

迷走胰腺 32 例临床分析

Clinical analysis of aberrant pancreas: a report of 32 cases

何天霖, 胡先贵, 张怡杰, 刘 瑞, 周旭宇, 周颖奇, 邵成浩, 金 钢, 曹贵松, 唐 岩

(第二军医大学长海医院普通外科, 上海 200433)

[摘要] **目的:**探讨迷走胰腺的临床诊断与外科治疗要点,提高迷走胰腺的外科诊治水平。**方法:**回顾性分析 1996 年 1 月至 2006 年 2 月我院收治的 32 例经病理证实的迷走胰腺病例资料,对其临床诊断及外科处理进行分析,并结合文献讨论。**结果:**32 例迷走胰腺中梗阻型 6 例,出血型 2 例,溃疡型 2 例,肿瘤型 6 例,憩室型 1 例,隐匿型 15 例。术前经胃镜及超声内镜发现 12 例,其中 7 例直接确诊,另外 5 例误诊。其余 20 例均在手术中意外发现。治疗以胃部分切除术、肠切除术及肿块切除为主。手术后,由迷走胰腺引起的临床症状均缓解。**结论:**迷走胰腺临床表现复杂多样,常易被误诊和漏诊,内镜下活检是最有效的术前诊断方法,但取材要深达黏膜下或肌层,否则易出现假阴性。当症状明显时,应积极手术治疗。

[关键词] 胰腺; 迷芽瘤; 内镜; 活组织检查

[中图分类号] R 576 **[文献标识码]** B **[文章编号]** 0258-879X(2006)12-1387-02

迷走胰腺(aberrant pancreas)亦称异位胰腺(heterotopic pancreas)或副胰(accessory pancreas)。凡在胰腺本身以外生长的、与正常胰腺组织既无解剖上的联系,又无血管联系的孤立的胰腺组织,均称为迷走胰腺。迷走胰腺属于一种先天性畸形,由吉恩-舒尔茨(Jean-Schultz)于 1727 年首次报道^[1]。发病率国内外文献报道不一,国内一般报道为 0.1%~0.3%,国外报道为 0.42%,在尸体解剖中发生率为 0.11%~0.21%,男女之比约为 3:1。本病的发病年龄最小为新生儿,最大 88 岁,平均 40.3 岁,男女之比为 3:1^[2,3]。近年,随着内镜、CT 等影像学技术的发展,其检出率正逐年增加。本研究回顾性分析 1996 年 1 月至 2006 年 2 月我院收治的 32 例经病理证实的迷走胰腺病例资料,研究其临床诊治特点。

1 临床资料

1.1 一般资料 32 例迷走胰腺患者男 24 例,女 8 例,男女之比为 3:1;年龄 16~60 岁,平均(33.2±19.5)岁。迷走胰腺异位于十二指肠的 12 例,胃 8 例,空肠 5 例,回肠 2 例、胆囊 2 例,肠系膜 2 例,脾脏 1 例,均为单发。病灶大小范围,从最小的 1 cm×1 cm×0.6 cm,到最大的 6 cm×5 cm×5 cm。32 例中合并胆囊结石的 6 例,胆总管结石的 4 例,门脉高压症的 3 例,肝癌的 2 例,胆总管囊肿、胃平滑肌瘤、胃癌、肝脏血管瘤、胰腺钩突癌、十二指肠乳头癌、十二指肠憩室各 1 例。胃镜及超声内镜发现 12 例,剖腹手术中发现 20 例。病程 2 周至 8 年。

1.2 临床表现 32 例迷走胰腺患者中出现上腹部饱胀不适 16 例,上腹部疼痛 13 例,恶心呕吐 5 例,返酸暖气 4 例,呕血黑便 2 例,皮肤巩膜黄染 2 例,腹部包块 2 例,上腹部压痛 4 例,Morphy 征阳性 2 例,脾大 3 例。并发上消化道出血 2 例,梗阻性黄疸 2 例,急性胰腺炎 2 例。根据临床表现分型:梗阻型 6 例,出血型 2 例,溃疡型 2 例,肿瘤型 6 例,憩室型 1 例,隐匿型 15 例。

