

· 病例报道 ·

十二指肠巨大隆起伴梗阻及出血一例

李慧敏 黄旭 沈磊

武汉大学人民医院消化内科 430060

通信作者:沈磊, Email: 15018530997@163.com

【摘要】 十二指肠巨大隆起较为少见,临床表现不明显,多以十二指肠梗阻、反复消化道出血为首诊原因。本文报道 1 例十二指肠巨大隆起伴梗阻、出血患者的诊治过程。

【关键词】 十二指肠肿瘤; 十二指肠梗阻; 出血

基金项目:湖北省重点实验室建设项目(220100554)

DOI:10.3760/cma.j.cn321463-20200521-00374

患者男,32 岁,因“腹痛、黑便伴呕吐 4 d”于 2019 年 2 月 8 日入院。入院前于当地医院查血常规:血红蛋白 67 g/L,平均红细胞体积(MCV)、平均红细胞血红蛋白含量(MCH)均正常。胃镜检查提示十二指肠球部隆起并出血,浅表性胃炎。予抑酸、止血、输血等对症处理后,症状无明显缓解,转至我院进一步诊治。入院查体:精神差,贫血貌,心肺无明显阳性体征,腹平坦,未见腹壁静脉曲张及蜘蛛痣,未见明显胃肠型及蠕动波,腹软,上腹部压痛阳性,无反跳痛,肝脾肋下未触及,未触及腹部包块,无液波震颤及振水音,移动性浊音阴性,双肾区无叩击痛,肠鸣音正常,四肢无水肿,无病理征。入院后查血常规:血红蛋白 77 g/L,MCV 及 MCH 正常;凝血功能:纤维蛋白原 1.62 g/L,凝血酶原时间、部分凝血活酶时间正常;肝肾功能、电解质等未见明显异常;肿瘤指标:CA72-4、CA19-9、CA50、CEA 均未见明显异常。CT 全腹部平扫+增强提示十二指肠降部、水平部稍高密度影,血凝块可能(图 1~2)。予对症支持治疗后,患者腹痛及呕吐未见明显缓解,复查血常规提示血红蛋白 62 g/L。行上消化道碘水造影提示慢性胃炎,十二指肠球部梗阻,造影剂不能通过(图 3)。复查胃镜可见十二指肠球腔巨大不规则新生物(图 4~5)。入院后患者病情反复,贫血情况无明显改善,内科保守治疗效果不佳,且十二指肠可疑恶性病灶,肿物已使十二指肠完全梗阻,内镜下可操作空间小,内镜操作难度大。同患者家属沟通后,同意转外科行手术治疗。术中可见降部巨大靛青色质软肿物(图 6)。术后患者安返病房,予抗炎、抑酸、止血、补液等对症支持治疗。术后第 8 天手术切口愈合可,病情好转出院。术后病理提示:病变呈较大息肉状突起,5.2 cm×3.5 cm×2.0 cm,表面缺损伴炎性肉芽组织形成,部分区域血管增生并扩张充血,其余梗死伴出血,符合炎性息肉,蒂部及肠管两侧切缘干净(图 7)。大网膜组织镜下为分化成熟脂肪组织,未见肿瘤;另检出其内淋巴结 4 个,均未见癌(0/4)。免疫组化结果:CK7(+,腺管)、CK20(+,部

分)、SMA(+,示平滑肌及增生肌纤维母细胞束)、CDX-2(+,部分弱)、MUC2(+,部分)、P53(野生型)、Ki-67(+,约 20%)。出院后 3 个月随访,患者病情稳定未再出血。

讨论 十二指肠隆起性病变相对少见,在上消化道内镜检查中检出率为 0.3%~4.6%,其中 66%~80% 患者无症状^[1]。当隆起位于十二指肠降部及水平部时,内镜检查可能发生遗漏^[2]。大部分患者首诊原因为梗阻、出血等并发症,此与病变大小、生长部位及组织学特性有关^[3]。十二指肠隆起性病变以息肉最为常见,其次可为间质瘤、脂肪瘤、平滑肌瘤、腺瘤、类癌等^[4]。其中原发性十二指肠肿瘤发生率较低,约为 0.1%,主要发生在降部^[5-6]。由于十二指肠隆起性病变临床表现无特异性,病变部位深,解剖结构复杂,内镜操作难度大,因而其诊断和治疗存在一定困难。

