

· 病例报道 ·

小肠海绵状脉管瘤并出血一例

杨维忠 崔光锐 温必盛 蔡仁颂 刘梦诗

患者女,44岁,因“间断黑便1个月余,加重伴头晕、乏力1周”入院。患者1个月前出现间断黑便,呈条状,每日2~3次,至当地医院查血常规提示血红蛋白64g/L,胃镜提示慢性非萎缩性胃炎。当地医院予输注红细胞悬液、抑酸、补液等治疗后症状好转出院。1周前患者无明显诱因下出现柏油样便,每日2~3次,量中等,伴头晕、乏力,无腹痛、恶心、呕吐等不适,至我院消化内科门诊就诊。既往无特殊病史。查体:腹平软,无压痛。辅助检查:血常规示血红蛋白83g/L、血小板 $363 \times 10^9/L$ 。大便常规:棕黄色,隐血试验(++)。凝血功能:凝血酶原时间13.3s,纤维蛋白原1.9g/L。电解质、肾功能、肝功能、血脂、心肌酶谱正常。铁蛋白、维生素B12、叶酸正常。腹部CT平扫+增强:慢性肝损害改变,肝左外叶囊性病变;子宫右侧异常强化结节,左侧附件区多发囊性病灶,盆腔积液。腹部彩超:胆囊息肉图像(4mm×3mm),肝脏、脾脏、胰腺、双肾未见明显异常图像。复查胃镜:慢性非萎缩性胃炎。肠镜:回肠末端见较多红色血液,盲肠、升结肠、横结肠、降结肠、直肠黏膜未见明显异常。双气囊小肠镜:空肠增生性息肉伴淋巴管扩张并出血;钩虫感染(图1)。小肠镜下病变处取活检,病理示(空肠)增生性息肉,淋巴管扩张,黏液细胞内疑有微生物或虫体感染。消化内科予抑酸、止血、输注红细胞、驱虫治疗后症状稍好转,转入普通外科行腹腔镜探查+小肠部分切除术。术中切除病变肠段,手术病理:(肉眼所见)部分小肠肠管一段,距一端4cm处见一隆起型肿物,肿物大小约3.5cm×3.0cm×0.6cm,肿物表面灰红点状,切面灰红性实质(图2);(光镜

下所见)小肠黏膜层及黏膜下层大量不规则囊腔,内衬内皮细胞,腔内见淋巴液,其余黏膜急慢性炎,充血、出血,淋巴结可见大量囊腔(图3)。诊断:小肠海绵状脉管瘤,其余黏膜急慢性炎,淋巴结1枚可见海绵状脉管瘤。患者术后无黑便、便血,无腹胀、腹痛等不适,持续随访中。

讨论 淋巴管瘤是一种罕见的淋巴管畸形,多见于颈部或腋窝皮肤、腹膜后、腹壁、纵隔等部位。根据病变内所含淋巴管扩张程度不同,组织学上将其分为毛细淋巴管瘤、海绵状淋巴管瘤、囊性淋巴管瘤。近来有学者将血管瘤与淋巴管瘤混合构成者称为血管淋巴管瘤,或脉管瘤,其中以囊性淋巴管瘤最多见,海绵状脉管瘤最少见^[1]。本例患者手术切除标本中以海绵状淋巴管瘤为主,海绵状血管瘤含量较少。淋巴管瘤是由于胚胎时期脉管系统发育不良,导致淋巴液集聚、淋巴管扩张、结构紊乱而形成的瘤样畸形,可能与躯体基因突变有关,尚无相关家族性基因突变的证据,而血管内皮细胞生长因子(vascularendothelial cell growth factor, VEGF)家族中的VEGF-C参与原始淋巴囊的形成,可能与淋巴管瘤形成有关^[2-3]。小肠血管瘤约占小肠良性肿瘤的5%~10%,主要累及空肠和回肠,源于家族遗传性基因突变,有一定的遗传倾向,也可源于躯体基因突变,主要表现为慢性消化道出血^[4]。海绵状脉管瘤是海绵状淋巴管瘤和海绵状血管瘤的总称,是一种很罕见的脉管畸形,具体病因尚不明确,一般认为脉管瘤是源于胚胎时期淋巴管和血管系统发育不良,因此该病大多于幼时发病^[5-7]。脉管瘤也可以长时间处于稳定状态或缓慢增长状态,在受到激素、感染、炎症、创伤等刺激后,短时间

