

上消化道蜂窝组织炎1例报道并文献复习

朱 键, 李 兰, 王学建, 李小维

■背景资料

波及到胃、食道及十二指肠整个上消化道的蜂窝组织炎临床所见甚少。通过内镜下黏膜切除术所取大块组织进行病理学检查, 结合影像学及内镜检查可确诊该病。

朱键, 李小维, 贵航贵阳医院消化内科 贵州省贵阳市 550006

李兰, 贵航贵阳医院病理科 贵州省贵阳市 550006

王学建, 贵航贵阳医院放射科 贵州省贵阳市 550006

朱键, 副主任医师, 主要从事消化系疾病诊治及研究工作。

作者贡献分布: 本文写作由朱键与李小维完成; 病历资料收集由朱键、李兰及王学建提供; 内镜操作由朱键完成; 李小维负责校审。

通讯作者: 李小维, 主任医师, 550006, 贵州省贵阳市花溪区黄河路420号, 贵航贵阳医院消化内科。2960994207@qq.com
电话: 0851-83831283-3158
传真: 0851-83808938

收稿日期: 2015-09-02
修回日期: 2015-11-03
接受日期: 2015-11-09
在线出版日期: 2015-12-18

Phlegmon of the upper gastrointestinal tract: A case report and literature review

Jian Zhu, Lan Li, Xue-Jian Wang, Xiao-Wei Li

Jian Zhu, Xiao-Wei Li, Department of Gastroenterology, Guiyang Hospital of Guizhou Aviation Industry Group, Guiyang 550006, Guizhou Province, China

Lan Li, Department of Pathology, Guiyang Hospital of Guizhou Aviation Industry Group, Guiyang 550006, Guizhou Province, China

Xue-Jian Wang, Department of Radiology, Guiyang Hospital of Guizhou Aviation Industry Group, Guiyang 550006, Guizhou Province, China

Correspondence to: Xiao-Wei Li, Chief Physician, Department of Gastroenterology, Guiyang Hospital of Guizhou Aviation Industry Group, 420 Huanghe Road, Huaxi District, Guiyang 550006, Guizhou Province, China. 2960994207@qq.com

■同行评议者

田德安, 教授, 主任医师, 华中科技大学同济医学院附属同济医院消化内科; 毛高平, 教授, 主任医师, 博士生导师, 中国人民解放军空军总医院消化内科, 全军小肠疾病内镜诊疗中心

Received: 2015-09-02

Revised: 2015-11-03

Accepted: 2015-11-09

Published online: 2015-12-18

Abstract

Phlegmonous gastritis is a rare disease, especially phlegmon of the upper gastrointestinal tract. Here we report a case of phlegmon of the upper gastrointestinal tract in a male patient. The patient was cured successfully by endoscopic mucosal resection and drainage and conservative management. Clinicians should raise their awareness of this disease.

© 2015 Baishideng Publishing Group Inc. All rights reserved.

Key Words: Upper gastrointestinal tract; Phlegmon; Report

Zhu J, Li L, Wang XJ, Li XW. Phlegmon of the upper gastrointestinal tract: A case report and literature review. *Shijie Huaren Xiaohua Zazhi* 2015; 23(35): 5734-5738
URL: <http://www.wjgnet.com/1009-3079/23/5734.asp>
DOI: <http://dx.doi.org/10.11569/wcjd.v23.i35.5734>

摘要

胃蜂窝组织炎是少见疾病, 尤其是上消化道蜂窝组织炎更为少见。我们报道1例上消化道蜂窝组织炎, 通过内镜下黏膜切除引流联合内科保守治疗后痊愈。临床医生应提高对该病的认识。

© 2015年版权归百世登出版集团有限公司所有。

关键词: 上消化道; 蜂窝组织炎; 报道

核心提示: 上消化道蜂窝组织炎由于症状无特异性, 在临床上极易漏诊或误诊. 本例通过内镜下黏膜切除术所取大块组织进行病理学检查而确诊, 并经引流联合抗生素治疗而痊愈, 避免手术治疗的风险.

朱键, 李兰, 王学建, 李小维. 上消化道蜂窝组织炎1例报道并文献复习. 世界华人消化杂志 2015; 23(35): 5734-5738
URL: <http://www.wjgnet.com/1009-3079/23/5734.asp>
DOI: <http://dx.doi.org/10.11569/wjcd.v23.i35.5734>

0 引言

Cruveilhier^[1]在1862年首次提到胃蜂窝组织炎, 在抗生素广泛应用于临床前, 该病的死亡率极高, 确诊基本是通过手术. 抗生素用于临床后, 该病已属少见. 近年来, 由于艾滋病及肿瘤等导致免疫功能下降等疾病增加, 消化内镜及内镜下活检的广泛开展, 该病的确诊也有所增加. 贵航贵阳医院消化内科于2012-07确诊1例波及上消化道的蜂窝组织炎, 报道如下.

