

脐部异位胰腺 1 例



于 静 陈永卫 李樱子

异位胰腺发生部位很多,以消化道最常见,但目前有关脐部异位胰腺的病例报道仅有 14 例,脐部异位胰腺主要表现为脐部异常分泌物,术前诊断的情况极少见,通常为术中或术后病理确诊。虽然脐部异位胰腺非常罕见,当患儿脐部有异常分泌物,按照脐部感染、脐茸、脐部肉芽、脐窦或囊肿等治疗,久治不愈时,要考虑此病可能性,手术切除异位胰腺方可治愈。本文报告 1 例脐部异位胰腺诊治经过,结合既往脐部异位胰腺病例对脐部异位胰腺进行回顾性总结。

患儿男,1 岁 2 月龄。自生后 15 d 开始家长发现脐部有清亮液体流出,初时诊断为脐部感染,局部消毒治疗无效,之后考虑诊断为脐茸,给予硝酸银外用治疗后无明显好转,入院 10 个月前患儿于我院行 B 超检查提示:脐部软组织可见范围 1.5 cm × 1.0 cm × 1.4 cm 不均回声,血供较丰富,可延伸至腹壁深方,与肠管有相对运动,未见液性区及液性窦道与腹腔相通。考虑脐部软组织感染。门诊诊断为:脐窦并感染。予硝酸银、康复新、优卓尔、百多帮及氧化锌油等药物外用治疗 10 个月。患儿病情略有好转,但仍有少许清亮液体流出。脐部皮肤开始出现发红、脱屑。患儿入院前 2 个月脐部出现红肿、包块。查体:脐部皮肤发红,部分皮肤出现脱屑表现,未见皮肤破溃,脐部稍膨出,有一大小约 0.8 cm × 0.8 cm 的包块,边界欠清,活动度差,质韧,无明显压痛。脐部底部可见一直径 1 mm 的瘘口,瘘口处可见清亮液体流出,挤压膀胱未见液体流出增多,完善脐部 B 超提示:脐部软组织肿胀,可见 1.6 cm × 1.6 cm × 1.9 cm 大小不均回声,可延伸至腹壁深方,血供较丰富,脐/部软组织可见低回声小液化区,大小约 0.5 cm × 0.6 cm × 0.9 cm,与肠管无关,未见液性区及液性窦道与腹腔相通。考虑目前脐部软组织感染。门诊抗炎治疗无明显好转,以“脐窦感染”收住院治疗。入院后查血常规及腹部 B 超未见异常。入院第 2 天行手术治疗,术中可见脐凹深陷,长约 1.2 cm,可见分泌物,皮肤红肿。中央可见小孔,探针探入约 0.5 cm,沿脐环下部环形切开,游离脐部皮肤,切开腹直肌前鞘,可见脐环根部约 0.5 cm 黄色小囊实性物,将其分离切除,游离脐动脉及脐尿管,脐尿管为闭合状,分别结扎二者,切除脐凹下部分,重新成型脐部,缝合皮下,粘合皮肤。切除的囊性物送病理学检查。患儿术后恢复良好,术后第 3 天出院。术后 1 周病理检查结果提示为异位胰腺。

