

## 胃底憩室误诊为左肾上腺囊肿 1 例

罗迦耀, 彭翰斐, 方祀福, 龚瑾

(暨南大学附属第一医院胃肠外科, 广东 广州 510632)

**摘要:**目的 探讨胃底憩室误诊原因、临床特点及治疗方法。方法 回顾我院收治一例初诊为左肾上腺囊肿患者的胃底憩室患者的诊治过程。结果 该例患者最终确诊为胃底憩室。结论 胃底憩室易误诊为左肾上腺肿物, 应结合临床特点及辅助检查结果加以确诊, 腹腔镜手术是治疗胃底憩室的安全有效的方法。

**关键词:**胃憩室; 肾上腺囊肿; 误诊

**中图分类号:** R573.9

**文献标识码:** C

**文章编号:** 1001-5817(2018)06-0599-03

doi:10.3969/j.issn.1001-5817.2018.06.023

胃憩室为罕见疾病, 临床确诊较为困难, 其中胃底憩室因其解剖原因在影像学检查中易误诊为无临床症状的左肾上腺肿物。暨南大学附属第一医院曾收治 1 例初诊为左肾上腺囊肿的胃底憩室患者, 现将诊治经过报道如下。

### 1 临床资料

患者女性, 30 岁, 因体检发现左侧肾上腺肿物 13 d 余至我院泌尿外科住院治疗。既往因房间隔缺损于外院行房间隔缺损修补术, 外院泌尿系 B 超检查提示: 左肾上腺区域液性占位病变, 性质待查, 建议进一步检查。我院门诊肾上腺 CT 平扫及增强检查提示: ①左肾上腺囊性占位, 考虑良性病变, 淋巴管囊肿可能性大(见图 1); ②肝内小囊肿。患者诉无不适, 无异常临床表现。体查: 体温 36.5℃, 脉率 87 次/分, 呼吸 20 次/分, 血压 15.16/10.24 kPa。腹部外形平坦, 未见胃肠型及蠕动波。腹平软, 全腹未触及包块, 无压痛、反跳痛。全腹叩诊鼓音。双肾区无叩击痛。肠鸣音正常。初步诊断为: ①左侧肾上腺肿物待查: 肾上腺淋巴管囊肿? ②肝囊肿; ③房间隔缺损修补术后。入院后完善血常规、凝血、肝肾功能及生化、电解质、病毒全套、尿便常规等检查, 均未见异常。考虑患者无特殊临床症状及相关辅助检查未见异常, 但 CT 所报囊肿体积较大, 故决定行后腹腔镜左肾上腺肿物探查并肿物切除术, 以明确诊断及行进一步治疗。术中探查至左肾上腺及邻近区域, 未见异常; 继续游离周围组织至后腹膜进一步探查, 仍未见明确病变, 请胃肠外科会诊后建议行腹腔镜探查, 仔细探查游离胰腺、胃体及胃后壁, 向上游离至胃底, 可见一 5 cm×5 cm×4 cm 大小胃憩室, 距贲门处约 12 cm, 边界清晰(见图 2A)。用超声

刀切开憩室探查, 可见憩室内食糜涌出, 为米黄色黏稠状内容物(见图 2B), 用生理盐水反复冲洗干净, 见憩室开口约 1 cm。经口腔放置胃管作为术中指引, 使用直线型切割闭合器从已分离胃大弯侧切割胃底憩室组织, 完成胃近端部分切除术。切除组织置入标本袋内送病理学检查。术后病理:(胃底憩室)镜下见大部分胃黏膜完整, 局部缺损, 黏膜下层水肿, 血管扩张充血, 可见少量淋巴细胞浸润, 符合胃底憩室炎。患者术后恢复情况良好, 未见术后并发症, 予抗感染、护胃、抑制消化液分泌、止痛、补液、术口换药等对症支持治疗, 于术后第 8 日出院。于术后 6 个月电话随访, 患者诉无不适, 能正常工作生活。

