

## ·病例报道·

## 胃错构瘤性内翻性息肉超声内镜动态观察 1 例

王浩 张燕 刘虹 李国栋

山东第一医科大学第一附属医院(山东省千佛山医院)消化内科, 济南 250014

通信作者: 李国栋, Email: 1560@sdhospital.com.cn

**【摘要】** 胃错构瘤性内翻性息肉为一种罕见的消化道息肉, 以病变黏膜向黏膜下层倒置生长为特点, 内镜下表现缺乏特异性, 较难与黏膜下病变相鉴别, 通常需要完整切除标本送病理学协助诊断。本文报道 1 例历时 5 年余确诊的胃错构瘤性内翻性息肉, 旨在为该疾病的诊断提供临床诊断思路。

**【关键词】** 息肉; 内翻性息肉; 内镜黏膜下剥离术; 超声内镜

**基金项目:** 山东省重点研发计划项目(2019GSF108028)

### Dynamic observation of gastric hamartomatous inverted polyp by endoscopic ultrasonography: a case report

Wang Hao, Zhang Yan, Liu Hong, Li Guodong

Department of Gastroenterology, The First Affiliated Hospital of Shandong First Medical University (Shandong Provincial Qianfoshan Hospital), Jinan 250014, China

Corresponding author: Li Guodong, Email: 1560@sdhospital.com.cn

患者男, 64 岁, 因“发现胃体隆起 5 年”入院, 既往多次因腹部不适入住我院行胃镜检查。既往史: 高血压病史 8 年余。入院查体未见明显阳性体征。辅助检查: 癌胚抗原 7.62 ng/mL, 糖化血红蛋白 7.40%, 血常规、凝血常规、肝肾功能、电解质、甲功三项均未见明显异常。

患者 2019 年于我院行胃镜检查发现胃体后壁一长径 1.0 cm 缓坡隆起, 表面发红, 触之韧(图 1)。超声内镜示病变来源于固有肌层, 呈均匀低回声, 各层次清晰无融合(图 2)。考虑间质瘤或平滑肌瘤可能性大, 与患者及家属沟通后决定随诊。2021 年复查胃镜见隆起表面出现凹陷, 活检钳触之韧, 活动欠佳, 内镜窄带光成像(narrow band imaging, NBI)示腺体略拉长(图 3), 取活检送病理示: 慢性萎缩性胃炎(中度), 伴轻度急性活动。2022 年复查胃镜示隆起大小较前未见明显变化, 但活检钳触之活动差, 遂行超声内镜检查, 结果示病变源于黏膜下层, 呈中等回声, 内见蜂窝样无回声, 余胃壁层次清晰(图 4)。考虑深在性囊性胃炎可能性大, 建议患者完善腹部强化 CT 后行内镜下病变切除, 患者决定继续随诊。患者 2023 年因复查入院, 胃镜示胃底后壁 1.2 cm×1.0 cm 的隆起, 较前略增大(图 5), 超声内镜示隆起源于黏膜下层, 内可见分隔(图 6)。鉴于病变增大建议患者切除, 患者完善腹部强化 CT 未见胃内异常占位隆

起及周围淋巴结异常, 遂于我科行胃底隆起内镜黏膜下剥离术(图 7、8)。术后病理:(胃底后壁)符合胃错构瘤性内翻性息肉, 大小 1.2 cm×1.0 cm×0.5 cm, 未累及周边及底部切除面(图 9)。免疫组化: H<sup>+</sup>/K<sup>+</sup>-ATPase(部分+), Pepsinogen 1(部分+), MUC5AC(部分+), MUC6(部分+), MUC2(-), CD10(-), Desmin(黏膜肌+), SMA(黏膜肌+)(图 10)。

