

胃结核误诊为胃黏膜下肿瘤1例

陈 银, 王海波, 周本刚, 吴 兵, 王 红

陈银, 王海波, 周本刚, 吴兵, 王红, 遵义医学院附属医院
消化内科 贵州省遵义市 563003

陈银, 在读硕士, 主要从事消化系统疾病的研究。

作者贡献分布: 本文的资料收集及论文写作由陈银完成; 周本刚及吴兵负责文献检索及协助论文写作; 病例诊断及治疗由王海波完成; 王红审核。

通讯作者: 王红, 教授, 硕士生导师, 563003, 贵州省遵义市大连路149号, 遵义医学院附属医院消化内科。

wanghong89zy@163.com

电话: 0851-28608155

收稿日期: 2015-07-12 修回日期: 2015-08-04

接受日期: 2015-08-17 在线出版日期: 2015-09-18

© 2015 Baishideng Publishing Group Inc. All rights reserved.

Key Words: Gastric tuberculosis; Submucosal tumor; Submucosal tunnelling endoscopic resection

Chen Y, Wang HB, Zhou BG, Wu B, Wang H. Gastric tuberculosis misdiagnosed as a submucosal tumor: A case report. *Shijie Huaren Xiaohua Zazhi* 2015; 23(26): 4289-4292 URL: <http://www.wjgnet.com/1009-3079/23/4289.asp> DOI: <http://dx.doi.org/10.11569/wcjd.v23.i26.4289>

Gastric tuberculosis misdiagnosed as a submucosal tumor: A case report

Yin Chen, Hai-Bo Wang, Ben-Gang Zhou, Bing Wu, Hong Wang

Yin Chen, Hai-Bo Wang, Ben-Gang Zhou, Bing Wu, Hong Wang, Department of Gastroenterology, Affiliated Hospital of Zunyi Medical College, Zunyi 563003, Guizhou Province, China

Correspondence to: Hong Wang, Professor, Department of Gastroenterology, Affiliated Hospital of Zunyi Medical College, 149 Dalian Road, Zunyi 563003, Guizhou Province, China. wanghong89zy@163.com

Received: 2015-07-12 Revised: 2015-08-04

Accepted: 2015-08-17 Published online: 2015-09-18

Abstract

Gastric tuberculosis is a clinically rare disease. Due to unspecific clinical manifestations, it is easily misdiagnosed. In order to help physicians to raise their awareness of the disease and reduce misdiagnosis, we report a case of gastric tuberculosis that was misdiagnosed as a submucosal tumor. Submucosal tunnelling endoscopic resection (STER) was performed in this case.

摘要

胃结核是一种临床少见病, 因临床表现不典型, 容易误诊, 本文通过报道本院胃结核误诊为胃黏膜下肿瘤(submucosal tumor)并经内镜黏膜下隧道肿瘤切除术(submucosal tunnelling endoscopic resection)1例, 以提高临床医生对该病的认识, 减少误诊。

© 2015年版权归百世登出版集团有限公司所有。

关键词: 胃结核; 黏膜下肿瘤; 经内镜黏膜下隧道肿瘤切除术

核心提示: 由于本例患者胃镜下见胃黏膜表面较光滑, 且以向腔内突起为主要表现, 结合超声胃镜提示病变位于固有肌层, 故诊断胃黏膜下肿瘤(submucosal tumor), 并进一步行黏膜下隧道肿瘤切除术(submucosal tunnelling endoscopic resection)术。术后病理提示干酪样坏死, 诊断胃结核, 鉴于结核的治疗目前仍以保守治疗为主, 术后仍嘱患者继续抗结核治疗。通过本例的误诊报道, 我们希望能够由此引起广大临床医生的注意, 减少对临床胃结核的误诊率; 同时希望能通过本例治疗的报道,