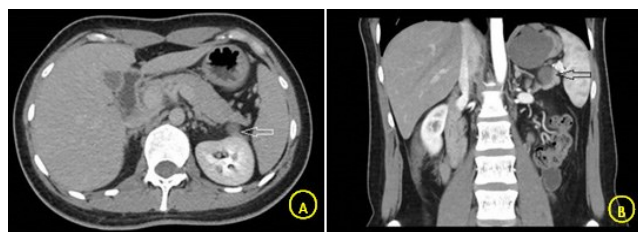


图 1 CT 扫描结果

注: 箭头所指为 CT 左上腹胃及肾上腺间隙囊性占位

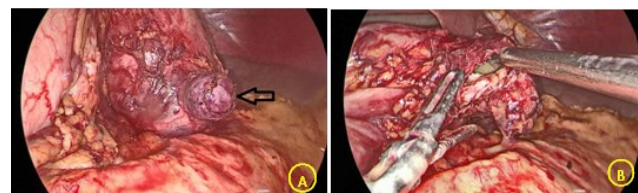


图 2 腹腔镜检查结果

注: A: 术中探查所见 5 cm×5 cm×4 cm 大小胃底憩室(箭头所指), 距贲门处约 12 cm, 边界清晰; B: 用超声刀切开憩室探查, 可见憩室内食糜涌出

**第一作者简介:** 罗迦耀(1991—), 男, 在读硕士研究生, 住院医师, 研究方向: 普通外科, E-mail: 329556170@qq.com

**通信作者简介:** 龚瑾(1972—), 男, 博士生导师, 主任医师, 研究方向: 消化道肿瘤的腹腔镜微创手术, E-mail: gongjin51@gmail.com

## 2 讨论

胃憩室为胃壁囊样膨出,是一种发病率非常低的消化道憩室类疾病。据文献报道<sup>[1]</sup>,通过上消化道造影发现胃憩室的概率仅为0.04%,在尸体解剖检查中胃憩室的检出率为0.02%。其发病机制及原因尚不清楚,据文献报道<sup>[2]</sup>可分为先天性和后天性两类,以先天性为多见。胃部肌层的先天性发育不良而引起胃壁的膨出是先天性胃憩室发生的重要原因。而后天性多因病理性原因引起,如胃的周围性炎性粘连、机械牵拉或溃疡造成胃壁黏膜组织收缩变形或各种原因导致胃局部内压增高所致。先天性胃憩室多发生于胃后壁,其次是食道与胃连接处下方区域,憩室壁为胃壁的三层组织学结构,但获得性的胃憩室缺乏胃肌层组织<sup>[3]</sup>。

肾上腺为腹膜后位器官,毗邻器官较多,左肾上腺根据其前方在不同的断面毗邻器官,分别为胃底、胰体、降结肠、脾及其动静脉等。毗邻肾上腺的结构发生病变形成为类似囊实性肿物时,在影像学容易表现为左肾上腺来源的肿物。故CT读片时未引起注意而易误诊为肾上腺肿瘤或囊肿<sup>[4-5]</sup>。

胃憩室多数为意外发现,患者的临床表现取决于胃憩室发生部位和憩室口大小、憩室颈部是否存在狭窄,多无明显症状。亦有少部分患者存在临床症状,如上腹部剑突下疼痛不适,餐后的饱胀感或纳差、反酸嗝气,严重者可出现吞咽困难,甚至呕吐、黑便等症状,少数病例报告出现憩室出血或穿孔的情况<sup>[6]</sup>,多见于体积较大且颈部狭窄而导致食物残留的病例。而肾上腺囊肿是一种临床上发病率较低的良性疾病,尸体解剖研究报告中肾上腺囊肿的检出率仅为0.06%,在人群中女性的发病率较高,肾上腺囊肿通常是单侧发病,双侧发病者少见<sup>[7]</sup>。在病理学分类上,肾上腺囊肿被划分为四种类型,分别为假性、内皮性、上皮性和寄生虫性囊肿,其中内皮性囊肿发病比例较高,占有肾上腺囊肿发生率的21.00%~32.00%。根据囊性壁的内层组织来源可分类为淋巴管和血管瘤性囊肿。绝大多数肾上腺囊肿病例无特殊临床表现,大多数囊肿为无功能性囊肿。有报道<sup>[7]</sup>少部分病例肾上腺囊肿会出现激素分泌异常,检测到异常量的儿茶酚胺、醛固酮、皮质醇等,从而引起相应的内分泌异常的临床表现。而当肾上腺囊肿体积较大时会造成对邻近组织器官的压迫,如压迫肾动脉、静脉,从而导致患者出现高血压症状,手术解除囊肿压迫后血压可恢复正常。若囊肿压迫消化道,则引起相应区域的疼痛,甚至梗阻等。本例患者均无相关临床症状,结合肿物位于胃及肾上腺间隙,故极易误诊为无临床症状的左肾上腺囊肿。

