

# 肝脏异位胰腺一例

杨希, 黄卫

(暨南大学附属第一医院消化内科, 广东 广州 510632)

【关键词】 肝脏异位胰腺; 诊断; 治疗

【中图分类号】 R657.5 【文献标识码】 D 【文章编号】 1003-6350(2018)19-2797-02

异位胰腺(heterotopic pancreas)又被称为迷走胰腺,该病病因及发病机制迄今不明,其临床表现复杂多样,极易误诊、漏诊。现总结1例肝脏异位胰腺的临床资料以提高对该病的认识。

## 1 病例简介

患者男性,45岁,因“反复上腹胀痛1年,加重半个月”于2016年3月8日收入本院。既往病史无特殊。入院查体:生命体征平稳,神清。全身皮肤、黏膜无黄染,无肝掌、蜘蛛痣,无皮下出血点及瘀斑。全身浅表淋巴结未触及肿大。心肺(-)。全腹无明显压痛、反跳痛及腹肌紧张,全腹未触及明显肿块,肝脾肋下未及,移动性浊音(-)。肝区肾区无叩击痛。肠鸣音3~5次/min。双下肢不肿。辅助检查,血常规:白细胞(WBC)  $5.59 \times 10^9/L$ 、嗜中性粒细胞百分比73.2%;生化全套:结合胆红素  $8.8 \mu\text{mol/L}$ 、总胆红素  $24.3 \mu\text{mol/L}$ 、葡萄糖  $7.16 \text{ mmol/L}$ ;尿常规:潜血红细胞(RBC) 25 cells/ $\mu\text{L}$ 、酮体1.5 mmol/L、尿白细胞25 cells/ $\mu\text{L}$ 、尿蛋白0.1 g/L。病毒全套、凝血四项、粪便常规、肿瘤标志物[糖抗原199 (CA19-9)、甲胎蛋白(AFP)、癌胚抗原(CEA)]、胸片、腹部彩超未见明显异常。超声胃镜:十二指肠降部肿物,肠壁外可见多发肿大淋巴结。病理:(球降交界)镜下见黏膜表面充血、水肿,固有层大量淋巴细胞、嗜酸性粒细胞、

浆细胞浸润,黏膜表面轻度糜烂(图1)。积极予抑酸护胃等对症治疗,患者症状未见缓解。完善PET-CT:十二指肠降部占位,糖代谢稍增高,考虑小肠间质瘤可能性大,周围肠系膜数枚淋巴结可见,糖代谢未见升高。根据上述临床表现及相关检查结果,考虑十二指肠降部肿物为间质瘤可能性大,但不排除肿物为恶性,请胃肠外科医师会诊后转胃肠外科拟行“十二指肠肿瘤切除术”,术中见十二指肠球部以下可见一个占位,大小约  $3 \text{ cm} \times 4 \text{ cm}$ ,质硬,活动度一般,未突破浆膜层。全肝可见大量粟粒样结节,余腹腔未见转移结节。综合考虑患者病情,考虑为十二指肠间质瘤并肝转移,决定行胃空肠吻合术。并分别切除部分肝组织、胃切缘及肠切缘部分黏膜组织一块送病理。术程顺利、术后恢复可。术后病理:(肝组织)大体见:部分肝组织一块,  $2.7 \text{ cm} \times 1.2 \text{ cm} \times 0.2 \text{ cm}$ ,灰白灰黄色,切开见灰白结节3粒,直径0.2~0.3 cm,病理诊断:镜下肝组织中见灶性胰腺小叶结构,见腺泡导管,未见包膜,周围肝细胞内淤胆,符合肝组织异位胰腺组织(图2);胃切缘/肠切缘镜下见肠黏膜充血、水肿,黏膜内较多炎细胞浸润,伴黏膜糜烂。先后两次胃肠病理不支持肿瘤诊断。出院诊断:胰腺异位综合征。

通讯作者:黄卫。E-mail:thuangw@163.com

\*\*\*\*\*

## 参考文献

[1] 中华医学会神经病学分会神经肌肉病学组, 中华医学会神经病学分会肌电图及临床神经电生理学组, 中华医学会神经病学分会神经免疫学组. 中国吉兰-巴雷综合征诊治指南[S]. 中华神经科杂志, 2010, 43(8): 583-586.

[2] 贾建平. 神经病学[M]. 7版. 北京: 人民卫生出版社, 2013, 363-365.

[3] 中国疾病预防控制中心性病控制中心, 中华医学会皮肤性病学分

会性病学组, 中国医师协会皮肤科医师分会性病亚专业委员会, 等. 梅毒、淋病、生殖器疱疹、生殖道沙眼衣原体感染诊疗指南(2014)[J]. 中华皮肤科杂志, 2014, 47(5): 365-372.

[4] 朱真真, 张玉生, 郭黎, 等. 梅毒相关性吉兰-巴雷综合征1例报告[J]. 中国神经精神疾病杂志, 2013, 39(11): 683-684.

[5] 唐利利, 程玉燕, 高金平, 等. 梅毒免疫学机制研究进展[J]. 中国麻风皮肤病杂志, 2017, 33(5): 317-320.