异位胰腺是指正常胰腺解剖部位以外的孤立胰腺组织,和正常胰腺之间无任何解剖、血管关系^[1]。于消化道较多

见,既往文献报道在肠系膜、胆道系统、脾脏、食管、肺、纵隔、肾上腺、直肠、盆腔等部位亦发现过异位胰腺组织^[2]。自 Harris LE 等^[3]于 1963 年报道首例脐部异位胰腺以来,到目前为止有关脐部异位胰腺的报道仅 14 例^[4];多是在脐部息肉、脐窦、脐带残留和脐尿管残留中发现^[5];均为术后病理确诊。该病多表现为脐部异常分泌物,该分泌物多为清亮、无色无味、透明液体,脐部可表现为脐部隆起像一个结节、息肉、窦道、囊肿或肉芽肿^[6]。这主要因为异位胰腺多具有分泌功能,产生的胰液可腐蚀所在部位皮肤或黏膜,从而产生局部糜烂、溃疡或出血,脐部异位胰腺病程较长者脐部可产生脱屑、息肉或肉芽肿样改变。既往 14 例中有 3 例表现为脐部肿物合并异常分泌物。该病若仅表现为脐部异常分泌物初时多诊断为脐部感染或脐茸,予保守治疗或黏膜灼烧等治疗,治疗无效后方考虑手术切除,术后病理回报异位胰腺或是胰腺黏膜,有时可合并胃或小肠黏膜。但本病例较特殊的是脐部可见一瘘口,瘘口处可见有透明无色液体流出。瘘口深部与脐环根部约 0.5 cm 黄色小囊实性物相通。既往有关消化道异位胰腺的报道中提出通过内镜诊断异位胰腺,内镜检查中若见到典型的胰腺中央导管征象(脐样征或缺口征)并钳取局部组织活检,术后病理证实其存在^[7]。但脐部发现有液体流出的瘘口多被误诊为脐窦,故对于脐部异位胰腺,目前尚无明确的术前诊断依据。但 De Silva 等^[5]提出脐部清亮分泌物合并脐周瘙痒且表皮脱落可警示我们病因可能是异位的胰腺或胃组织。Lee 等^[6]提出对于同时表现为脐部异常分泌物和脐部肿物的患者应该鉴别脐部异位胰腺的可能。

有关脐部异位胰腺的发生机制有很多猜测,目前被广泛接受的理论机制是:胚层转化学说及胰腺移位学说^[6]。胚层转化学说考虑是消化道或脐肠管内中胚层全能细胞残留并分化为胰腺组织。胰腺移位学说则指胰腺细胞可能在胎儿发育过程中发生移位或是分离。该患儿病理结果提示:脐部胰腺组织(图 1)。病理未见任何胃黏膜或肠黏膜组织,为单纯的胰腺组织,并且具有典型的胰腺腺泡和腺管结构。组织胚胎学中提出胰腺的发生是与胚胎第 4 周末开始,来源于两个原基:腹胰芽和背胰芽,腹胰芽从前肠末端腹侧肝憩室的基部分出,由于胃和十二指肠的变化和肠壁的不均等生长致使腹胰芽和腹胰芽的开口转至背侧,并与背胰芽融合。结合胰腺发生过程我们考虑脐部异位胰腺的产生可能为腹胰芽在胎儿发育过程中向中肠移位并未转向背侧,进而伴随中肠袢突入脐腔,同时逐渐移向卵黄蒂并同卵黄蒂结合,胚胎第 10 周时未随中肠袢退回腹腔,卵黄蒂退化过程中逐渐将腹胰腺推至脐部。即我们更为支持胰腺移位学说。

综上所述,对于脐部可见瘘口,长期分泌清亮液体且伴有脐部皮肤瘙痒脱屑等表现或伴有脐部肿物的患者我们应

高度警惕异位胰腺可能,术中若发现卵黄管已完全闭合,需进一步探查是否有胰腺样组织,以便完全切除防止复发。

参考文献

- 1 Griffin A C, Brost B C, Staren E D. Symptomatic heterotopic pancreas following seat belt injury[J]. Injury, 2003, 34(12): 944-945.
 - 2 Yasoshima H, Nakata Y, Ohkubo E, et al. An autopsy case of pancreatic and ectopic nesidioblastosis[J]. Pathol Int, 2001, 51(5): 376-379.
 - 3 Harris L E, Wenzl J E. Heterotopic pancreatic tissue and intestinal mucosa in the umbilical cord. Report of a case[J]. N Engl J Med, 1963, 268: 721-722.
 - 4 Abdelgabar A, Wojciechowski M, Van de Vijver E, et al. Ectopic pancreatic tissue at the umbilicus in childhood: a case report and review of the literature[J]. Acta Chir Belg, 2013, 113(6): 452-454.
 - 5 de Silva W D, Samarasinghe M C, Dias M N, et al. Ectopic gastric and pancreatic tissue: a rare cause of umbilical discharge[J]. Ann Trop Paediatr, 2010, 30(1): 73-75.
 - 6 Lee W T, Tseng H I, Lin J Y, et al. Ectopic pancreatic tissue presenting as an umbilical mass in a newborn: a case report[J]. Kaohsiung J Med Sci, 2005, 21(2): 84-87.
 - 7 关玉盘, 张杰, 高茹. 异位胰腺的内镜诊断与分析[J]. 胰腺病学, 2003, 3(3): 155-157.
- (收稿日期: 2014-12-31)
(本文编辑: 王爱莲)

