

· 病例报道 ·

胃镜检查诊断早期无症状克罗恩病一例

顾于蓓¹ 蒋慧¹ 王婷² 陈憩³ 钟捷¹¹上海交通大学医学院附属瑞金医院消化内科 200025; ²上海交通大学医学院附属瑞金医院病理科 200025; ³上海交通大学医学院附属瑞金医院放射科 200025

通信作者: 钟捷, Email: jimmyzj64@medmail.com.cn

【摘要】 本文报道了 1 例因体检行胃肠镜检查进而诊断为早期无症状克罗恩病的病例诊治过程, 并就克罗恩病的上消化道内镜特点进行讨论。

【关键词】 克罗恩病; 胃镜检查; 上消化道累及; 早期诊断

DOI: 10.3760/cma.j.cn321463-20200108-00472

患者男, 24 岁, 无特殊不适主诉, 因工作单位体检于 2018 年 6 月在我院行胃肠镜检查。否认腹痛、反酸、嗝气、恶心、呕吐、腹泻、黑便、血便等不适。胃纳可、睡眠情况良好。否认慢性病、传染病等既往史。体格检查: 体型消瘦, 余无特殊。血常规、肝肾功能、肿瘤指标、粪常规均未见异常。呼气试验阴性。胃镜提示: 胃底数条黏膜呈结节样外观, 十二指肠球部数条黏膜呈结节样隆起(图 1)。胃底活检病理提示: 中等量浆细胞、淋巴细胞及少量嗜酸性粒细胞浸润(图 2)。结肠镜提示: 末端回肠淋巴滤泡增生, 结肠未见明显异常(图 3)。进一步行小肠 CT 示: 空回肠交界与回肠节段性增厚, 部分肠腔变窄, 部分肠壁分层强化, 考虑克罗恩病可能(图 4)。小肠镜提示: 回肠纵行溃疡伴铺路石征形成(图 5), 回肠组织病理提示: 大量浆细胞、淋巴细胞及嗜酸性粒细胞浸润(图 6)。结合内镜、影像、病理检查结果, 诊断为克罗恩病(A2L1+L4B1)。予英夫利昔单抗(5 mg/kg)联合硫唑嘌呤(50 mg/d)治疗近 1 年后, 患者体重增长 3 kg, 复查小肠镜提示: 回肠下段纵行溃疡消失, 少量假息肉形成(图 7)。综上考虑患者经联合治疗有效, 达到黏膜愈合。

讨论 克罗恩病是一种生物学行为呈破坏性的全消化道均可受累的慢性炎症性疾病。临床中, 患者往往因出现各种相关症状才就诊, 部分患者初诊时已处于肠道并发症期。早期诊断及治疗对改善预后和维持肠道功能具有重要意义。因而, 如何提前诊断窗口, 甚至能在无症状人群中检出克罗恩病是当前临床工作的难点和重点。既往认为可通过检测核周型抗中性粒细胞胞浆抗体、抗酿酒酵母抗体等血清标记物进行炎症性肠病筛查, 而上述标记物的特异度和敏感度均不高。

本病例为年轻患者, 无任何既往史和临床症状, 仅因体检行胃肠镜检查发现两处特殊内镜表现: 胃底竹节样改变和十二指肠球部结节样增生, 从而引起临床医师警觉。竹节样改变和结节样增生均为克罗恩病累及上消化道的内镜表现。结节样增生好发于十二指肠球部与胃窦处, 表现为同一区域

的数条结节样增生同时发生, 在十二指肠球部处可逐渐导致肠腔狭窄形成, 是引起上消化道梗阻的重要原因。竹节样改变好发于胃底和胃体, 近年来有研究认为其对克罗恩病诊断具有较大价值。Tanabe 等^[1]在研究中指出竹节样改变诊断克罗恩病的敏感度为 30.5%~56.9%, 但特异度却高达 98%。Normura 等^[2]的研究也指出胃底竹节样改变高度提示克罗恩病, 并可能成为其潜在的生物学标记物。本病例患者胃镜检查时同时发现两处符合克罗恩病的上消化道内镜表现, 组织病理学也提示中等量炎症细胞浸润, 故高度怀疑克罗恩病可能, 进一步检查确诊为小肠克罗恩病, 予以早期积极治疗。