(收稿日期:2018-04-15)

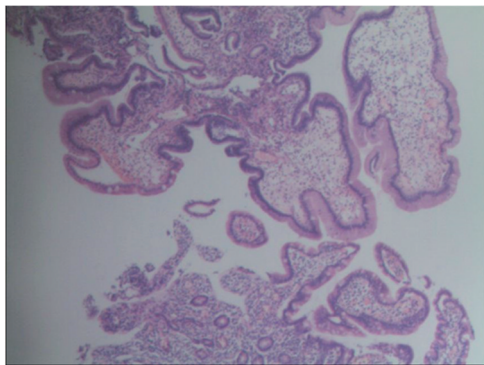


图 1 入院病理:(球降交界)镜下见黏膜表面充血、水肿(HE 染色,×40)

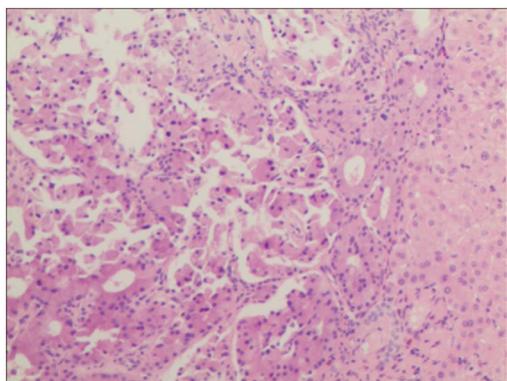


图 2 术后病理诊断:镜下肝组织中见灶性胰腺小叶结构和腺泡导管,未见包膜(HE 染色,×100)

## 2 讨论

2.1 发病机制 异位胰腺为先天性畸形,在胰腺外生长,与正常胰腺组织没有解剖和血管联系的孤立胰腺组织。发生机理不明,多半认为是胚胎发育异常造成<sup>[1]</sup>,也有人假设与内胚层组织的胰腺组织化生及 Notch 信号系统异常有关。组织学上分为四类:最常见的一类包含正常胰腺的所有成分:腺泡、胰管、胰岛细胞;第二、三类主要为腺泡或胰管;第四类仅含胰岛细胞<sup>[2-3]</sup>。异位胰腺可发生于任何脏器,消化道最多见<sup>[4-5]</sup>。本例发生于肝脏,临床极为罕见,单纯肝脏异位胰腺暂未见报道。已有伴随胆管狭窄和肝内胆管结石的肝内胆管异位胰腺组织报道:异位胰腺组织由腺泡细胞和腺管组成,沿胆道壁分布。结合肝内胆管和胰腺有从肠尾部胚胎共同衍生的事实,发现表明异位组织可能来源于胆管上皮化生。原发性肝内胆管结石持续刺激胆管上皮细胞,诱发局部炎症反复发作。慢性机械及化学损伤诱导上皮的增生和发育不良,引起上皮细胞和胰腺化生的转分化。外分泌型胰腺上皮化生释放分泌物,加剧炎症和化生,导致病变的“恶性循环”,最终导致原发性肝内胆管结石的恶化<sup>[3,6]</sup>。

2.2 临床特征 该病可发生于任何年龄,男性多见,40~60 岁达发病高峰。临床表现与其部位、体积、黏膜受累情况以及异位胰腺组织发生的胰腺疾病相关。临床 50% 的异位胰腺患者无症状,多因其他疾病进行内镜检查、腹部手术或尸检时被发现<sup>[7]</sup>。有症状者多以并发症表现,如腹痛、腹部肿块、梗阻、出血、赘生物等相关功能障碍。本例患者为 45 岁男性,因上腹胀痛入院,手术中确诊。

2.3 临床诊断 异位胰腺以消化道多见,X 线消化道钡剂造影和内镜检查应为首选检查方法。内镜下活检、术中快速冰冻和术后常规病理检查提示有胰腺组织可确诊。大体病理见异位组织与正常胰腺组织相似,呈质硬、黄色、分叶状的结节,与周围组织界限较清,因有中央导管开口于消化道,常形成脐凹。镜下总可找到导管和腺泡,但仅 1/3 的病例可找到胰岛<sup>[4]</sup>。因多为黏膜下病变,活检须深及黏膜下层和肌层,多次取材,避免出现假阴性<sup>[1]</sup>。

2.4 治疗 异位胰腺可发生囊性变、坏死、黏膜脱垂,甚至癌变,内科治疗疗效差,多数认为确诊为异位胰腺的患者不论有无症状均应进行手术切除<sup>[3]</sup>。目前手术包括 EMR、ESD 及外科手术<sup>[5]</sup>。其方式应根据异位胰腺的位置、大小、病变程度而定<sup>[1,4]</sup>。

总之,临床上应提高对本病的认识,必要时可行腹腔镜探查。术前未能定性者,术中应行快速冰冻病理学检查确诊。

## 参考文献

- [1] 代鸿,黄秀川,李涛. 20 例异位胰腺的诊断和治疗[J]. 内分泌外科杂志, 2008, 2(5): 304-307.
- [2] Rezvani M, Menias C, Sandrasegaran K, et al. Heterotopic pancreas: histopathologic features, imaging findings, and complications [J]. Radiographics, 2017, 37(2): 484-499.
- [3] Yan ML, Wang YD, Tian YF, et al. Adenocarcinoma arising from intrahepatic heterotopic pancreas: a case report and literature review [J]. World J Gastroenterol, 2012, 18(22): 2881-2884.
- [4] 王峻峰,王彦坤,莫一我,等. 腹部手术中异位胰腺 7 例的意外诊断[J]. 中国误诊学杂志, 2005, 5(16): 3105-3106.
- [5] 沈红. 空肠、脾脏多发性胰腺异位 1 例[J]. 中国现代医生, 2011, 49(3): 91, 103, 161.
- [6] Yu ZY, Sun ZQ, Zhang M, et al. Hepatolithiasis associated with intrahepatic heterotopic pancreas: a case report and literature review [J]. Diagn Pathol, 2015, 10(1): 1-5.
- [7] 冯燕,高峰,张子旭. 超声内镜对十二指肠异位胰腺的诊断及治疗价值分析[J]. 国际消化病杂志, 2016, 36(2): 122-124.

(收稿日期:2018-05-22)