

回肠憩室内异位胰腺并发下消化道大出血一例报告

Lower gastrointestinal bleeding caused by ectopic pancreas in ileum diverticula; a case report

吴有军¹, 单成祥¹, 宗敏², 仇明^{1*}

(1. 第二军医大学长征医院微创外科中心, 上海 200003; 2. 长征医院麻醉科)

[关键词] 回肠; 憩室; 胰腺; 胃肠出血

[中图分类号] R 576 [文献标识码] B [文章编号] 0258-879X(2007)12-1323-01

1 临床资料 患者男性, 25岁, 反复便血3个月。患者3个月前无明显诱因出现便血, 伴失血性休克, 在我院消化内科经保守治疗出血停止出院。入院前2d再次便血, 伴头晕、乏力, 无呕血。查体: 体温36.5℃, 血压100/60 mmHg (1 mmHg=0.133 kPa), 脉搏80次/min。贫血貌, 皮肤黏膜无黄染。腹部平坦, 无腹壁静脉曲张, 全腹软, 未及包块, 无压痛、反跳痛, 肠鸣音亢进。辅助检查: 血红蛋白66 g/L, 胃镜提示慢性浅表性胃炎, 结肠镜提示慢性结肠炎。考虑小肠出血。因出血为间断性且已给予止血治疗, DSA阳性率不高, 故行胶囊内镜检查, 见回肠末端一隆起性病变, 伴活动性出血(图1A)。初步诊断: 小肠占位、性质待查。经积极术前准备在全麻下行腹腔镜探查术, 术中见距回盲瓣约30 cm回肠壁上有一憩室, 长约7 cm, 直径约1.3 cm, 憩室盲端可见一圆形肿块, 直径约1 cm。余脏器未见异常。以无损伤抓钳牵起憩室, 用内镜下切割缝合器于其根部将憩室切除。病理报告为异位胰腺组织(图1B)。术后恢复顺利, 随访6个月未再出血。

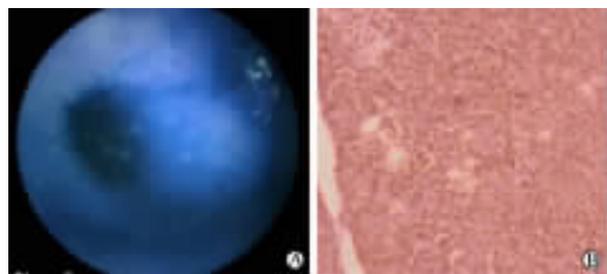


图1 回肠憩室内异位胰腺

A: 胶囊内镜检查回肠末端一隆起性病变, 伴活动性出血; B: 病理报告为异位胰腺组织

2 讨论 异位胰腺属临床相对少见的疾病。发病部位多变, 主要见于胃及肠壁。发生在回肠憩室内的极少。其病理学特点为: 单发结节, 大小一般在0.5~5 cm, 无被膜, 常有胰管开口, 镜下观与正常胰腺基本相同。本病的难点在于诊断, 原因主要有: 发病率低, 易被忽略; 无固定的发病部位, 临床表现复杂多样, 无特异性; 影像学(超声、CT、MRI)表现与息肉、肿瘤难鉴别; 病理在诊断中占主要地位, 而内镜活检受病变位置、深度影响, 导致手术常成为确诊的唯一方式。因此诊断关键在于提高警惕, 综合运用造影、内镜、超声、CT、穿刺等各种手段, 先定位后定性, 如发现肿块但不能明确性

质或以肠套叠、穿孔等急性并发症就诊者即有必要手术探查。本病除“脐样征”及“中央导管征”等特征性表现外, 以下征象具有一定的提示意义: (1) 内镜超声下低回声团块, 位于黏膜下层; (2) 增强CT与正常胰腺对照有类似图像及密度变化; (3) 高分辨率MRI发现肿块内导管样结构。传统纤维内镜对诊断本病具有重要价值, 但小肠几乎是其检查盲区, 近年发展起来的胶囊内镜技术则弥补了这一不足, 其缺点是较昂贵及不能进行活检。本例即为胶囊内镜的成功应用实例, 意外的是检查时胶囊进入憩室而将其“误以为”回肠, 术中才发现为憩室。

目前对该病的治疗多数主张手术切除, 包括无症状偶然发现者。手术方式由发病部位决定, 应尽可能缩小手术范围, 能局部切除的行局部切除即可, 但不宜单纯剥除, 不能局部切除的行所在器官的部分切除。合并小肠憩室的遵循憩室处理原则, 如憩室较大则切除部分肠壁或肠段。如有恶变则行根治术。对于合适病例可优先选择腹腔镜手术, 具有创伤小、恢复快的优点。

[收稿日期] 2007-10-20

[修回日期] 2007-12-02

[本文编辑] 孙岩

[作者简介] 吴有军, 硕士生, E-mail: wuyoujun830@sohu.com

* Corresponding author, E-mail: minimally18@163.com