背景资料

胃结核(gastric tuberculosis)属临床少见病, 其发病机制不明, 可能与胃酸的杀菌力减弱和胃壁缺乏淋巴滤泡有关。该病无特异临床表现, 早期症状似慢性胃炎, 常有食欲不振、胃部胀满、上腹不适等症状, 后逐渐可出现上腹部疼痛, 可伴有午后低热、盗汗等结核中毒症状, 应用抗结核药物对胃结核有效, 但疗程较长; 因为术前较难明确诊断, 故易误诊。

同行评议者

张庆瑜, 教授, 主任医师, 天津医科大学总医院科研处

■ 研发前沿

胃结核因其临床表现不典型, 因而易被广大临床医生误诊为其他疾病, 目前对胃结核尚无明确的临床诊断标准, 多是由于术后病理证实, 而相关的临床诊断标准的制订, 有待于广大临床工作者不懈的探索和努力。

触发广大临床医生对治疗肿块型胃结核的新的思考。

陈银, 王海波, 周本刚, 吴兵, 王红. 胃结核误诊为胃黏膜下肿瘤1例. 世界华人消化杂志 2015; 23(26): 4289-4292 URL: <http://www.wjgnet.com/1009-3079/23/4289.asp> DOI: <http://dx.doi.org/10.11569/wcjd.v23.i26.4289>

0 引言

胃结核由Barkhausen于1842年首先报告, 本病在西方国家属罕见病^[1,2]. 在我国, 胃结核为临床少见病, 往往在送检病理中发现^[3]. 因本病临床较为少见, 临床表现无明显特异性, 加之内镜下局部表现并不典型, 因而术前未引起临床医生的重视, 导致误将其诊断为胃黏膜下肿瘤(submucosal tumor, SMT)而行经内镜黏膜下隧道肿瘤切除术(submucosal tunnelling endoscopic resection, STER)切除, 2015-05遵义医学院附属医院消化内科在STER术后送检病理标本中, 偶然发现1例胃底结核. 现将该病例报告如下, 以便引起广大临床工作者的重视, 从而减少对胃结核的误诊率与漏诊率。

1 病例报告

青年男患, 16岁, 因“咳嗽、咳痰伴上腹疼痛3 mo”入院. 3 mo前无明显诱因出现咳嗽、咳痰, 无明显发热, 时有盗汗不适, 伴上腹疼痛, 疼痛为隐痛, 无牵扯及放射痛, 无恶心、呕吐, 无呕血、黑便, 就诊于遵义医学院附属医院门诊, 行胸部计算机断层扫描(computed tomography, CT)(2015-02-07, 图1A, B)考虑“双肺继发型肺结核”, 行胃镜及超声胃镜(2015-02-06, 图2)考虑“胃底SMT”, 本拟进一步行内镜下胃底SMT切除, 但鉴于患者咳嗽、咳痰症状较重, 胸部CT提示明显肺结核伴空洞形成, 考虑患者免疫力低下, 术后感染机会增加, 伤口难以恢复, 遂建议进一步予“异烟肼0.30 g口服 1次/d+利福平0.45 g口服1次/d+乙胺丁醇0.75 g口服1次/d+吡嗪酰胺1.5 g口服1次/d”规律抗结核治疗3 mo后返院进一步行胃底SMT切除, 现患者已经抗结核治疗3 mo, 咳嗽、咳痰及上腹疼痛症状前有所好转, 复查胸部CT(2015-05-04, 图1C). 查体: 体温36.7℃, 脉搏88次/min, 呼吸20次/min, 血压123/72 mmHg, 营养欠佳, 消瘦体型, 胸廓对称无畸形, 双侧呼

■ 相关报道

很多文献指出, 胃结核多是由于合并急性大出血、胃穿孔并弥漫性腹膜炎、幽门梗阻等并发症而被外科手术切除后送检病理明确, 而本文报道病例无严重并发症, 除临床表现为上腹疼痛外, 胃镜下仅以肿物形式突出于胃腔内, 依其超声胃镜结果诊断为胃黏膜下肿瘤(submucosal tumor, SMT), 并进一步行经内镜黏膜下隧道肿瘤切除术(submucosal tunnelling endoscopic resection, STER)术送检病理而明确。