1 病例报告

患者男, 60岁, 因上腹胀痛伴纳差7 d于2012-07-10入院. 患者入院前7 d无明显诱因出现上腹部胀痛, 呈持续性, 可耐受, 无放射痛; 伴有纳差, 偶有反酸, 嗝气; 无恶心, 呕吐, 腹泻, 无呕血, 黑便. 有长期饮酒史, 近期曾有大量饮酒. 体查, 剑突下轻压痛, 无肌卫及反跳痛. 入院后当天下午出现发热, 体温为38.2℃, 无畏寒. 血常规检查示: 白细胞计数(white blood cell count, WBC): $10.33 \times 10^9/L$, N%: 77.41%, 核左移现象; 血沉94 mm/L; 大便潜血弱阳性, 血培养未培养出病原菌. 胸部及全腹计算机断层扫描(computed tomography, CT)示: 食道下段、胃底、胃体、胃窦部及十二指肠球部管壁弥漫性增厚, 黏膜面尚光滑、完整, 食道下段管壁最厚约9 mm; 胃壁以胃窦部管壁增厚为著, 最厚处约18 mm; 胃周脂肪间隙模糊(图1A, B). 胃镜检查可见食管黏膜充血, 局部见少量渗血, 可见片状脓苔附着于黏膜上; 胃蠕动减弱, 胃体胃窦黏膜肿胀, 尤以胃窦小弯黏膜肿胀最为明显, 胃体近胃窦处可见一粗大隆起的皱襞; 十二指肠球腔狭窄, 黏膜肿胀(图2A-D). 胃窦体交界处病变活检结果显示中度慢性炎症. 对该患者应用头孢曲松钠2 g, bid, 静脉滴注治疗,

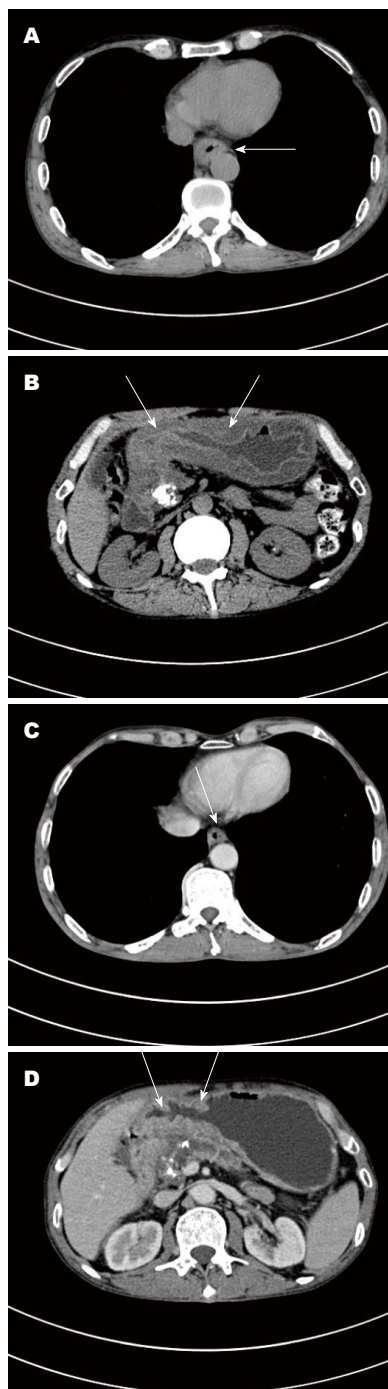


图1 治疗前后CT图. A: 治疗前胸部CT显示食管下段壁明显增厚; B: 治疗前腹部CT显示胃壁及十二指肠球壁明显增厚; C: 治疗后胸部增强CT显示食管壁厚度基本恢复正常; D: 治疗后腹部增强CT显示胃壁及十二指肠球壁厚度明显改善. 箭头所示为病变部位. CT: 计算机断层扫描.

