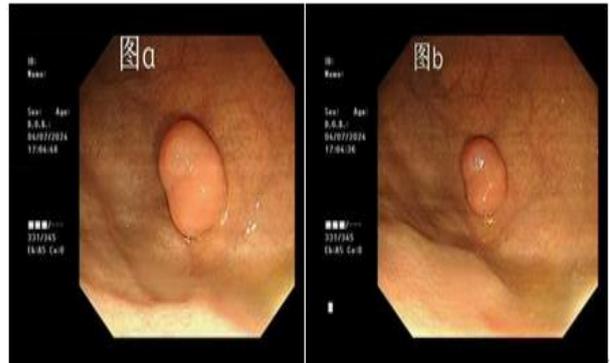
1 病例摘要

患者, 46 岁, 女性, 因大便稀烂于我院胃肠外科门诊就诊, 于 2024-07-04 行门诊胃肠镜检查, 胃镜检查: 1.胃底肿物: 间质瘤? 息肉? 2.慢性非萎缩性胃炎伴胆汁返流。肠镜检查: 1.直肠炎 2.混合痔。胃镜检查建议超声内镜进一步检查, 并择期住院行内镜下肿物切除。患者于 2024-07-09 因“稀烂便半年, 发现胃底肿物 5 天”入住我院消化内科。患者于半年前无明显诱因开始出现稀烂便, 每天 1-2 次, 间中伴有上腹闷胀, 未予特殊处理。5 天前到我院行胃镜检查发现胃底肿物, 无腹痛, 无恶心、呕吐, 无粘液血便, 无发热, 今到我院就诊, 为行息肉切除治疗收入我科。入院体检: T:36.7°C, P:95 次/分, R:20 次/分, BP:150/70mmHg, 神志清楚, 呼吸规整, 双肺呼吸音清, 未闻及干湿啰音, 心率 95 次/分, 心律齐整, 心音正常, 未闻及额外心音, 未闻及杂音。腹部平坦, 腹肌柔软, 无压痛、反跳痛, 肠鸣音正常。辅助检查: 2024-07-03 我院肝功能、肾功能、血脂、乙肝两对半定量未见明显异常。2024-07-04 我院胃镜: 1. 胃底肿物: 间质瘤? 息肉? 2. 慢性非萎缩性胃炎伴胆汁返流。肠镜, 直肠炎, 混合痔。2024-07-09 我院心电图: 窦性心律, ST 段改变请结合临床。

入院后完善相关检查, 2024-07-09 血清肌钙蛋白测定-各种免疫学方法*心功酶五项+血清蛋白三项测定+电解质七项: 钾 3.10(nmol/L) ↓, 2024-07-09 Kh 血型鉴定 +ABO 血型鉴定+血常规-五分类: 血红蛋白 111(g/L) ↓, 中性粒细胞%78.5(%) ↑, 血小板 367(10⁹/L) ↑, 红细胞 4.86(10¹²/L): 心肌酶、凝血功能、术前三项、肿瘤标志物等未见明显异常。2024-07-10 超声内镜检查, 胃底囊状肿物起源于黏膜深层。

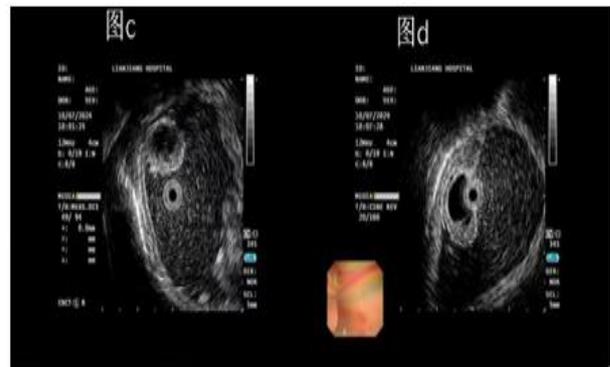
入院后于 2024-07-10 行经内镜胃底肿物切除术 (EMR), 术后予卧床休息, 禁食水, 给予抑酸、护胃、对症支持治疗。术后无腹痛、呕血、黑便等症状。患者于术后三天出院。术后随访, 患者无腹痛、腹胀、便血等症状, 建议术后 3 个月、第 1 年、第 3 年复查胃镜。

2 病变特点



胃底见一肿物, 表面光滑, 有亚蒂, 表面覆盖正常粘膜, 大小约 15mm × 10mm。胃镜诊断: 胃底肿物: 间质瘤? 息肉?