该患者主要表现为十二指肠巨大隆起所致消化道出血及十二指肠梗阻。术前考虑可能与肿物生长较快,造成肿物中心缺血性坏死,甚至囊性变且波及周围组织有关,继而腹部 CT 表现为十二指肠降部及水平部可疑血凝块。当缺血坏死突破黏膜层,则表现为消化道出血,甚至出血性休克,表现与溃疡出血相似;并且组织坏死及出血极大可能影响内镜下观察。本例患者内镜下病灶不规则,表面糜烂出血,并附污秽物,难以确定其浸润深度。从病情进展迅速、十二指肠梗阻完全、胃镜下病灶巨大不规则等考虑十二指肠恶性病变可能性大。此外,腹部 CT 及胃镜检查均未能明确病灶性质,也未能明确病灶与乳头关系。故于外科行远端胃根治性切除术(Roux-Y 吻合)。然而,术后病理提示炎性息肉。此良性结果同临床预判相差甚远,值得反思,并对临床工作者存在一定警示作用。

本例患者的诊治过程警示,该患者术后病理既为良性病变,且病灶长径大至 5 cm,致消化道出血及梗阻,推测该病灶可能生长时间较长,但因患者未有明显临床表现,故未能及时发现并处理。目前十二指肠隆起性病变的治疗主要有