目前认为克罗恩病累及上消化道并非罕见^[3-5]。除上述提及的竹节样改变和结节样增生外, 上消化道克罗恩病的其他内镜表现包括: 溃疡、瘘管、十二指肠凹陷性改变、狭窄等^[6]。作者团队研究(尚未发表)表明溃疡是克罗恩病上消化道累及最常见的内镜表现, 溃疡形态各异, 可表现为阿弗它溃疡、深大溃疡或霜斑样溃疡, 但未见典型肠道中的纵行溃疡表现形式。少数溃疡可引起消化道狭窄, 主要发生于幽门和十二指肠球部。而瘘管、十二指肠凹陷性改变、狭窄则相对少见, 但具有高度特异性。

胃镜表现究竟是否会早于克罗恩病症状出现? 2016 年 Horjus 等^[3]在研究中回答了这个问题。研究结果指出克罗恩病患者初诊时即可发生较高比例的上消化道累及, 而这些上消化道受累的患者并非都存在相应症状。由此, 我们认为胃镜表现可能可以诊断无症状克罗恩病。本病例让我们了解到克罗恩病尤其是小肠型克罗恩病疾病早期临床症状较为隐匿, 而小肠镜检查也并非临床常规的体检项目。从常规胃镜检查中识别如竹节样改变等具有克罗恩病标记物特性的内镜表现, 能有效早期诊断克罗恩病从而改变患者的预后。