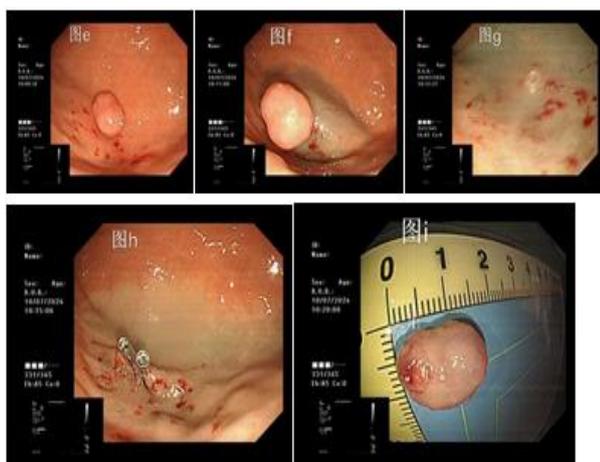
图 1 a-b 入院前门诊胃镜检查



病变来源于黏膜深层, 呈无回声, 壁厚, 凸向腔内生长, 可见小分隔样回声。

图 2 c-d 为入院后超声内镜检查

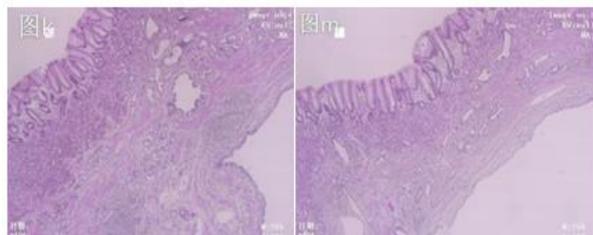
3 手术图片



进镜至胃底,胃底大弯侧可见一肿物,表面光滑,直径约15mm(图e),用一次性使用内窥镜注射针将1:10000肾上腺素亚甲蓝生理盐水于肿物基底部注射后,隆起良好(图f),予息肉电凝器勒住肿物,电凝电流40W,电切电流30W电凝电切,创面变白(图g),予2枚可旋转重复开闭软组织夹夹闭创面(图h),测量肿物大小约15mmx12mm。肿物固定后送病理检查。

图3 e-i 手术内镜图片

4 送检标本及病理



病理科先将标本切开,见肿物壁较厚,中间可见一囊腔,可见囊液流出;病理检查:(胃底组织)见胃黏膜腺体增生,有多数潴留性小囊形成,腺体间结缔组织增生。病理诊断:符合息肉状/深在性囊性胃炎,免疫组化:CK(上皮+)。

图4 k-m 标本送至病理科

5 经验与体会

基于知识的局限,术前未考虑为深在性囊性胃炎,术后病理证实,总结如下:深在性囊性胃炎(GCP),是一种多种因素刺激形成囊性扩张的少见的胃部疾病。

目前GCP病因尚不明确,可能与胃内长期的慢性炎症、消化液反流、缺血、异物、EB病毒感染、Hp感染等因素引起的胃黏膜损伤相关。

GCP临床少见,在临床上缺乏特异性的症状和体征,常以某种并发症作为首发症状而被发现,约1/4的患者无任何症状,仅在内镜检查及术后随访时被发现。GCP可表现为腹痛、消化道出血、贫血、腹部肿块、幽门梗阻等。

在CT检查中,GCP表现为局部胃壁增厚、结节状突起,有时可见黏膜下层散在的囊性扩张影。在增强CT动脉期无明显强化,在静脉期,可出现不均匀强化;也有少部分患者无明显的阳性发现。