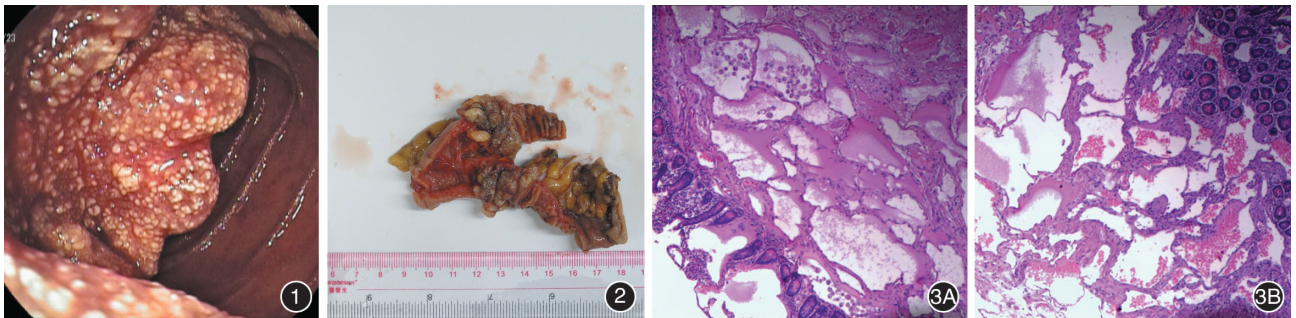


图1 双气囊小肠镜下空肠部位见一白色颗粒状隆起并出血,表面黏膜稍充血,肿物表面灰红点状

图2 手术切除标本,肿物大小3.5cm×3.0cm×0.6cm,

图3 切除肠标本示海绵状血管瘤 HE×100

DOI: 10.3760/cma.j.issn.1007-5232.2018.09.018

作者单位:570300 海口,海南医学院第二附属医院消化内镜科

通信作者:刘梦诗,Email: 623709926@qq.com

内转变为急性增长的良性肿瘤,从而出现腹痛、消化道出血等症状^[6]。本例患者为 35 岁中年女性,以消化道出血为主要症状,既往无溃疡、消化道出血等病史,双气囊小肠镜提示合并钩虫感染。钩虫成虫常定植于小肠黏膜,通过吸附在肠黏膜表面吸食血液为生,经常更换吸附点,引起机械性损伤,还可以释放抗凝物质致使损伤黏膜持续渗血。因此该患者成人发病的原因可能是长期处于稳定状态或缓慢生长状态的海绵状血管瘤,在受到钩虫叮咬引起的机械损伤和炎症反应情况下血管瘤迅速增长,自发性出血以及钩虫叮咬致出血。

腹部 CT、超声在血管瘤的诊断中均有一定作用。腹部 CT 检查可表现为囊性、囊实性肿物,但特异性不高,CT 增强扫描主要取决于瘤体内血管比例,对于血管比例较高者,增强扫描可见强化,对于血管比例较低者,增强扫描强化则不明显,容易漏诊^[5]。超声检查表现为强回声型、囊实性混合型、囊肿型,但对较小病变容易漏诊,且不能定性诊断^[8]。内镜检查在胃肠道血管淋巴管畸形的诊断中有着重要作用,可在直视下观察病变的基础上选择性取活检。血管瘤直视下表现为白色颗粒状隆起伴或不伴水肿,根据血管瘤成分含量,隆起表面伴有或不伴有发红,表面情况选择是否取活检。血管瘤的非手术治疗包括冷冻疗法、激光治疗、放射治疗、局部注射硬化剂,但手术切除效果更确切,外科手术可以进行彻底的腹腔探查后彻底切除病变,复发率很低^[5]。本例患者药物治疗后仍有反复出血,后予手术切除,术后恢复尚可,无黑便、便血等不适,目前仍在随访中。

参 考 文 献

[1] 石国英,毛家荣,徐红,等. 空肠血管淋巴管瘤 1 例报道及文

献复习[J]. 现代肿瘤医学, 2015, 23 (21) : 3161-3163. DOI: 10. 3969/j. issn. 1672-4992. 2015. 21. 034.