利益冲突 所有作者声明不存在利益冲突

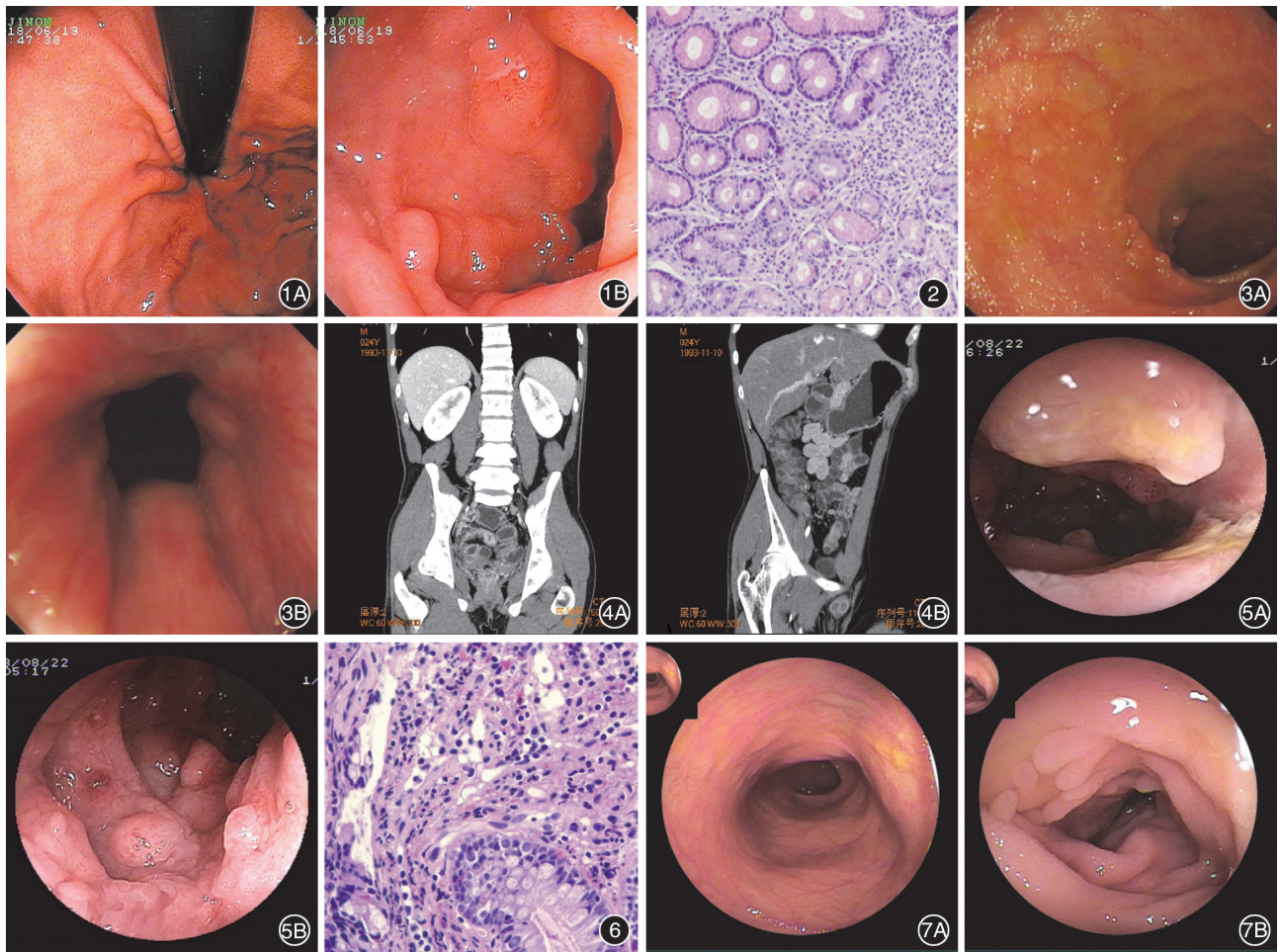


图1 克罗恩病患者胃镜检查 1A:胃底数条黏膜呈竹节样外观;1B:十二指肠球部数条黏膜呈结节样隆起 图2 胃组织病理学表现:中等量浆细胞、淋巴细胞及少量嗜酸性粒细胞浸润,幽门螺杆菌阴性 HE $\times 20$ 图3 结肠镜检查 3A:末端回肠可见少量淋巴滤泡增生;3B:肛管未见异常 图4 小肠CT 4A:小肠节段性肠壁增厚伴局部肠腔狭窄;4B:小肠节段性肠壁异常分层强化,黏膜面强化明显 图5 小肠镜检查 5A:回肠下段可见纵行溃疡伴铺路石征;5B:回肠下段可见肉芽肿组织增生,肠腔狭窄 图6 回肠组织病理学表现:大量浆细胞、淋巴细胞及嗜酸性粒细胞浸润 HE $\times 40$ 图7 治疗1年后小肠镜复查 7A:回肠下段纵行溃疡消失;7B:回肠下段可见少量假息肉形成

参考文献

- [1] Tanabe H, Yokota K, Nomura Y, et al. The clinical importance of "bamboo joint-like appearance" on upper gastrointestinal endoscopy for the diagnosis of Crohn's disease [J]. Nihon Shokakibyo Gakkai Zasshi, 2016, 113(7): 1208-1215. DOI: 10.11405/nisshoshi. 113. 1208.
- [2] Nomura Y, Morichi K, Fujiya M, et al. The endoscopic findings of the upper gastrointestinal tract in patients with Crohn's disease [J]. Clin J Gastroenterol, 2017, 10(4): 289-296. DOI: 10.1007/s12328-017-0759-7.
- [3] Horjus Talabur Horje CS, Meijer J, Rovers L, et al. Prevalence of upper gastrointestinal lesions at primary diagnosis in adults with inflammatory bowel disease [J]. Inflamm Bowel Dis, 2016, 22(8): 1896-1901. DOI: 10.1097/MIB.0000000000000786.
- [4] Nuij VJ, Zelinkova Z, Rijk MC, et al. Phenotype of inflammatory bowel disease at diagnosis in the Netherlands: a population-based inception cohort study (the Delta Cohort) [J]. Inflamm Bowel Dis, 2013, 19(10): 2215-2222. DOI: 10.1097/MIB.0b013e3182961626.
- [5] Lo B, Vester-Andersen MK, Vind I, et al. Changes in disease behaviour and location in patients with Crohn's disease after seven years of follow-up: a danish population-based inception cohort [J]. J Crohns Colitis, 2018, 12(3): 265-272. DOI: 10.1093/ecco-jcc/jjx138.
- [6] Sakuraba A, Iwao Y, Matsuoka K, et al. Endoscopic and pathologic changes of the upper gastrointestinal tract in Crohn's disease [J]. Biomed Res Int, 2014, 2014: 610767. DOI: 10.1155/2014/610767.

(收稿日期:2020-01-08)

(本文编辑:朱悦)