(上接第 496 页)

参考文献

- 1 Krishnamurthy R. The role of MRI and CT in congenital heart disease[J]. Pediatr Radiol, 2009, 39(Suppl 2): S196-S204.
 - 2 杨有优, 王思云, 周旭辉, 等. 64 层螺旋 CT 诊断复杂性先天性心脏病及与超声心动图和手术对照[J]. 临床放射学杂志, 2007, 26(10): 1029.
 - 3 王慧慧, 王鹤, 王霄英, 等. 100kVp 条件下碘克沙醇(270mgI/ml)应用于分次团注双期 CTU 的可行性研究[J]. 放射学实践, 2014, 49(4): 373-377.
 - 4 Huang MP, Liang CH, Zhao ZJ, et al. Evaluation of image quality and radiation dose at prospective ECG-triggered axial 256-slice multi-detector CT in infants with congenital heart disease[J]. Pediatr Radiol, 2011, 41(7): 858-866.
 - 5 Hara AK, Paden RG, Silva AC, et al. Iterative reconstruction technique for reducing body radiation dose at CT: feasibility study[J]. AJR Am J Roentgenol, 2009, 193(3): 764-771.
 - 6 Wintersperger B, Jakobs T, Herzog P, et al. Aortiliac multidetector-row CT angiography with low kV settings: improved vessel enhancement and simultaneous reduction of radiation dose[J]. Eur Radiol, 2005, 15(2): 334-341.
 - 7 Cheng A, Wang X, Duan Y, et al. Low-dose prospective ECG-triggering dual-source CT angiography in infants and children with complex congenital heart disease: first experience[J]. Eur Radiol, 2010, 74(3): 487-492.
- (收稿日期: 2016-04-22)
(本文编辑: 刘平波)

(上接第 512 页)

经验,因此,尚需更大样本的研究进一步总结。

参考文献

- 1 祝益民, 刘芳. 小儿急性胰腺炎的特点与认识[J]. 实用儿科临床杂志, 2011, 26(6): 395-397.
 - 2 杜鹏, 蔡东联. 急性重症胰腺炎与肠内营养[J]. 胰腺病学, 2002, 2(2): 110-112.
 - 3 孙伏喜, 冯吁珠, 高天明, 等. 综合重症监护病房肠杆菌科细菌致血流感染发生的危险因素[J]. 中华医学杂志, 2014, 94(9): 684-687.
 - 4 廖家智, 王家骥. 美国急性胰腺炎临床指南(诊断部分)[J]. 临床内科杂志, 2007, 24(2): 136-140.
 - 5 周金君. 重症急性胰腺炎肠内、外营养研究进展[J]. 国际内科学杂志, 2008, 35: 106-107.
 - 6 刘永庆, 吕德超. 治疗 62 例重症胰腺炎中肠内营养与肠外营养的疗效比较研究[J]. 安徽医药, 2002, 6: 52-53.
 - 7 高学霖. 全胃肠外营养和肠内营养应用于急性胰腺炎的分析[J]. 中国保健营养, 2013, 11(11): 586-587.
 - 8 李冬, 杨方才. 急性重症胰腺炎患者早期应用肠内营养的效果分析[J]. 现代实用医学, 2011, 3(23): 329-330.
 - 9 赵群都, 王林俊. 肠内营养治疗急性胰腺炎切入时机的临床研究[J]. 中国中西医结合消化杂志, 2014, 22(4): 192-194.
 - 10 赵静丽. 鼻空肠营养在儿童急性胰腺炎治疗中的临床分析[J]. 中国保健营养, 2013, 06(06): 389.
 - 11 姚志勲, 吕永添, 彭烈标, 等. 重症急性胰腺炎的营养支持治疗[J]. 肝胆外科杂志, 2007, 15: 106-108.
- (收稿日期: 2016-04-24)
(本文编辑: 尹强 王爱莲)