tumors: imaging features with clinical and pathological correlation[J]. World J Gastroenterol, 2013, 19(20): 3108 - 3116.
[3] 孙雪峰, 张晓鹏, 唐 磊, 等. 恶性胃肠道间质瘤 CT 影像特点研究[J]. 中国实用外科杂志, 2009, 29(4): 327 - 330.
[4] 陈阿林, 夏建国, 丁洪彬. 胃肠道间质瘤的影像表现与鉴别诊断[J]. 医学理论与实践, 2013, 26(17): 2337 - 2339.
[5] 宋 彬, 王培军, 胡文娟, 等. 直肠间质瘤的螺旋 CT 表现[J]. 医学影像学杂志, 2011, 21(1): 79 - 81.
[6] 张龙江, 杨亚英, 祈 吉, 等. 胃肠道间质瘤的影像学表现[J]. 放射学实践, 2006, 21(4): 362 - 365.

(编辑: 周小林)

胃海绵状血管瘤 1 例

彭 学, 杨 歆, 樊超强, 杨仕明, 柏健鹰 (第三军医大学新桥医院消化内镜中心, 重庆 400037)

[**关键词**] 胃海绵状血管瘤; 内镜; 切除
[**中图分类号**] R573.9 [**文献标识码**] B [**文章编号**] 1672-5042(2015)06-0698-02

胃海绵状血管瘤是一种极为少见的疾病。大多数患者无症状, 多于常规胃镜检查中偶然发现, 部分患者可表现为腹痛、黑便、贫血等症状, 临床医生应提高对该病的认识。诊断上应根据常规胃镜、超声内镜、增强 CT 等检查, 并结合其他临床表现综合考虑。随着内镜新技术的不断出现、成熟, 除传统的外科手术切除、腹腔镜下切除外, 此类病变可在内镜下完整切除。

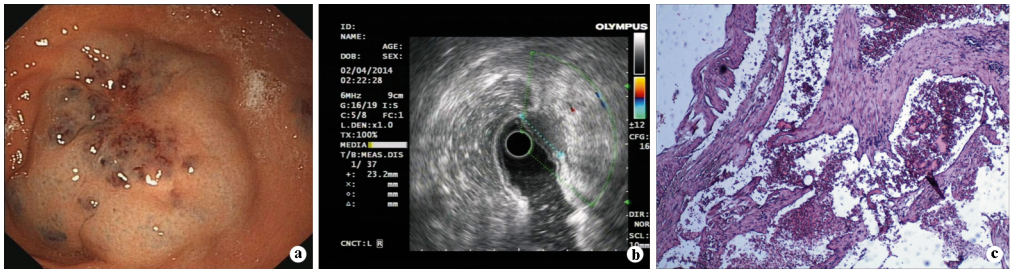
1 资料与方法

患者, 女, 43 岁, 因反复上腹胀伴黑便于 2014 年 3 月 31 日入我院。患者于 5 年前无明显诱因出现上腹胀, 伴反酸、烧心、嗳气, 大便呈羊粪状, 有时为黑便。入院前 2 个月再次出现上述症状, 1 周前我院门诊胃镜提示胃体隆起性病变; 慢性非萎缩性胃窦炎。既往无其他特殊疾病病史。

入院后腹部超声提示脂肪肝、肝囊肿; 肝胆胰脾螺旋 CT 平扫加增强扫描提示胃体大弯侧见点状高密度影, 壁未见明显增厚, 增强各期未见明显异常强化, 诊断上考虑肝左右叶包膜下多发静脉瘤的可能, 病灶边缘点状钙化, 肝周散在斑片状稍低密度影, 原因待查, 胃大弯侧点状钙化; 超声内镜检查于胃体下部大弯见一直径约 3.0 cm 黏膜隆起, 超声探查见第三、四、五层结构消失, 呈不均匀低回声, 大小约 2.35 cm × 2.0 cm, 包膜欠规整, 呈波浪状改变, 局部不连续, 与壁外组织分界不清, 周围未见明显肿大淋巴结, 考虑胃体占位, 见图 1。

患者转入普外科行手术治疗, 术中见胃窦部大弯侧后壁有 1 个大小约 6 cm × 5 cm × 4 cm 大小血管瘤样包块, 质软, 侵犯胃壁全层; 胃大弯系膜有侵犯, 未触及淋巴结肿大, 胃贲门部、幽门部未见明显转移灶, 行腹腔镜远端胃切除术。