**讨论** 胃错构瘤性内翻性息肉仅占全部息肉类型的约 1%, 发病机制不明确, 患者通常无临床症状。其内镜下表现无典型特点, 好发于胃体上部与胃底部, 通常表现为类似黏膜下无蒂隆起或带蒂的息肉样改变, 表面黏膜正常或轻度糜烂、充血等, NBI 下表现腺管正常或轻度拉长<sup>[1]</sup>。对本患者随访 5 年, 其超声内镜动态变化给予一定警示作用。胃错构瘤性内翻性息肉超声内镜下表现多样, 可以为黏膜下均匀低回声、无回声、混杂回声、有分隔等, 有时和固有肌层病变鉴别困难<sup>[2]</sup>。这些超声内镜表现在 5 年随访当中均有体现, 考虑是疾病处于不同阶段所致。初次行超声内镜时考虑病变处于早期, 以平滑肌束增生为主, 腺体囊性扩张并不明显, 故而出现类似于平滑肌瘤的超声内镜表现。错构瘤性内翻性息肉为良性病变, 生长缓慢, 超声内镜图像通常无明显变化, 但在此病例中, 出现了较为明显的变化, 考虑可能是以下原因: (1) 腺体的囊性扩张; 病变内所含的

DOI: 10.3760/cma.j.cn321463-20250303-00426

收稿日期 2025-03-03 本文编辑 许文立

引用本文: 王浩, 张燕, 刘虹, 等. 胃错构瘤性内翻性息肉超声内镜动态观察 1 例[J]. 中华消化内镜杂志, XXXX, XX(XX): 1-3. DOI: 10.3760/cma.j.cn321463-20250303-00426.



