

DOI:10.12025/j.issn.1008-6358.2018.20170942

胃憩室黄斑瘤误诊为左肾上腺囊肿 1 例报告

夏中友, 张宗平, 伍季, 蔡运林*

四川省南充市中心医院, 川北医学院第二临床学院泌尿外科, 南充 637000

[关键词] 憩室病; 胃; 误诊; 囊肿; 肾上腺; 黄斑瘤

[中图分类号] R 573.9 [文献标志码] B

Gastric diverticulum xanthelasma misdiagnosed as left adrenal cyst: case report

XIA Zhong-you, ZHANG Zong-ping, WU Ji, CAI Yun-lin*

Department of Urology, Nanchong Central Hospital of Sichuan Province, Second Clinical College of North Sichuan Medical College, Nanchong 637000, Sichuan, China

[Key Words] diverticulosis, stomach; misdiagnosis; cysts; adrenal glands; gastric xanthelasma

胃憩室的发病率较低, 为 0.02%~2.60%^[1]; 临床表现为左侧腹膜后占位的病例更为罕见, 近年来文献报道仅 9 例^[1-8]。而且, 目前鲜见胃憩室术后病理检查为胃黄斑瘤的文献报道, 对于其诊治尚无统一标准。南充市中心医院近年来收治 1 例胃部黄斑瘤误诊为左侧肾上腺囊肿的病例, 现将其诊治经过报告如下, 为临床提供诊断经验及治疗指导。

1 病例资料

患者女性, 37 岁, 因“活动后气促 20⁺ d, CT 发现左侧肾上腺占位 10 d”于 2017 年 7 月 12 日来南充市中心医院泌尿外科就诊。之前院外泌尿系 B 超提示: 左上腹部胰腺后方主动脉左前方、左肾前上方可见大小约为 6.8 cm×5.7 cm×4.4 cm 的无回声团, 透声性好, 深面呈长条状。入本院后复查 B 超示, 胰尾后方及腹主动脉左侧可见一大小约为

4.8 cm×4.7 cm×4.0 cm 的无回声团, 边界清晰, 形态尚规则; 彩色多普勒血流成像(CDFI)显示该回声团内部未见明显血流信号。同时 CT 增强扫描提示: 左侧肾上腺区域囊性占位, 与左侧肾上腺外侧支分界欠清晰, CT 值为 10~40 Hu(图 1A、1B)。高血压 4 项、儿茶酚胺、促肾上腺皮质激素、皮质醇激素及电解质水平均正常。

完善术前准备, 于 2017 年 7 月 20 日在全身麻醉条件下行后腹腔镜左侧腹膜后囊肿切除术。术中充分暴露肾上腺区域, 未见肿物。再次结合 CT 影像, 靠腹侧继续分离, 可见一囊性包块, 呈葫芦状(图 1C), 切开可见乳白色物质。术中请胃肠外科会诊, 考虑胃憩室, 行胃镜检查予以确诊, 并行胃憩室切除术。切除物送做病理检查, 结果为胃黄斑瘤。术后患者恢复良好, 于第 7 天出院。

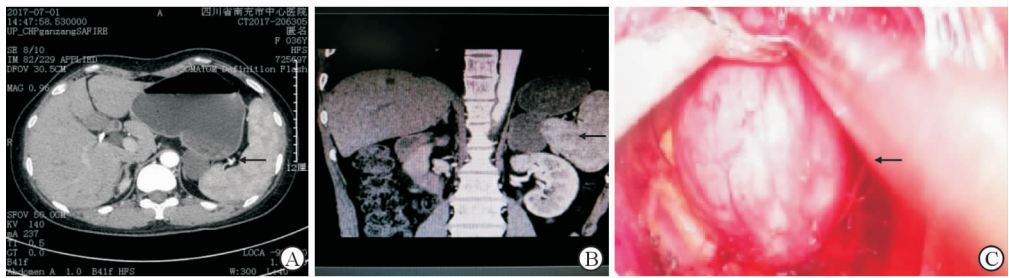


图 1 患者 CT 增强扫描结果及术中所见

A: 左侧肾上腺区域囊性占位, 大小约 4.8 cm×4.7 cm×4.0 cm, 与左侧肾上腺外侧支分界欠清晰(箭头), CT 值为 10~40 Hu; B: 左侧肾上腺区囊性占位冠状位 CT 表现(箭头); C: 术中见胃底部憩室突入左侧后腹腔(箭头)

[收稿日期] 2017-11-04 [接受日期] 2017-11-13

[作者简介] 夏中友, 硕士, 住院医师. E-mail: 930761748@qq.com

* 通信作者 (Corresponding author). Tel: 0817-2258814; E-mail: 419993729@qq.com

2 讨论

黄斑瘤在临床中较为少见,可发生于食管、胃部、小肠及结肠中,其中胃是其较为常见的发病部位^[9];其出现在肾上腺区域未见文献报道。胃黄斑瘤的病因及发病机制可能与年龄、环境、慢性炎性反应(如萎缩性胃炎和增生性息肉)、幽门螺旋杆菌感染、脂质代谢紊乱及自身免疫机制等因素有关^[10]。胃黄斑瘤可能是胃黏膜病理性老化的标志,也可能提示早期胃癌。研究^[11]发现,在接受胃镜检查的 1 400 例患者中有 50 例黄斑瘤患者;胃镜检查结果提示,多灶萎缩性胃炎在黄斑瘤患者中更常见,且多为老年患者。日本一项流行病学研究回顾性分析了胃黄斑瘤和胃癌的发病风险与其各自病理特征之间的关系,多变量分析结果提示,胃癌与胃黄斑瘤独立相关(比值比为 6.15, 95%可信区间为 3.95~9.70, $P<0.05$)。本文中该例患者为青年女性,胃镜检查结果为浅表性胃炎,这在国内较为少见。