术后病理: 部分胃标本, 大弯侧浆膜面见 1 个包块, 大小 7.5 cm × 3.5 cm × 2.0 cm, 对应胃黏膜面光滑, 无破溃, 肿块切面呈红褐色, 并见红褐色黏稠血性液体流出, 肿块多切面呈海绵状, 实性质软。病理诊断为远端胃海绵状血管瘤(图 1)。



a: 胃镜检查于胃体下部大弯侧见 1 个直径约 3.0 cm 黏膜隆起; b: EUS 探查见第三、四、五层结构消失, 呈不均质低回声团块, 包膜欠规整, 与壁外组织分界不清; c: 病理提示海绵状血管瘤

图 1 CT 检查及病理诊断

2 讨论

海绵状血管瘤是一种先天性的血管发育异常, 发病年龄从 12d 至 72 岁, 多发于成年, 且女性多见[1]。因血管组织的延伸、迂曲、扩张, 最终形成海绵窦状腔隙[2]。它可以发生于单一组织, 也可以呈弥漫性浸润生长, 累及多层、多种组织, 也可呈丛状沿肌间隔生长[3]。由于既往对血管畸形没有统一的命名, 所以查阅相关的文献和了解具体的发病率比较困难[4]。

海绵状血管瘤肝外罕见, 胃肠仅 0.05%[5]。发生于胃的血管瘤则更为少见, 约占胃良性肿瘤的 1.7%, 且多位于胃体及胃窦部[6]。根据术后病理, 该病例为肝血管瘤合并发生胃体的孤

doi: 10.11659/jjssx.02E015005
[**收稿日期**] 2015-06-13 [**修回日期**] 2015-06-27

立的海绵状血管瘤,术后病理显示病灶达 7.5 cm × 3.5 cm,极为少见。

胃的海绵状血管瘤无特异性的临床表现或体征,多于胃镜检查中偶然发现。部分患者可出现腹痛、黑便、贫血,多为肿瘤处黏膜层受到一定程度的破坏后引起的急、慢性出血,曾有活检致迟发性大出血的报道[7]。该病例仅仅表现为偶发黑便。

该病术前诊断率极低[6]。上消化道钡餐检查可能会漏掉这类良性的病变,如果血管瘤中形成了静脉石,则可能会被常规 X 片或 CT 检查所发现[8]。但进一步的诊断则需要内镜、超声内镜(endoscopic ultrasonography, EUS)及对比增强 CT(contrast-enhanced-computed tomography, CECT)等检查手段的联合应用。

Arafa 等[5]认为胃的海绵状血管瘤有其特有的内镜下表现:肿瘤略隆起于黏膜表面,外形呈水螅似的匍匐生长,表面光滑,中央略微凹陷,其间可见紫色或褪色的区域。但也有极少数病变色泽与胃黏膜颜色相同[7],也曾有误诊为胃炎的报道[4]。因此内镜医师遇见类似病变时要注意观察,想到海绵状血管瘤的可能。

因胃的这类良性肿瘤类似 SMT(submucosal tumour),所以 EUS 可能会是最好的评估手段。EUS 可以清楚地显示局部胃壁的结构层次、确定肿瘤的位置及浸润深度、可以判断肿瘤的囊、实性。海绵状血管瘤多发生于黏膜下层[9],但也可全层侵犯[2,4-6]。在 EUS 下多呈无回声或低回声团块状影,有时可见多个液性暗区相沟通。在多普勒下尚可探查有无血流信号,从而了解肿瘤有无其他的供应血管,从而评估术中出血的风险[4-6,9]。腹部的 CECT 扫描显示局部胃壁增厚,病灶内于静脉期可出现明显强化,部分病例尚可见到静脉石形成[8]。

该例患者诊治不足之处在于虽经胃镜、EUS 及螺旋 CT 平扫加增强扫描检查,但最终还是以外科手术及术后病理获确诊,主要是因为 CT 仅仅表现为胃体大弯侧高密度影,而 EUS 提示为实质性病变,与壁外组织分界不清,考虑实质性占位的可能,故术前未能明确诊断,但根据 CT 下肝左右叶包膜下多发静脉瘤可能应想到胃的病灶也为血管瘤的可能,值得临床医师引起注意。术后病灶实际面积比胃镜观察明显大,可能与病灶自浆膜层弥漫浸润并向黏膜层突破有关。故此类病变综合有关检查更易明确诊断。