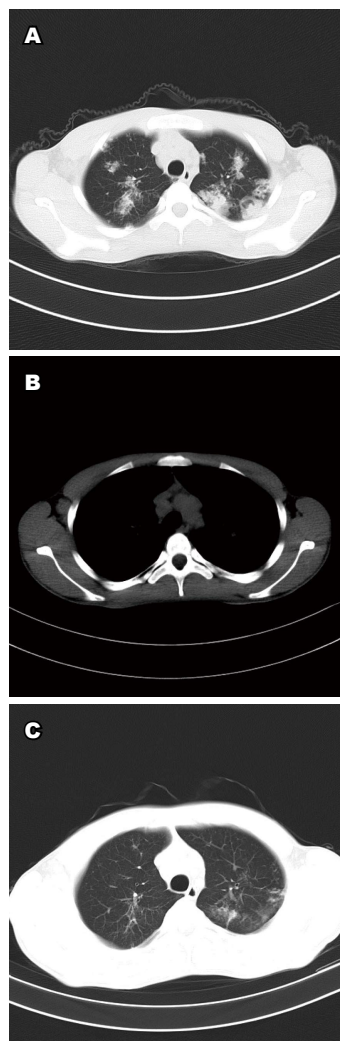


图1 抗结核治疗前后胸部CT比较. A: 胸部CT(2015-02-07, 抗结核治疗前): 双肺继发型肺结核(部分空洞形成); B: 显示治疗前纵隔淋巴结增多、增大; C: 胸部CT(2015-05-04, 抗结核治疗3 mo后): 双肺继发型肺结核(部分空洞形成), 纵隔淋巴结增多、增大, 与2015-02-07 CT图像比较双肺病灶减少, 部分空洞减少. CT: 计算机断层扫描。

吸力度均等, 双肺语颤增强, 双肺叩诊为清音, 双肺呼吸音粗, 未闻及干湿性啰音, 无胸膜摩擦音. 心脏查体未见异常. 腹软, 无腹壁柔韧感, 无压痛、反跳痛及肌紧张. 入院后积极完善相关常规及重要辅助检查: 血常规、肝功能、电解质、血脂、血糖、凝血功能、乙型肝炎五项、梅毒血清学试验及艾滋病病毒抗体阴性; 丙型肝炎抗体阴性; 肾功能: 尿酸618 $\mu\text{mol/L}$, 余未见明显异常; 血沉80 mm/h; γ 干扰素试验阳性. 治疗上继续同前四联抗结核药物治疗, 治疗后腹痛及咳嗽、咳痰较前明显减轻, 入院后2015-05-08行“胃底SMT STER”术, 术后标本及病理结果提示送检组织肉芽肿形成, 可见

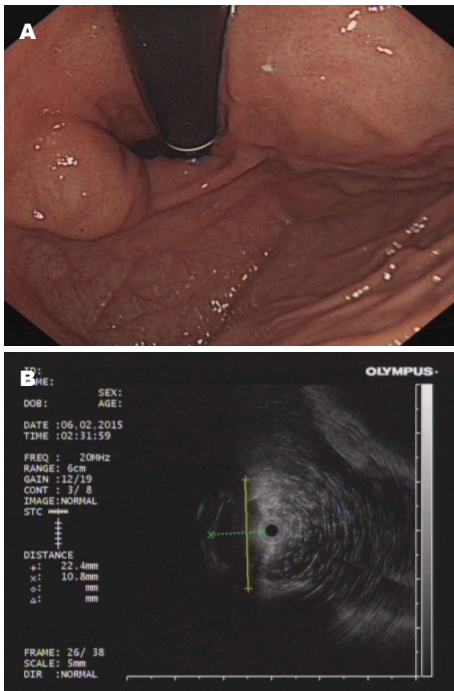


图2 普通胃镜及超声胃镜所示. A: 普通胃镜: 胃底近贲门见一黏膜下隆起, 大小约1.0 cm × 1.5 cm, 表面光滑, 可见黏膜桥形成. 胃底黏膜下隆起(考虑胃底SMT); B: 超声胃镜: 胃底隆起处见一低回声团块, 最大切面大小约1.0 cm × 2.2 cm, 内部回声均匀, 边界清晰, 向腔内隆起为主, 病变起源于固有肌层.