CT影像学和内镜检查对于明确鉴别胃底憩室与左肾上腺肿物来源的诊断价值非常有限。通过胃镜检查检出胃憩室的概率仅为0.30%,通过CT平扫检

查,可发现薄壁囊性或实性肾上腺肿块,但通常肿物来源的鉴别诊断意义不大,对临床诊断的提示作用较低<sup>[8-10]</sup>。在CT平扫时如发现左肾上腺肿物有以下特点时应当注意与胃底憩室相鉴别:①肿物内可见气体影及液体平面,应该考虑为消化道来源肿物可能。②肿物内容物密度与消化道内容物密度相近。③通过上消化道造影对比检查,左肾上腺区肿物与胃内容物密度都表现为同一密度或者相近密度。④在CT平扫时可见肿物有明显与胃部相连征象:胃底憩室通常具有与胃相接的颈部<sup>[11]</sup>。本例病例中CT平扫提示左上腹胃及肾上腺间隙囊性占位,囊性内容物与体液CT值近似,且未见气体影及液体平面、强化期未见肿物强化,囊性肿物位置靠近左肾上腺区域,患者并无其他特殊临床症状,故误认为肿物为肾上腺淋巴管囊肿。

关于胃憩室的治疗,目前尚无证据表明对于无症状胃憩室需进行特殊治疗。但对于引起临床症状的胃憩室如反复上腹部疼痛、憩室炎、出血、憩室穿孔等,药物、内镜保守治疗无效或憩室体积较大、憩室颈狭小、室内常有胃内容物残余,可行手术治疗。目前已有起报道腹腔镜下胃憩室切除<sup>[10]</sup>。本文中的病例,腹腔镜探查所见憩室体积较大且憩室颈部狭窄,食物容易残留于憩室内,容易引起憩室黏膜糜烂从而导致溃疡、出血、穿孔等并发症,因此可行手术治疗,术中可见食糜潴留,术后病理汇报为胃底憩室炎。胃憩室的手术治疗应首选腹腔镜切除,尽管文献没有描述用于治疗胃憩室的标准方法,但是腹腔镜治疗对于胃憩室患者来说是一种安全有效的方法<sup>[10]</sup>。Fine<sup>[12]</sup>在1998年报道第一例腹腔镜下胃憩室切除术,后有多例运用腹腔镜切除胃憩室的报道,所有病例均经腹腔镜手术治疗成功,并切除了胃憩室,且随访恢复良好,并发症少。根据文献报道<sup>[13]</sup>75%的胃憩室位于胃底后壁,憩室的大小通常小于4cm,本例病例患者胃憩室位置位于胃底,故选用腹腔镜切除胃底憩室更易于暴露憩室。相比传统开腹手术暴露胃底目标而言,腹腔镜手术更易于暴露胃底憩室,在手术的精细解剖上更具有优势,副损伤更少。

综上所述,胃憩室为罕见疾病,一般情况下无特殊临床表现,而胃底憩室在影像学的表现上与左肾上腺肿物常难以鉴别,易导致误诊,故对于无临床症状的左肾上腺肿物且CT检查中肿物密度与胃内容物密度相似时,应考虑胃底憩室可能。必要时可行手术探查,可快速确诊并行进一步治疗。对于确诊为胃憩室的病例,憩室较大且开口狭小、具有腹部不适症状或憩室相关并发症的患者,腹腔镜下手术治疗胃憩室是安全且有效的方法。

(下转第606页)