1.3 临床及病理诊断 32 例迷走胰腺,经胃镜及超声内镜

发现 12 例,除 7 例直接诊断为迷走胰腺外,其余 5 例分别误诊为息肉、平滑肌瘤。胃镜下迷走胰腺呈隆起性病变,直径 0.6~2.5 cm,多呈半球状或乳头状,7 例中央有凹陷,且有开口。迷走胰腺目前诊断主要依靠病理学诊断,光镜下迷走胰腺和正常胰腺组织相似,可见胰腺小叶、胰腺腺泡、导管,仅有 3 例同时可见胰腺腺泡、导管和胰岛。

2 方法和结果

32 例迷走胰腺患者,行胃部分切除术 12 例,肠切除术 5 例,胆囊切除 2 例,脾脏切除 1 例,胰十二指肠切除术 5 例,肿块切除 7 例。其中 6 例肿瘤型病例,行胃部分切除 5 例,1 例行胰十二指肠切除术。手术后,由迷走胰腺引起的临床症状均缓解。所有病例均痊愈出院,无 1 例出现术后并发症。随访 6 个月至 5 年,1 例术后 1 年死于胰腺癌复发与转移,1 例术后 2 年死于肝癌复发。无 1 例因本病引起的死亡。

3 讨论

迷走胰腺的发生原因目前尚不清楚。可能与胚胎发育异常及胚胎期炎症有关,也有部分学者用返祖现象解释。

迷走胰腺组织大多数呈淡黄色或淡红色,单个分叶状结节,偶见多个。直径多为 1~2 cm,6 cm 以上者极为少见。常埋藏于胰腺以外的器官中。迷走胰腺外观形态与正常相似,但无被膜,不能剥离。其中央稍凹陷,常有胰管开口。显微镜所见为正常胰腺组织,有腺泡、异管等小叶结构,约 1/3 的病例可见胰岛。迷走胰腺可见于腹腔的任何部位,以十二指肠最多见^[4,5]。我院 32 例迷走胰腺的所在部位:胃 8 例,占 25.0%(其中胃窦部 7 例,为 87.5%,胃体部 1 例,12.5%);十二指肠 12 例,占 37.5%;空肠 5 例,占 15.6%;胆囊 2 例,占 6.3%;肠系膜 2 例,占 6.3%;脾脏 1 例,占 3.1%。

迷走胰腺多无临床症状,可在手术或尸检中偶然发现。

[作者简介] 何天霖,博士,讲师、主治医师。

E-mail:skyrainhe@sina.com.cn

由于生长于某些特殊位置或发生其他病理变化时,可出现以下6种临床表现,有人也称其为6型:(1)梗阻型,生长于消化道的迷走胰腺,可引起所在器官的压迫或狭窄而出现梗阻症状。如位于胃窦部可引起幽门梗阻,位于乏特壶腹部可引起胆道梗阻,位于肠道可引起肠梗阻或肠套叠等;(2)出血型,迷走胰腺易引起消化道出血,其原因可能系迷走胰腺周围胃肠道黏膜充血、糜烂,或侵蚀胃肠道黏膜血管导致消化道出血;(3)溃疡型,位于胃肠道的迷走胰腺,由于受消化液的刺激,可分泌胰蛋白酶,消化胃、肠黏膜而形成溃疡;位于黏膜下的迷走胰腺,可压迫上层黏膜引起黏膜萎缩,然后发生溃疡;(4)肿瘤型,迷走胰腺如位于胃肠道的黏膜下层,可使黏膜局部隆起;位于肌层内则可使胃壁或肠壁增厚,容易被误诊为消化道肿瘤。偶尔迷走胰腺组织会发生胰岛素瘤,引起血糖过低;恶性变时则出现胰腺癌的表现;(5)憩室型,迷走胰腺组织可位于胃肠道的先天性憩室内,尤其在美克尔(Meckel)憩室内最为常见,有学者认为这是由于肠壁肌层有迷走胰腺组织使局部肠壁薄弱,有利于憩室形成,并可出现憩室炎、出血等症状;(6)隐匿型,由于异位胰腺是先天性发育异常,因此,有些病例可终生无任何症状,或在手术或尸检时偶然被发现。此外,按照有无导管结构,迷走胰腺还可分为:(1)完全型,具有所有内外分泌结构的迷走胰腺,可分泌各种消化酶并通过导管排入消化道并刺激其黏膜细胞引起上腹疼痛;(2)不完全型,缺乏导管结构的迷走胰腺多无临床表现。迷走胰腺常并发急性胰腺炎、慢性胰腺炎、囊肿、腺瘤、腺癌等^[6~8]。