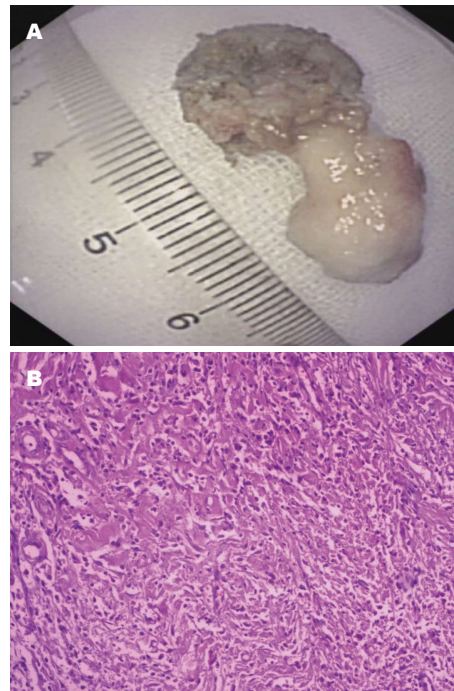


图3 胃STER术后. A: 胃STER术后标本; B: STER术后病理(HE × 10): 组织内为大片凝固性坏死, 周围由上皮样细胞包绕, 可见个别多核巨细胞, 送检(肿物)为胃壁组织, 管纤维组织增生, 内见多个肉芽肿结构, 由上皮样多核巨细胞构成, 个别肉芽肿内见少许干酪样坏死. 病理诊断: 胃底肉芽肿性炎, 倾向于结核.

干酪样坏死, 倾向于胃结核(图3). 针对该病理诊断, 结合当前胃结核治疗仍以药物治疗为主, 故嘱患者继续抗结核药物治疗, 并密切随访术后改变及疗效. 目前患者仍在随访中.

2 讨论

胃结核在临床上目前仍属少见病^[4-6], 但其发病率尚无明确的报道, 胃肠道结核占结核病第二位, 85%发生在回盲部, 其他部位较少见^[7]. 胃结核多继发于身体其他部位的结核病变, 尤其是肺结核, 本病例即是如此. 开放性肺结核患者常常咽下含有大量含有结核杆菌的痰液, 但发生胃结核仍少见, 其原因可能与胃黏膜较完整, 胃壁淋巴滤泡稀少, 胃内盐酸的杀菌作用和胃内容物排空迅速有关^[7]. 由于结核分支杆菌在酸性环境中极易被杀灭, 因此胃腔内的高酸性环境理论上是不利于结核分支杆菌定植生长的, 但究竟是何缘故让此酸性环境改变抑或结核分支杆菌变异而让此细菌得以生存尚待商榷.

胃结核内镜所见病变形态可分为4型: 溃疡型、肿块型、炎症增殖型、粟粒样结节型, 以溃疡型及肿块型多见^[7], 溃疡型多与胃溃疡

相混淆, 肿块型多与胃癌相混淆, 确诊需病理证实^[8], 本例胃镜下提示为肿块型, 但因其表面光滑, 并未在胃腔内肿物表面黏膜上发现病变, 且超声胃镜提示病变起源于固有肌层, 由此我们大胆设想, 该结核分支杆菌极有可能并非由胃腔侵袭而来, 有文献报道^[9]腹腔结核与本病关系密切, 邻近脏器结核病灶可直接穿通侵及胃壁破坏胃的浆膜层, 进而破坏肌层、黏膜下及黏膜层, 该病例并未有腹腔结核病灶存在的依据, 此为该病例所欠缺之处, 但追踪该患者STER相关记录, 可知该病例浆膜层与此病灶部分存在粘连, 由此可推断该病例有可能存在腹腔的结核病灶.