胃憩室在临床上同样少见,其发病率为 0.02%~2.60%^[1]。胃憩室出现在腹膜后肾上腺区域,且病理检查结果为黄斑瘤的病例,在国内外尚无相关报道。十二指肠、副脾、结肠、胃憩室、肾囊肿及胰尾等部位肿瘤可能出现在腹膜后,但发生率较低。憩室出现在肾上腺的发病率约 0.7%^[3]。因此,胃憩室出现在肾上腺区域的具体机制目前尚不清楚。胚胎发育中,胃贲门憩室突入腹膜后腔间隙,进入肾上腺区^[4]。

胃黄斑瘤是一种良性病变,无明显临床表现。胃憩室同样缺乏典型的临床症状,少数患者可出现剑突下不适,严重者可出现吞咽困难和反流等^[5];当出现在肾上腺区域,且合并高血压、心悸症状时,易被误诊为肾上腺肿瘤。为减少临床肾上腺区域胃黄斑瘤的误诊,结合文献及本例患者的诊疗情况,作以下经验总结:(1)不能单看 CT 检查报告。首先,由于 CT 不能动态显示病变部位,易出现误诊。该例患者术前 CT 片上囊性病变完全位于左侧肾上腺区域,只与胰腺尾部及主动脉相邻;而横断面及三维重建的冠状面图像显示,囊性病变与胃部存在密切关系。其次,当 CT 平扫时发现肾上腺区域囊性占位密度与胃内容物相近,应怀疑肿物来源于胃肠道;CT 显示肾上腺囊性病变中出现小气泡及气液平时,也应怀疑病变来源于胃肠道。近年来报道的 9 例胃憩室表现为肾上腺区假瘤的患者中,7 例肿物内存在小气泡,2 例表现为与囊肿类似密度影^[1,3,6-8]。(2)完善内镜及消化管造影检查。在 CT

检查怀疑病变来自胃肠道时,可通过胃镜检查及消化管造影进一步明确。如术前已误诊,行后腹腔镜肾上腺区病变切除时,如完全分离肾上腺仍未见肿物,可行术中胃镜检查以进一步明确。该例患者术前行钡餐造影,术中及时请胃肠外科专家会诊,行胃镜检查明确诊断,从而避免了并发症的出现。

一般胃憩室及胃黄斑瘤均不考虑手术,出现严重临床症状或消化管穿孔、出血时,才行手术;胃黄斑瘤即使存在癌变可能,也倾向于观察,定期行胃镜复查,同时消除相关危险因素,如控制慢性胃炎、根除幽门螺旋杆菌感染等^[10]。由于本例患者憩室在手术分离时破裂,分泌物检查提示感染,同时不排除肿瘤可能,故行后腹腔镜下胃憩室切除术。

综上所述,该例胃憩室表现为肾上腺囊肿,且术后病理检查为黄斑瘤。这种情况目前在国内外均鲜见报道。诊断纳入腹膜后病变时予以鉴别,以减少不必要的术前检查(如儿茶酚胺、促肾上腺皮质及皮质醇等内分泌激素检查)及手术。

参考文献

- [1] CHASSE E, BUGGENHOUT A, ZALCMAN M, et al. Gastric diverticulum simulating a left adrenal tumor [J]. *Surgery*, 2003, 133(4): 447-448.
- [2] SCHRAMM D, BACH A G, ZIPPRICH A, et al. Imaging findings of gastric diverticula [J]. *Scientific World Journal*, 2014, 2014: 923098.
- [3] 王文营, 郭宇文, 杨培谦, 等. 憩室表现为左肾上腺假瘤 1 例报告并文献复习 [J]. *临床泌尿外科杂志*, 2015, 30(8): 712-714.
- [4] ARAKI A, SHINOHARA M, YAMAKAWA J, et al. Gastric diverticulum preoperatively diagnosed as one of two left adrenal adenomas [J]. *Int J Urol*, 2006, 13(1): 64-66.
- [5] BOURAS F, MARIETTE C. Gastric diverticulum [J]. *J Chir (Paris)*, 2007, 144(2): 145.
- [6] INABA Y, MAEDA H, UMEZU K. A case of gastric diverticulum difficult to differentiate from left adrenal tumor [J]. *Hinyokika Kyo*, 1993, 39(6): 553-555.
- [7] STAUMONT V, PAULS C, RUYSEVELT C V. Gastric diverticulum simulating a left adrenal mass [J]. *J Belge Radiol*, 1998, 81(2): 100.
- [8] JEBASINGH F K, NAIK D, CHANDRAMOHAN A, et al. Posterior gastric diverticulum mimicking adrenal adenoma on imaging [J]. *BMJ Case Rep*, 2014, 2014.
- [9] TSAI S J, LIN C C, CHANG C W, et al. Benign esophageal lesions: endoscopic and pathologic features [J]. *World J Gastroenterol*, 2015, 21(4): 1091-1098.
- [10] 田 翀, 高 青. 胃黄斑瘤的研究进展 [J]. *重庆医学*, 2017, 46(19): 2724-2726.
- [11] KÖKSAL A Ş, SUNA N, KALKAN İ H, et al. Is gastric xanthelasma an alarming endoscopic marker for advanced atrophic gastritis and intestinal metaplasia? [J]. *Dig Dis Sci*, 2016, 61(10): 2949-2955.

[本文编辑] 姬静芳, 张艺鸣