3 d后体温恢复正常, 但上腹胀痛情况未见明显缓解. 为进一步明确病因, 再次行胃镜检查. 内镜下见原食管病变已恢复正常, 胃窦近幽门处见一球形隆起病灶, 应用硬化注射针刺入病变处, 见有乳白色脓性液体流出(图2E, F); 应用圈套器行部分黏膜切除(图2G), 大块组织活检,

■ 研究前沿

上消化道蜂窝组织炎的早发现、早诊断及早治疗对于患者预后至关重要, 可以降低该病的死亡率. 早期诊断可以减少对患者进行手术, 避免更大的创伤.

■ 相关报道

上消化道蜂窝组织炎以胃蜂窝组织炎报道较多见, 而波及到胃、食道及十二指肠整个上消化道的蜂窝组织炎就目前文献报道极少.

■创新盘点

本文从影像学, 内镜及病理结果阐述了上消化道蜂窝组织炎特点, 并运用内镜下黏膜剥离术进行脓引流联合抗生素治愈该病.

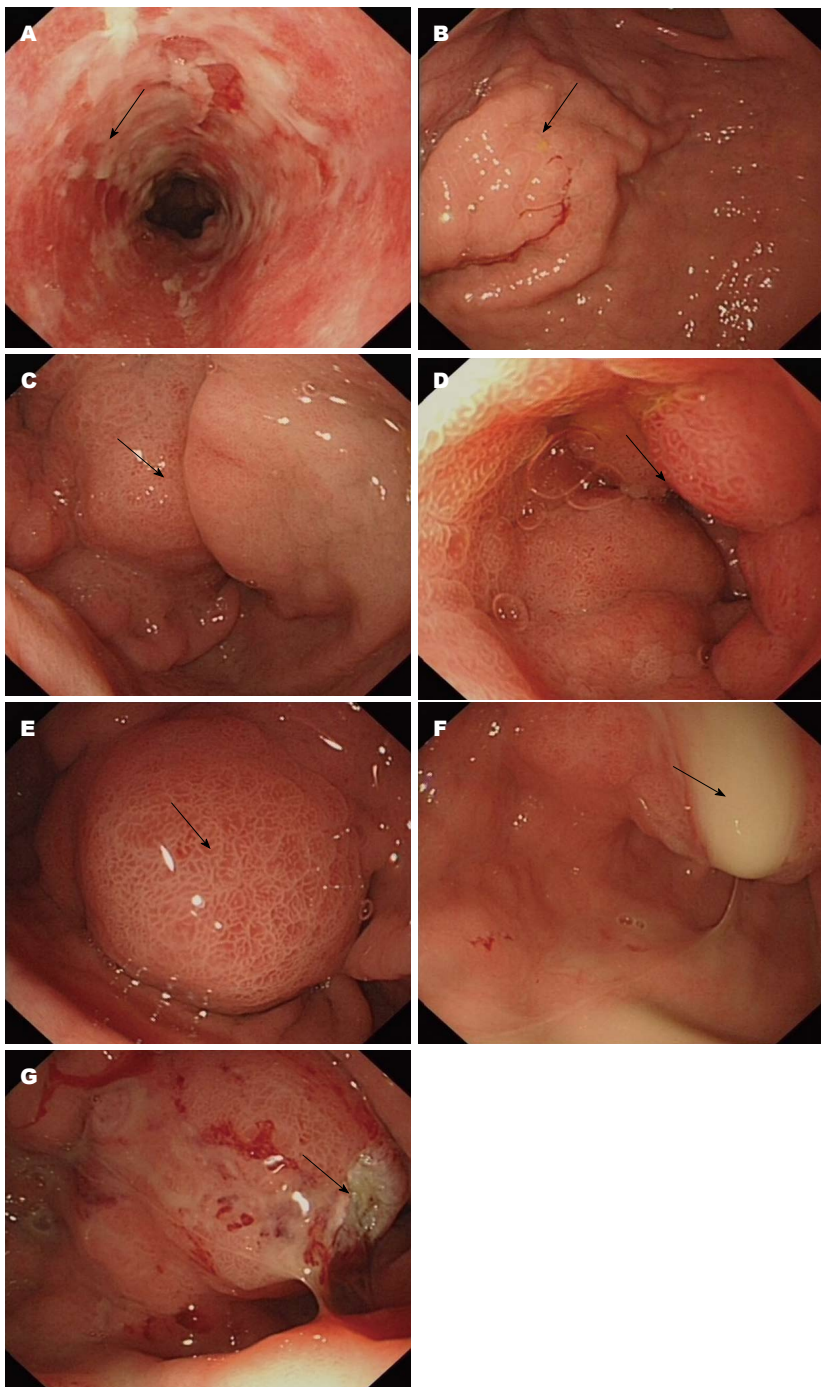


图 2 胃镜检查. A: 食管下段见食管黏膜充血破损并有片状脓苔附着; B: 胃窦体交界见一粗大皱襞; C: 胃窦小弯侧黏膜明显肿胀; D: 十二指肠球部腔狭窄, 黏膜肿胀; E: 胃窦小弯侧近幽门口处见一球形隆起灶; F: 胃窦小弯侧隆起灶穿刺后见脓液流出; G: 胃窦小弯侧隆起灶行部分黏膜切除术后. 箭头所示为病变部位.