迷走胰腺解剖位置多变,大小不定,临床表现复杂多样,临床诊断比较困难,术前误诊、漏诊相当普遍。但近年来随着医学影像技术的进展,以及内镜下超声、活检等技术的蓬勃开展,其术前确诊率明显提高。内镜下典型的表现为外形类似无蒂息肉,体积较少,如能发现隆起性肿物上的开口可获得迷走胰腺的肯定诊断,并在开口或凹陷处注射促胰液素,有胰液流出时有助于本病诊断。对于较小的病变往往不能有阳性发现,即使发现了病变,内镜下活检,咬割的组织多局限于黏膜的表面,常常漏诊,所以取材要求深达黏膜下或肌层。消化道造影对食管、胃、十二指肠、结肠、小肠等壁上隆起性病变有较高的发现率,为传统的诊断方法,X线典型的征象为界限清楚的黏膜下,圆形或卵圆形的充盈缺损,表面光滑,基底部较宽、不活动。如在充盈缺损中心见到小钡斑(似溃疡龛影),称为脐样凹陷或脐样征。在切片上,有时可在充盈缺损中有一细管状致密影伸入其中,称为导管征。脐样征和导管征是迷走胰腺的特征性表现。此外,脐样

凹陷开口插管抽取胰液测定淀粉酶也有助于本病的诊断^[9,10]。

迷走胰腺继发病理改变并引起明显症状时,应进行手术治疗。如胃次全切除术、肠切除术、憩室切除术等。病灶较小者可作部分胃壁或肠壁切除,再缝合胃壁或肠管。切忌试图从胃、肠壁上单纯剥离异位胰腺组织。如果在其他手术中偶尔发现异位胰腺,且患者在术前也无异位胰腺引起的症状,在不影响原定手术和切除异位胰腺并不困难的情况下,应尽可能予以同时切除。术中还应作冰冻切片,如有癌变则应扩大切除范围或行根治术。

总之,对迷走胰腺的进一步认识非常重要,结合多种临床检查方法,有利于迷走胰腺的诊断。外科手术治疗是治疗有症状迷走胰腺的最有效方法。

[参考文献]

- [1] Yaseshima HT. An autopsy case of pancreatic and ectopic nesidioblastosis[J]. *Pathol Int*, 2001, 51: 376-379.
- [2] 施勇, 钱金岳, 陈吴兴. 异位胰腺的临床解剖和外科治疗[J]. *中国中西医结合外科杂志*, 2005, 11: 161-162.
- [3] Eisenberger CF, Gocht A, Knoefel WT, et al. Heterotopic pancreas—clinical presentation and pathology with review of the literature[J]. *Hepatogastroenterology*, 2004, 51: 854-858.
- [4] Shi HQ, Zhang QY, Teng HL, et al. Heterotopic pancreas: report of 7 patients[J]. *Hepatobiliary Pancreat Dis Int*, 2002, 1: 299-301.
- [5] Boehm SA, Moenig SP, Thul R, et al. Heterotopic gastric pancreas: a rare cause of abdominal complaints[J]. *Chirurg*, 2003, 74: 583-586.
- [6] Ormarsson OT, Haugen SE, Juul I. Gastric outlet obstruction caused by heterotopic pancreas[J]. *Eur J Pediatr Surg*, 2003, 13: 410-413.
- [7] Tihanyi Z, Luka F, Botos B, et al. Antral ectopic pancreas causing gastric outlet obstruction [J]. *Magy Seb*, 2005, 58: 331-333.
- [8] 倪启超, 沈洪薰, 陈玉泉. 异位胰腺 20 例临床分析[J]. *外科理论与实践*, 2005, 10: 88-89.
- [9] Aviles-Salas A, Castro-Ortega CB. Gastric emptying obstruction secondary to pancreatic heteropathy in antrum[J]. *Gac Med Mex*, 2004, 140: 635-663.
- [10] 黄咏东, 符林梅. 迷走胰腺 11 例分析[J]. *临床荟萃*, 2005, 20: 1409.

[收稿日期] 2006-08-24

[修回日期] 2006-11-09

[本文编辑] 曹静