内镜下活检不仅不能对诊断提供任何的帮助,还可能导致不同程度的出血。少量的出血可能导致病灶的缩小,使得 EUS 检查可能将其误诊为实质性肿瘤[5],而大量的出血则可能导致失血性休克等严重并发症[7]。因此,对于此类病灶严禁活检。

楔形切除、全胃或胃部分切除则是胃海棉状血管瘤的外科开腹手术的标准治疗方法。其他还包括烧灼、注射硬化剂[5]。然而,根据目前外科手术及内镜治疗技术的不断提高,以及相关辅助设备的发展,对于孤立的胃海绵状血管瘤,则可选择腹腔镜或内镜下切除肿瘤组织。本例患者即行腹腔镜下远端胃部分切除术,术后患者恢复良好。有学者建议于术前对病灶所累及的器官的黏膜层及浆膜层进行彻底检查,以期能完整地切除病灶,并对其余消化道进行详细检查[8];同时术中行内镜检查也是非常必要的,以明确是否行完整切除[1]。

考虑相关手术风险,特别是术中出血,对于行内镜下切除胃的海绵状血管瘤,则必须要严格掌握适应证。Arafa 等[5]报道 1 例胃的血管瘤,随访 5 年后肿瘤增大,经 EUS 评估后在双钳道内镜下行内镜下黏膜切除术(endoscopic mucosal resection, EMR)并成功完整切除肿瘤,术后病理证实为海绵状血管瘤。综合考虑,我们认为内镜下切除需注意:①肿瘤未突破黏膜下层,黏膜下层完整;②术前 EUS 探查显示肿瘤没有大的供应血管,评估术中出血风险较低(此点尤为重要);③肿瘤小于 2 cm。术中可采取稀释的肾上腺素液行黏膜下注射以预防出血[1,5]。对于发生于胃底的海绵状血管瘤的内镜下切除则需要有更高的内镜治疗技术[1]。当然,随着内镜新技术的不断出现、成熟,如内镜下全层切除技术(endoscopic full thickness resection, EFTR)[10]、内镜下黏膜下隧道切除术(endoscopic submucosal tunnel dissection, ESTD)以及相关内镜设备及附件的快速进步与发展,也许将来更大的或浸润更深的血管瘤有望通过内镜切除,减轻患者的痛苦,从而提高术后患者的生活质量。

[参考文献]

[1] Schettini ST, Ribeiro RC, Brito PL, et al. Gastric hemangioma in a 5-year-old boy[J]. J Pediatr Surg, 2007, 42(4): 717 - 718.

[2] 寇 镭,吴庆华. 海绵状血管瘤的治疗[J]. 心肺血管病杂志, 2004, 23(3): 191 - 192.

[3] Nagaya M, Kato J, Niimi N, et al. Isolated cavernous hemangioma of the stomach in a neonate[J]. J Pediatr Surg, 1998, 33(4): 653 - 654.

[4] 游雪叶,李建英,陈运新,等. 胃海绵状血管瘤误诊为胃炎 1 例[J]. 福建医科大学学报, 2009, 43(4): 337.

[5] Arafa UA, Fujiwara Y, Shiba M, et al. Endoscopic resection of a cavernous haemangioma of the stomach[J]. Dig Liver Dis, 2002, 34(11): 808 - 811.

[6] 左晓文. 胃海绵状血管瘤超声表现 1 例[J]. 中华超声影像学杂志, 2003, 12(11): 663.

[7] 李仲启,付汉中,魏国强,等. 胃底海绵状血管瘤活检致大出血一例[J]. 中化消化内镜杂志, 2005, 22(3): 215.

[8] Menon P, Rao KL, Bhasin S, et al. Giant isolated cavernous hemangioma of the stomach[J]. J Pediatr Surg, 2007, 42(4): 747 - 749.

[9] 刘景华,王 进,程 鹏,等. 超声内镜在光滑型食管隆起性病变中的诊断价值[J]. 世界华人消化杂志, 2010, 18(36): 3910 - 3913.

[10] 徐朝阳,田书信,尚国臣,等. 内镜下治疗胃间质瘤的临床疗效观察[J]. 吉林医学, 2014, 35(10): 2092 - 2094.

(编辑:杨 颖)