电子胃镜检查可以明确黏膜下病变的部位、形态,可以初步评估病变的大小、质地;色素内镜(电子染色和色素染色)和放大内镜技术可以判断病变表面黏膜的微结构特点,结合背景胃黏膜的特点可以推测黏膜下病变的性质。值得说明的是,要想准确预测黏膜下病变的性质,需要医生在工作中日积月累,认真收集、整理自己发现的每一例黏膜下病变的内镜特点、EUS特点、CT特点和最终的病理诊断,相互对照,最终形成预测黏膜下病变性质的能力,以更好地制定临床诊疗决策。

常规胃镜下,GCP常见于胃体和胃底近贲门部位,可表现为以下4种形态:黏膜病变型,息肉样隆起型,黏膜下隆起型,黏膜肥厚、皱襞粗大型;黏膜下隆起型最为常见,约占45%。由于GCP缺乏特征性的内镜表现,在考虑GCP诊断时,需要鉴别胃肠间质瘤、逆向生长型胃癌、胃内翻性增生性息肉、平滑肌瘤、炎性纤维钙化性肿瘤、胃神经内分泌肿瘤、神经鞘瘤、异位胰腺、囊肿、淋巴瘤和血管球瘤等。当考虑GCP伴有早期胃癌时,在染色和放大胃镜下病变区与周围正常黏膜可见分界线,并伴有不规则微表面结构和微血管出现。值得注意的是,在考虑GCP诊断时,建议常规进行胃镜精查及活检,以排除伴发的胃上皮性肿瘤。

超声内镜下,GCP的典型表现为病变起源于胃黏膜层,且向黏膜下层延伸,并可见特异性的胃壁增厚伴局部深达黏膜下层甚至固有肌层的不规则低回声区,黏膜表面正常。

目前组织病理学检查仍然是GCP诊断的金标准,可通过手术切除或内镜下切除的标本来获得。特征性病理表现为黏膜肌层可见连续性破坏,胃小凹延长,增生活跃的上皮细胞常使胃小凹的内表面呈锯齿状。

通常认为,由于慢性炎症反应、缺血、手术等因素可使黏膜肌层断裂,胃腺上皮从固有膜穿过黏膜肌层向黏膜下层移行并生长扩张成囊所致,所以GCP早期被认为是与手术方式相关的一种炎性假瘤。近年来非术后的GCP报道逐渐增多,可能与超声内镜、ESD等内镜技术的应用使诊断率提高有关。

治疗方面,符合内镜手术治疗适应症的,内镜下切除可作为首选,通常推荐内镜黏膜下剥离术(ESD),部分

也可以 EMR 治疗。若 GCP 合并胃癌浸润或者存在严重并发症无法内镜下切除,则采用外科手术治疗。

综上所述,GCP 是一种非常少见的胃部疾病,临床表现不典型,胃镜表现不典型,EUS 和 CT 检查也缺乏特异性的特点,所以 GCP 的术前诊断需要综合判断,GCP 的诊断与治疗仍然面临着较多问题。我们应不断加强对此研究,有效改善病人预后。

参考文献:

[1]张舒静,汪嵘,侯波,罗瑾.深在性囊性胃炎四例[J].中华内科杂志,2017,56(9):681-682.
[2]段鹏羽,孙备,王刚.深在性囊性胃炎研究进展[J].中国实用外科杂志 2017,37(4):454-456.

[3]郭宏艳,张云霏,金惠琴,等.深在性囊性胃炎 1 例[J].临床消化病杂志,2011,23(06):383-384.

[4]栗兴,杨锦林.深在性囊性胃炎的临床研究进展[J].中华胃肠内镜电子杂志,2019,6(03):130-132.

[5]刘茉,程芮,刘思茂,等.深在性囊性胃炎及并发肿瘤性病变的初步临床诊治特点[J].中华消化内镜杂志,2023,40(6):431-436.

[6]Yinguo Du,Wei Zhang,Yu Ma,etal. Gastritis cystica profunda: a case report and literature review[J]. Ann Palliat Med,2020,9(5):3668-3677.

作者简介:张俐,女,土家族,湖北省恩施土家族苗族自治州人,本科学历,于广东湛江的廉江市人民医院工作,从事消化内科及消化内镜工作。