同时对脓液进行引流并行细菌培养. 病理结果显示: 黏膜下层及肌层见大量中性粒细胞浸润, 并可见小脓肿形成(图3). 细菌培养结果为甲型溶血性链球菌. 诊断考虑为上消化道蜂窝组织炎. 为排除因免疫缺陷综合症而导致该病可能行人类免疫缺陷病毒检查, 结果为阴性. 该患者在脓液充分引流的基础上, 继续使用头孢曲松钠2 g, bid, 静脉滴注7 d后, 复查胸腹部增强CT显示食道下段、胃及十二指肠球部管壁增厚明显好转, 胃窦部管壁厚约12 mm, 余各管壁正常, 胃周脂肪间隙较前明显清晰(图1C, D).

患者症状明显好转, 拒绝复查胃镜出院. 随访2年, 症状无复发, 欲对该患者行胃镜复查, 但患者拒绝.

■应用要点

本例报道对临床医生发现和认识该疾病提供了参考, 以及为进一步研究这类疾病提供临床资料, 具有一定的意义.

2 讨论

化脓性胃炎又称蜂窝组织性胃炎, 是病原菌侵犯胃壁而致的急性感染性疾病. 该病具有临床上罕见, 死亡率高的特点. 目前认为甲型溶血性链球菌是该病主要病原菌, 金黄色葡萄球菌及大肠埃希杆菌菌也较为常见^[2]. 近年来有海耳曼螺杆菌, 苏云金芽孢杆菌感染所致的化脓

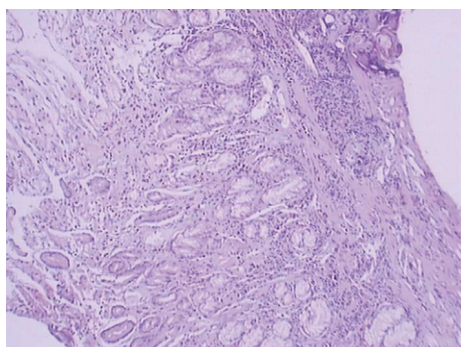


图3 胃窦隆起灶大块组织活检病理检查见黏下层及肌层膜大量中性粒细胞及小脓肿形成($\times 100$)。

性胃炎相关报道^[3,4]。真菌感染也可引起本病, 例如: 曲霉菌及毛霉菌^[5,6]。大量酗酒、长期服用免疫抑制剂、胃内低酸、放化疗、恶性肿瘤、免疫缺陷及手术等都是化脓性胃炎发生的危险因素。随着经内镜黏膜剥离术、黏膜切除术、氩离子电凝术及超声内镜引导下细针穿刺吸引术等有创诊疗技术的开展, 由此而导致的化脓性胃炎也有零星报道^[7-10]。虽然目前化脓性胃炎的发病机制尚不明确, 但可能与病原菌直接侵犯受损胃壁, 病原菌经血液循环或淋巴循环播散至胃壁有关。正常情况下, 由于胃内的酸性环境及机体防御机制, 病原菌是难以在胃内生存。但当上述危险因素存在的基础上, 合并有病原菌的侵入就极有可能发生化脓性胃炎。本例患者有长期酗酒史, 近期大量饮酒可诱发胃黏膜损伤, 在此基础上病原菌感染导致该病。患者血培养为阴性结果, 影像学资料也未提示其他部位感染, 因此可排除病原菌由血液循环或淋巴循环播散而致, 考虑该患者发病为病原菌直接侵犯受损胃壁有关。

病理上化脓性胃炎感染最易发生部位在黏膜下层, 黏膜层很少波及。随着病情发展, 化脓性炎症可在黏膜下层水平播散或垂直播散累及肌层, 甚至浆膜层, 发生穿孔。病变可以波及整个胃形成弥漫性化脓性炎症病变属弥漫型, 也可以在胃的局部形成脓肿属局限性^[11], 该患者既有胃壁的弥漫性增厚, 同时局部又有脓肿的形成, 考虑为混合型。化脓性胃炎病变多局限于胃部, 很少超出贲门或幽门累及十二指肠球部及食道^[12]。据我们所知, 化脓性炎症累及整个上消化道的报道仅有2例^[4,13]。