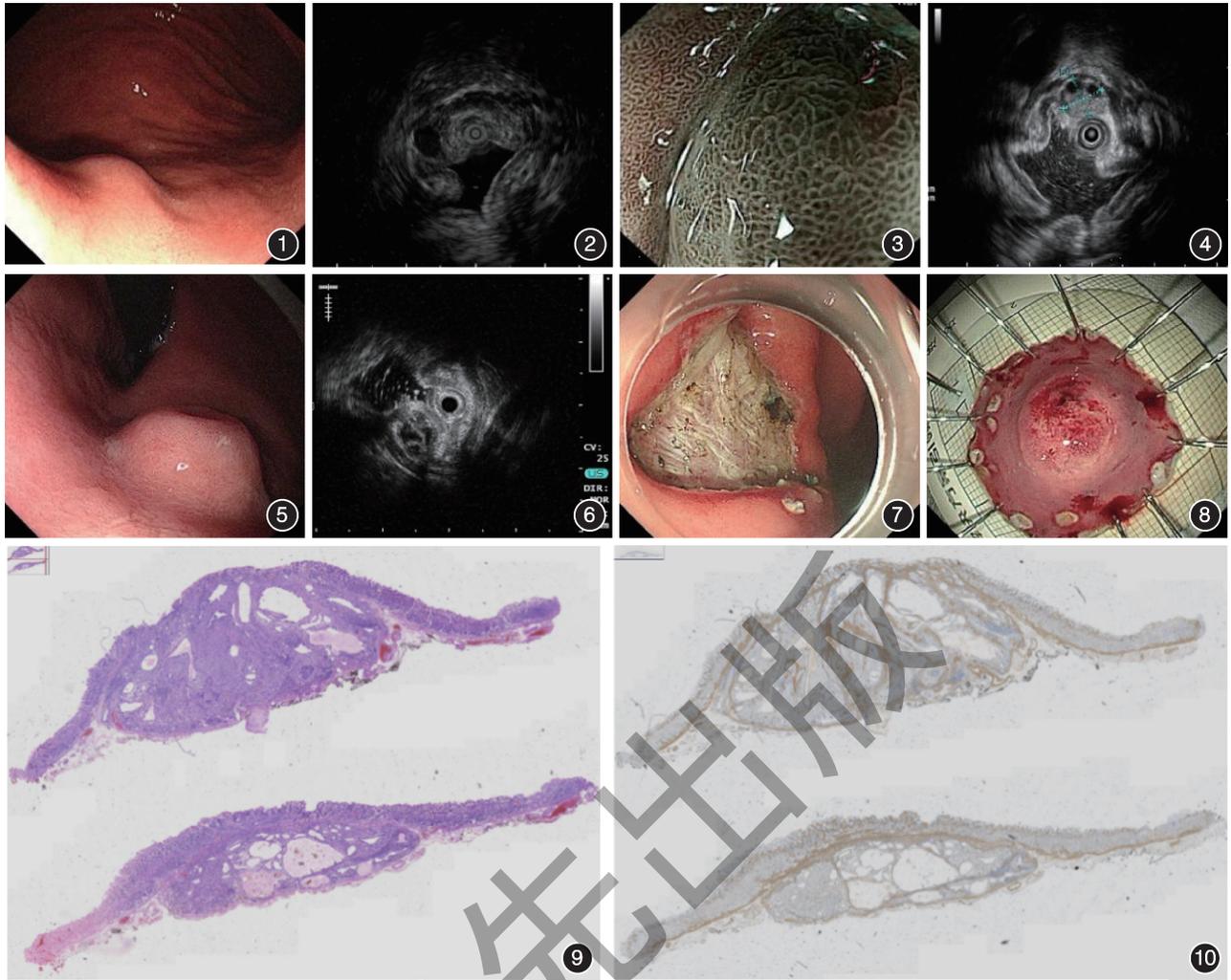


图1 患者2019年行胃镜检查见胃底后壁一长径约1.0 cm缓坡隆起,表面色红,触之韧 图2 2019年行超声内镜见病变起源于固有肌层,呈均匀密度低回声 图3 2021年窄带内镜成像观察病变表面腺管轻微拉长,整体结构尚规则 图4 2022年复查超声内镜见病变起源于黏膜下层,内部呈中等回声,可见蜂窝样无回声区 图5 2023年患者复查胃镜见隆起增大至1.2 cm×1.0 cm,表面有脐凹 图6 2023年超声内镜提示病变起源于黏膜下层,内见分割样无回声区 图7 内镜黏膜下剥离术切除后 图8 大体标本 图9 术后病理示胃错构瘤性内翻性息肉,病变黏膜倒置,平滑肌边界清晰,组织结构完整 HE ×5 图10 黏膜肌束呈棕色,倒置生长 免疫组化SMA ×5

腺体分泌功能异常,可能导致黏液滞留,形成较为明显的囊性腔隙,由此出现无回声区;(2)病变内部结构比例变化:在疾病进展过程中,平滑肌束增生为主导会出现分隔样结果,而腺体囊性变为主导则无回声区更加明显;(3)继发出血与坏死:胃黏膜破损或出血可能导致局部液化坏死,从而形成新的无回声区或混杂回声区。错构瘤性内翻性息肉确诊通常需要完整标本切除送病理学检查,该疾病特点为黏膜向黏膜下层反方向生长,病理组织学表现为在黏膜下层出现囊性扩张的增生性胃腺体,呈内翻性生长、伴肌束增生,根据 Kim 等<sup>[3]</sup>报道,可以根据病理学表现将其分为三型:(1)1型,与被覆胃黏膜之间存在交通,平滑肌边界清楚,组织结构完整清晰,内镜下可见脐状凹陷;本病例可归于该型。(2)2型,孤立的黏膜下表现,与表面黏膜间无通道,被平滑肌包裹,平滑肌边界清晰。(3)3型,与表面黏膜间无相通结构,包裹的平滑肌及周围组织边界不清,常见于带蒂息肉。免疫

组化对该疾病诊断亦有意义,可见 MUC5AC、MUC6、Pepsinogen 1、H<sup>+</sup>/K<sup>+</sup>-ATPase β 阳性细胞呈混杂分布,通常无 MUC2 表达<sup>[4]</sup>,本例患者免疫组化结果与报道相符。

胃错构瘤性内翻性息肉缺乏典型特点,需要与许多与之类似的疾病相鉴别:(1)胃间质瘤:最常见的胃黏膜下肿瘤,内镜下表现为黏膜下隆起性病变,超声内镜提示病变来源于固有肌层的低回声,边界规则,内部回声均匀或不均匀<sup>[5]</sup>。本例报道中患者初次行超声内镜表现符合胃间质瘤表现,无明显囊腔或分隔,故按照间质瘤进行随访。(2)深在性囊性胃炎(gastritis cystica profunda, GCP):缺乏典型内镜下表现,与黏膜下病变内镜表现相似,超声内镜下可表现为不同直径单发或多发囊性回声,内部可见分隔<sup>[7]</sup>。确诊依靠病理学检查,病理组织学表现与2型胃错构瘤性内翻性息肉相似,组织成分以胃小凹上皮细胞为主,而胃错构瘤性内翻性息肉成分复杂,各种胃腺体及小凹上皮均存在,可作