[2] Brouillard P, Boon L, Vikkula M. Genetics of lymphatic anomalies [J]. J Clin Invest, 2014, 124 (3) : 898-904. DOI: 10. 1172/JCI71614.

[3] Karkkainen MJ, Haiko P, Sainio K, et al. Vascular endothelial growth factor C is required for sprouting of the first lymphatic vessels from embryonic veins [J]. Nat Immunol, 2004, 5 (1) : 74-80. DOI: 10. 1038/ni1013.

[4] Shibuya T, Osada T, Mitomi H, et al. Jejunal capillary hemangioma treated by using double-balloon endoscopy (with video) [J]. Gastrointest Endosc, 2010, 72 (3) : 660-661. DOI: 10. 1016/j. gie. 2009. 12. 051.

[5] 邵丽华,程雪,陈万,等. 小肠系膜内血管淋巴管瘤一例并文献复习[J].海南医学,2017,28(2):331-332. DOI: 10. 3969/j. issn. 1003-6350. 2017. 02. 055.

[6] Pandey S, Fan M, Zhu J, et al. Unusual cause of 55 years of rectal bleeding: hemolymphangioma (a case report) [J]. Medicine (Baltimore), 2017, 96 (10) : e6264. DOI: 10. 1097/ MD. 0000000000006264.

[7] Kosmidis I, Vlachou M, Koutroufinis A, et al. Hemolymphangioma of the lower extremities in children: two case reports [J]. J Orthop Surg Res, 2010, 5 (1) : 56. DOI: 10. 1186/1749-799X-5-56.

[8] 程瑞萍,张利平,侯晓斌,等. 淋巴管瘤的超声诊断与病理对照分析[J].中国临床医学影像杂志,2009,20(11):851-852. DOI: 10. 3969/j. issn. 1008-1062. 2009. 11. 012.

(收稿日期:2017-11-16)

(本文编辑:周昊)

经皮内镜下胃造瘘术后固定器植入综合征一例

胡朝 韩泽民 高佳骏 李杏 张熾 张丹 周汝玲 何湘军 智发朝

固定器植入综合征(buried bumper syndrome, BBS)是经皮内镜下胃造瘘术(percutaneous endoscopic gastrostomy, PEG)一种少见而严重的并发症,是造瘘管内固定器嵌入胃壁或从胃壁脱出的一种病理状态^[1],如不及时处理,可引起出血、穿孔、腹膜炎和腹腔脓肿等并发症,甚至造成患者死亡。BBS的发生与造瘘管内、外固定器之间的张力过大有关。长期激素治疗可加速患者腹部脂肪沉积,并且影响造瘘

管周围组织愈合,是 BBS 发生的危险因素之一。本文通过总结 1 例长期接受激素治疗的患者出现 BBS 后的处理措施,对 BBS 的预防和护理方法进行分析与探讨。

患者女,79 岁,吞咽乏力,曾患吸入性肺炎 2 次,后因全身炎症反应综合征需要长期接受糖皮质激素治疗。为改善患者营养状态及防止再次发生误吸,于 2015 年 6 月 4 日行 PEG。术后患者情况良好,未诉明显不适。2016 年 11 月,患者出现阵发性腹痛,疼痛于注射营养液时明显,休息时缓解,当时未予重视。2016 年 12 月 9 日,患者腹痛加重,医护人员为其换药时发现造瘘口周围皮肤红肿,有较多血性黏液渗出,伴有恶臭。胃镜检查发现造瘘管内固定器的一部分已经被增生的胃黏膜所覆盖,但是大部分仍位于胃腔内(图 1),遂决定行内镜下造瘘管更换术:将原造瘘管向胃腔内推动,

DOI: 10.3760/ema.j.issn.1007-5232.2018.09.019

作者单位:510515 广州,南方医科大学南方医院惠侨医疗中心(胡朝、高佳骏、李杏、张熾、张丹、周汝玲、何湘军),消化内科(韩泽民、智发朝)

通信作者:何湘军,Email:hexjpurple@sina.com