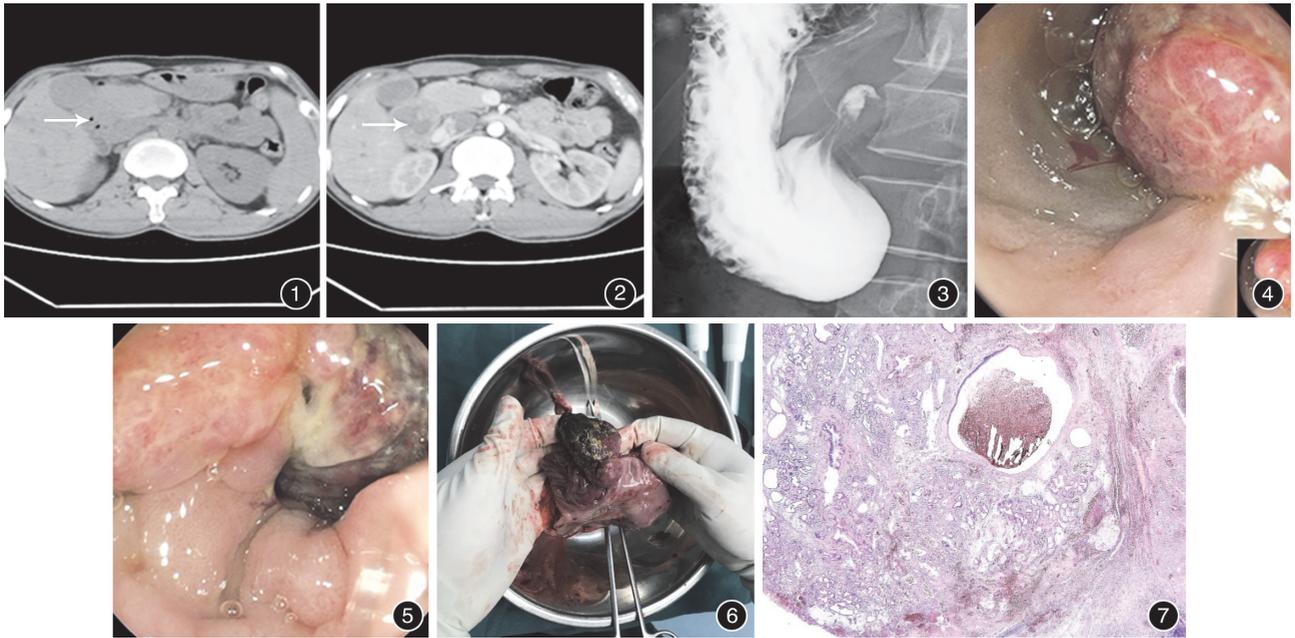


图 1 腹部 CT 平扫示十二指肠降部和水平部肠腔明显缩窄,内部可见等密度影(箭头所指) 图 2 腹部 CT 增强示十二指肠降部、水平部稍高密度影,血凝块可能(箭头所指) 图 3 上消化道碘水造影可见十二指肠球部充盈欠佳,形态失常,造影剂不能通过 图 4 胃镜检查十二指肠球腔见巨大不规则新生物,底部可见粗蒂 图 5 胃镜检查可见巨大不规则新生物头端坏死糜烂 图 6 术中见十二指肠降部巨大肿物,头端呈靛青色 图 7 术后病理示病变呈较大息肉状突起,5.2 cm×3.5 cm×2.0 cm,表面缺损伴炎性肉芽组织形成,其内部腺体呈小叶状结构,部分腺体囊性扩张,部分扩张腺腔内见中性粒细胞聚集,内部部分区域血管增生并扩张充血,其余梗死伴出血,符合炎性息肉,蒂部及肠管两侧切缘干净 HE ×40

内镜下治疗和外科手术[7]。由于内镜手术创伤小、愈合快、成本低且病灶完全切除率不断提高,内镜下治疗成为重要治疗手段[8]。但当病变长径>6 cm 时,由于十二指肠肠腔狭窄,可操作空间小,剥离中较易出血,外科手术已被公认为不适合内镜切除病灶的标准治疗方法[9]。该例患者若能及早行内镜检查发现病灶,既能争取内镜下治疗的机会,又能避免病灶生长过大所致的并发症发生。

利益冲突 所有作者声明不存在利益冲突

参考文献

- [1] Bruno G, Trentino P, Viengo MA, et al. Sporadic pedunculated duodenal adenomas. Clinical presentations and endoscopic management: a case series[J]. G Chir, 2018,39(4): 248-254.
- [2] 张茗, 林旭榕, 李玉普. 内镜下治疗十二指肠息肉 26 例的临床观察[J]. 中华医学研究杂志, 2006,6(9):990.
- [3] Culver EL, McIntyre AS. Sporadic duodenal polyps: classification, investigation, and management[J]. Endoscopy, 2011,43(2):144-155. DOI: 10.1055/s-0030-1255925.
- [4] Honda T, Yamamoto H, Osawa H, et al. Endoscopic submucosal dissection for superficial duodenal neoplasms[J]. Dig Endosc, 2009, 21 (4): 270-274. DOI: 10.1111/j. 1443-1661. 2009.00908. x.
- [5] Ushiku T, Arnason T, Fukayama M, et al. Extra-ampullary duodenal adenocarcinoma[J]. Am J Surg Pathol, 2014, 38(11): 1484-1493. DOI: 10.1097/PAS.0000000000000278.
- [6] Bourke MJ. Endoscopic resection in the duodenum: current limitations and future directions[J]. Endoscopy, 2013,45(2):127-132. DOI: 10.1055/s-0032-1326177.
- [7] Marques J, Baldaque-Silva F, Pereira P, et al. Endoscopic mucosal resection and endoscopic submucosal dissection in the treatment of sporadic nonampullary duodenal adenomatous polyps[J]. World J Gastrointest Endosc, 2015, 7(7): 720-727. DOI: 10.4253/wjge.v7. i7. 720.
- [8] Chen WC, Wallace MB. Endoscopic management of mucosal lesions in the gastrointestinal tract[J]. Expert Rev Gastroenterol Hepatol, 2016, 10(4): 481-495. DOI: 10.1586/17474124. 2016.1122520.
- [9] 王域玲, 高杰, 施新岗. 十二指肠非乳头区腺瘤的诊治进展[J]. 中华消化内镜杂志, 2020, 37(2): 149-152. DOI: 10.3760/cma.j.issn.1007-5232. 2020. 00. 019.

(收稿日期:2020-05-21)

(本文编辑:朱悦)