为鉴别点。本例患者复查超声内镜,可见蜂窝样无回声区,且患者长期患有慢性萎缩性胃炎及反流性食管炎,为GCP可能的致病因素,故第二次完善超声内镜检查后表现考虑GCP可能性大,鉴于超声内镜表现出现改变,建议患者切除送检,但患者拒绝,要求继续随访。(3)异位胰腺:内镜下表现为黏膜下层隆起,顶端可有脐凹伴开口,超声内镜下表现为黏膜下肿物,低回声或混合回声,不均匀回声为主,内部可伴有管状或囊状结构<sup>[8]</sup>,细针穿刺活检送病理学可确诊。(4)胃泌酸腺腺瘤:内镜下多呈黏膜下肿瘤样隆起,表面黏膜正常,部分可呈红色,一般长径约1 cm,NBI下可见微血管及微结构规则<sup>[9]</sup>。病理组织学特点为病变发生于胃底腺黏膜,瘤体呈高分化柱状上皮,病变局限于黏膜内,超过黏膜下层为胃底腺腺癌。免疫组化示Pepsinogen 1、MUC6、H<sup>+</sup>/K<sup>+</sup>-ATPase通常为弥漫阳性,而表面正常胃小凹上皮MUC5AC、MUC2为阴性或弱阳性。本例报道中免疫组化结果与胃泌酸腺腺瘤类似,但特征性的Pepsinogen 1为部分阳性,不符合既往文献报道,结合组织学表现后排除胃泌酸腺腺瘤。

综上所述,胃错构瘤性内翻性息肉内镜下缺乏典型表现,又因息肉呈倒置生长,内镜下取活检较难取得关键部分,因此诊出率不高,正确诊断较为困难,需要白光内镜下表现、超声内镜、病理组织学及免疫组化联合诊断,鉴于患者随访5年之久,其超声内镜下的动态变化为我们诊断该疾病提供了临床经验。胃错构瘤性内翻性息肉虽然大多为良性病变,但1型胃错构瘤性内翻性息肉具有发展为胃腺癌的潜能,一旦怀疑为该疾病,可预防性行ESD治疗并送病理学检查确诊。

**利益冲突** 所有作者声明不存在利益冲突

## 参 考 文 献

- [1] Han YP, Min CC, Li YB, et al. Diagnosis and treatment of gastric hamartomatous inverted polyp (GHIP) by endoscopic submucosal dissection: a case report[J]. *Medicine (Baltimore)*, 2023, 102(13): e33443. DOI: 10.1097/MD.00000000000033443.
- [2] Dong N, Meng F, Yue B, et al. Clinicopathologic and endoscopic characteristics of ten patients with gastric hamartomatous inverted polyp: a single center case series[J]. *BMC Gastroenterol*, 2024, 24(1): 139. DOI: 10.1186/s12876-024-03233-8.
- [3] Kim JY, Ahn S, Kim KM, et al. Gastric inverted polyps-distinctive subepithelial lesions of the stomach: clinicopathologic analysis of 12 cases with an emphasis on neoplastic potential[J]. *Am J Surg Pathol*, 2021, 45(5): 680-689. DOI: 10.1097/PAS.0000000000001651.
- [4] 杜志华,洪敏,张志发,等.胃错构瘤性内翻性息肉5例临床病理学分析[J].*中华病理学杂志*,2024,53(3):282-287. DOI: 10.3760/cma.j.cn112151-20230828-00103.
- [5] 李梦颖,王凤,齐健.胃间质瘤内镜超声征象与病理危险分级的相关性研究[J].*中华消化内镜杂志*,2021,38(7):569-572. DOI:10.3760/cma.j.cn321463-20201225-00008.
- [6] Béchade D, Desramé J, Algayres JP. Gastritis cystica profunda in a patient with no history of gastric surgery[J]. *Endoscopy*, 2007, 39(Suppl 1):E80-81. DOI: 10.1055/s-2006-945070.
- [7] 刘荣,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. DOI: 10.3760/cma.j.cn321463-20221122-00486.
- [8] 曾艳丽,唐丽敏,梁迎迎.普通内镜与超声内镜对异位胰腺的诊断价值比较[J].*中国实用医刊*,2021,48(6):79-81. DOI: 10.3760/cma.j.cn115689-20201030-05190.
- [9] 李加美,周成军.胃底腺型肿瘤的临床病理学特征及研究进展[J].*中华病理学杂志*,2023,52(9):970-975. DOI: 10.3760/cma.j.cn112151-20230322-00217.