有文献^[10]报道, 胃结核好发部位为胃窦, 但本例病变较为特殊, 其位于胃底近贲门. 从该病例临床资料中已知该病例胸部CT显示纵隔淋巴结增多、增大, 再结合STER术后记录提示浆膜层与其病变部位有粘连, 加之病变位于胃底近贲门, 不难得出该病例可能是存在于纵隔淋巴结的结核分支杆菌经胸导管转移至腹腔淋巴结, 再通过胃壁的过引流淋巴管进一步侵袭至胃壁.

完整的胃黏膜具有抵抗结核杆菌侵入的

创新盘点

目前对胃结核的发病机制仍不清楚, 结合相关文献, 加上本例丰富的影像学及病理学资料, 本文作者大胆推测其发病机制可能是结核分支杆菌自纵隔肿大的淋巴结经胸导管逆流至腹腔淋巴结, 进而造成对胃浆膜及固有肌层的侵害, 但其具体机制尚需进一步研究证实.

应用要点

对罹患活动性肺结核的患者, 若同时伴有上腹疼痛等消化道症状, 进一步行胃镜及超声胃镜提示“胃SMT”, 临床需考虑胃结核可能, 可先行诊断性抗结核治疗1-3 mo, 若病灶无明显消退或增大者, 行STER可进一步缩小病灶, 可促进早日康复.

■名词解释

经内镜黏膜下隧道肿瘤切除术(STER): 近年兴起的一项新技术, 具有保持消化道黏膜完整性、促进伤口愈合、减少胸腹腔感染等优势, 目前在国内少部分医院已开展, 但由于技术要求过高, 在临床尚未推广普及。

能力。有少数病例结核病灶与癌或溃疡共存^[1,11], 当有胃溃疡、胃癌病灶存在时结核菌更易入侵黏膜、黏膜下、肌层乃至浆膜层形成结核病灶^[12], 但该病例为年轻患者, 胃镜并未提示肿瘤及溃疡形成, 且超声胃镜提示病变位于胃壁固有肌层, 结核肉芽肿未突破黏膜层, 但病变处肉芽肿向胃腔内突起, 导致内镜下误认为其为SMT而将其切除; 胃结核临床及内镜下表现无明确的特异性, 诊断极为困难, 误诊率较高。

通过本例胃结核病的报告, 应引起广大临床医生的高度重视: (1)对患有活动性肺结核的患者, 若同时伴有上腹疼痛症状, 需警惕本病的可能; (2)对活动性肺结核伴上腹疼痛的患者, 若进一步行胃镜及超声胃镜提示“胃底SMT”, 需警惕本病的可能, 因为本病以内科保守治疗为主, 治疗的关键在于早期发现^[13], 若结核得以控制, 此肿物可随结核的控制而逐渐消退, 可不予行任何手术切除, 以免使患者受到不必要的痛苦; (3)消化内镜的进展对诊断本病有帮助, 但胃镜检查活检多从病变表面取材, 而黏膜下的结核性肉芽肿很难取到, 因此, 多部位深活检及阴性者重复取材病理检查有可能提高阳性率^[9], 本例因胃镜下黏膜表面光滑而未予先行内镜下活检检查, 再者由于该病发病率较低, 临床少见, 内镜医生并未想到胃结核可能, 因此误将其认为SMT而行STER治疗。胃结核通过胃镜检查及胃镜下多部位深活检, 有可能使多数患者能够确诊^[14]; (4)尽管创伤较小, 内镜下STER仍然存在一定的风险, 尤其是术前未规律进行抗结核治疗时, 可能会导致局部结核病灶的扩散; 鉴于该病例术前已常规行抗结核治疗3 mo, 上腹疼痛症状虽较前有所减轻, 但肿物无明显消退迹象, 此时行STER切除可清除局部结核病灶(当然, 本例临床医生在行STER术前并未怀疑该病例为胃结核可能, 因而误将其切除送检病理方知, 但经过术后密切观察患者上腹疼痛情况, 发现该患者上腹疼痛症状逐渐消失, 由此, 我们认为STER可为肿块型胃结核的治疗提供新的线索, 但其对患者带来的益处有待于进一步的临床及循证实践证明)。