- [19] 邓玲. 新生树鼯乙肝模型的优化及树鼯感染 HBV 后体内免疫相关因子 IFN- $\gamma$ 、TNF- $\alpha$  的变化初探[D]. 南宁: 广西医科大学, 2016.
- [20] Lee M, Lee M, Lee SK, et al. Expression of Th1 and Th2 type cytokines responding to HBsAg and HBxAg in chronic hepatitis B patients[J]. J Korean Med Sci, 1999, 14(2):175-181.
- [21] 周翔, 李绍民. 乙型肝炎患者血清 IL-10 和 IFN- $\gamma$  水平检测及其意义[J]. 继续医学教育, 2015, 29(4):93.
- [22] Wieland SF, Spangenberg HC, Thimme R, et al. Expansion and contraction of the hepatitis B virus transcriptional template in infected chimpanzees [J]. Proc Natl Acad Sci U S A, 2004, 101(7):2129-2134.
- [23] 陈永琴, 金文君, 戴梦璐. 慢性乙型肝炎患者 IFN- $\gamma$ 、IL-10 和 CD19~+ 水平检测与病毒载量的关系[J]. 检验医学, 2013, 28(4):315-317.
- [24] 陶鹏辉. 乙型肝炎病毒感染者血清 HBV DNA 与 IL-21 及 IFN- $\gamma$  水平的相关性[J]. 实验与检验医学, 2017, 35(3):347-350.
- [25] 梅燕, 黄星. 乙型肝炎病毒宫内感染与 IFN- $\gamma$  和 IL-4、IL-6 细胞因子的相关性[J]. 中国优生与遗传杂志, 2007, (10):37-38, 106.
- [26] 王燕, 杨虹. 乙型肝炎病毒感染孕妇血清白介素-2、白介素-4、白介素-6 和干扰素- $\gamma$  与宫内感染的相关性[J]. 中国医药导报, 2013, 10(23):67-69.
- [27] 王菲菲, 马小星. 乙肝表面抗原和乙肝 e 抗原均阳性产妇乙肝病毒宫内感染情况及与 Toll 样受体 4 和干扰素- $\gamma$  的相关性分析[J]. 中国计划生育和妇产科, 2018, 10(10):78-80.
- [28] 陈霞, 杨静秀. TLR3、IFN- $\gamma$  与 HBV 宫内感染的关系[J]. 中国妇幼保健, 2018, 33(9):1952-1954.

收稿日期:2018-10-26;修回日期:2018-11-26

(上接第 600 页)

#### 参考文献:

- [1] Palmer ED. Gastric diverticula[J]. Int Abstr Surg, 1951, 92(5):417-428.
- [2] Donkervoort SC, Baak LC, Blaauwgeers JL, et al. Laparoscopic resection of a symptomatic gastric diverticulum: a minimally invasive solution[J]. JLS, 2006, 10(4):525-527.
- [3] Chasse E, Buggenhout A, Zalcmann M, et al. Gastric diverticulum simulating a left adrenal tumor [J]. Surgery, 2003, 133(4):447-448.
- [4] Francis IR, Gross MD, Shapiro B, et al. Integrated imaging of adrenal disease[J]. Radiology, 1992, 184(1):1-13.
- [5] Verbeeck N, De Geeter T. Suprarenal mass due to a gastric diverticulum[J]. J Belge Radiol, 1994, 77(3):119-120.
- [6] Mahafza WS, Taib AA, Shahait AD, et al. Chronic gastritis in a gastric diverticulum misdiagnosed as a left adrenal mass[J]. Indian J Surg, 2015, 77(Suppl 1):150-152.
- [7] Tanuma Y, Kimura M, Sakai S. Adrenal cyst: a review of the Japanese literature and report of a case[J]. International Journal of Urology, 2001, 8(9):500-503.
- [8] Gockel I, Thomschke D, Lorenz D. Gastrointestinal: Gastric diverticula[J]. J Gastroenterol Hepatol, 2004, 19(2):227.
- [9] Schiller AH, Roggendorf B, Delker-Wegener S, et al. Laparoscopic resection of gastric diverticula: two case reports [J]. Zentralbl Chir, 2007, 132(3):251-255.
- [10] Rashid F, Aber A, Iftikhar SY. A review on gastric diverticulum[J]. World Journal of Emergency Surgery, 2012, 7(1):1.
- [11] 俞炳根, 王玉群. 胃底憩室 CT 与 MRI 诊断价值[J]. 医学影像学杂志, 2012, 22(5):788-790.
- [12] Fine A. Laparoscopic resection of a large proximal gastric diverticulum[J]. Gastrointest Endosc, 1998, 48(1):93-95.
- [13] Rodeberg DA, Zaheer S, Moir CR, et al. Gastric diverticulum: a series of four pediatric patients[J]. J Pediatr Gastroenterol Nutr, 2002, 34(5):564-567.

收稿日期:2018-10-17;修回日期:2018-11-30