■同行评价

当前, 胃结核仍属临床少见疾病, 虽已有相关个案报道, 但本例对肿块型胃结核的治疗, 提出了新的见解。通过临床少见疾病的发现, 进一步提高临床医生对该病的认识, 减少临床误诊率。

总之, 为减少对患者所造成的伤害, 对无明显并发症(如急性大出血、胃穿孔并弥漫性腹膜炎、幽门梗阻、结核与癌或溃疡共存者等)的可疑胃结核病例, 可先予“诊断性”抗结核治疗, 一般经1-3 mo治疗, 可收到明显的效果; 但如治疗效果不佳, 症状反复者, 且经足够疗程治疗后复查胃镜及超声内镜提示肿物无明显变化抑或增大者, 可考虑行STER切除肿物, 目前对STER治疗肿块型胃结核并无明确报道, 我们希望该病例的报道能对广大消化内镜工作者的临床工作提供指导意义。

3 参考文献

- Okoro EO, Komolafe OF. Gastric tuberculosis: unusual presentations in two patients. *Clin Radiol* 1999; 54: 257-259 [PMID: 10210347 DOI: 10.1016/S0009-9260(99)91162-5]
- Kim SH, Park JH, Kang KH, Lee JH, Park CK, Cho CM, Tak WY, Kweon YO, Kim SK, Choi YH, Yoo WS, Bae HI. Gastric tuberculosis presenting as a submucosal tumor. *Gastrointest Endosc* 2005; 61: 319-322 [PMID: 15729256 DOI: 10.1016/S0016-5107(04)02637-9]
- 白延玲. 胃结核1例报告. *中国实用内科杂志* 2013; 33: 186
- Wig JD, Vaiphei K, Tashi M, Kochhar R. Isolated gastric tuberculosis presenting as massive hematemesis: report of a case. *Surg Today* 2000; 30: 921-922 [PMID: 11059734 DOI: 10.1007/s005950070046]
- Agrawal S, Shetty SV, Bakshi G. Primary hypertrophic tuberculosis of the pyloroduodenal area: report of 2 cases. *J Postgrad Med* 1999; 45: 10-12 [PMID: 10734324]
- 杨维良, 金政锡, 张浩民, 赵志, 张建国, 梁春林, 李继伟, 王铁石, 孙永昌, 范志新. 胃结核75例临床分析. *中华胃肠外科杂志* 2003; 6: 397-399
- 许秋泳, 许向农, 黄文宝, 赖亚栋. 胃结核的诊断与治疗(附文献复习). *现代消化及介入诊疗* 2007; 12: 184-186
- 王燕, 刘莹. 原发性胃结核并Dieulafoy病1例报道. *重庆医学* 2010; 39: 3303-3304
- 王雅凡, 魏占美. 胃结核2例. *四川医学* 2010; 31: 860-861
- 许秋泳, 许向农, 赖亚栋. 胃结核一例. *中华消化内镜杂志* 2007; 24: 261
- Chowdhary GN, Dawar R, Misra MC. Coexisting carcinoma and tuberculosis of stomach. *Indian J Gastroenterol* 1999; 18: 179-180 [PMID: 10531727]
- 杨维良. 胃结核的诊断与治疗. *医师进修杂志* 2002; 25: 5-6
- 陈卫星, 李雄, 苏卫华. 胃结核并上消化道大出血一例报告. *中华消化内镜杂志* 2010; 27: 105
- 王福让. 胃结核3例临床报道. *中国内镜杂志* 2007; 13: 557

编辑: 郭鹏 电编: 闫晋利