本病常见症状为急性腹痛, 纳差, 恶心, 呕吐, 发热; 部分患者可有消化道出血的表现, 严重的患者发生穿孔, 危及生命。由于症状无特

异性, 易延误诊断, 使患者未能获得早期的合理治疗是化脓性胃炎死亡率高的原因之一^[14]。胃镜, 腹部CT及超声内镜检查对于该病的诊断是非常有用的。化脓性胃炎在胃镜下的表现是胃壁肿胀发红, 可有溃疡, 糜烂, 出血, 甚至可见脓性分泌物。由于病变以黏膜下层为主, 一般活检无法钳取到病变部位, 多采取套圈器大块组织活检。病理表现为: 黏膜下层大量中性粒细胞浸润, 并可见脓肿形成。腹部CT可见胃壁明显增厚。超声内镜表现为胃壁增厚伴有局限性低回声区, 为不均质混合回声, 液性为主, 主要分布于黏膜下层或固有肌层, 同时还可对病变通过超声内镜引导下细针穿刺活检^[15]。该患者症状无特异性。实验室检查仅能表明有感染的存在。进一步胸腹CT检查显示患者食道、胃、十二指肠球部腔狭窄, 壁明显增厚。虽然第1次胃镜发现整个上消化道都有明显的炎症改变, 但对明显病变部位进行普通活检, 病理结果提示慢性炎症。第2次胃镜示病变局限, 在胃窦小弯侧近幽门口见一球形隆起灶, 穿刺病变部位见脓液流出, 考虑化脓性胃炎, 并对其行大块组织活检得以证实。细菌培养病因明确为甲型溶血性链球菌感染。结合整个病史, 胸腹部CT, 胃镜表现及病理和细菌培养结果, 本病诊断为甲型溶血性链球菌上消化道蜂窝组织炎。

本病应与胃黏膜相关组织淋巴瘤, 胃癌, 胃类癌和间质瘤等恶性肿瘤相鉴别。大块组织活检是非常必要的, 如未能排除间质瘤的情况下, 还需行活检组织的CD117及CD34免疫组织化学检查。该患者因第1次胃镜镜下表现与活检结果不符, 不能排除有恶性病变可能, 因此行第2次胃镜检查并大块组织活检, 从而得以确诊。

由于本病发病急且进行性发展, 死亡率达27%^[2]。早期诊断和及早的治疗是避免患者死亡的关键。主要的治疗方法包括内科保守治疗及外科手术治疗。Kim等^[14]对以往的化脓性胃炎系统性回顾的研究表明, 外科手术治疗化脓性胃炎效果优于抗生素的效果。然而, 近期的系统回顾表明, 外科手术治疗效果等同于抗生素保守治疗^[2]。另外, 经内镜下黏膜切除及经超声内镜引导下吸引也可作为其治疗手段^[16]。该例患者虽然在早期应用了抗生素治疗, 病情得到一定程度的缓解, 但未完全缓解。在第2次胃

■名词解释

上消化道蜂窝组织炎: 是病原菌侵犯上消化道而致的急性感染性疾病。该病具有临床上罕见, 死亡率高的特点。

同行评价

该病例报告了临床上罕见的、特殊的病例-上消化道蜂窝组织炎, 为临床医生发现和认识该疾病提供了参考以及为进一步研究这类疾病提供临床资料, 具有一定的意义。

镜检查中, 对病变明显部位进行了黏膜切除术, 将脓液引流, 同时继续运用抗生素治疗, 最终治愈。

总之, 化脓性胃炎是临床上少见的急性疾病, 病变波及至食管和十二指肠更为罕见。该病以起病急, 呈进行性发展, 病死率高, 症状无特异性为特点。胸腹部CT, 胃镜及超声内镜检查是该病的主要诊断手段, 大块组织活检如见黏膜下层有大量中性粒细胞浸润及脓肿形成即可确诊或在病变处见到脓液流出也可确诊。对于病因诊断则需要引流物的培养鉴定。对于该病的治疗, 需要在早期诊断的基础上, 可采取抗生素保守治疗, 如效果不佳或有并发症出现可考虑外科手术治疗。在内镜下通过圈套器黏膜切除, 穿刺针, 针状刀等方法对脓肿进行切开引流, 同时合并使用抗生素治疗该病也是行之有效的办法。

3 参考文献

- 1 Cruveilhier J. Traite d'anatomie pathologique generale, vol. 4. Paris: Masson et Cie, 1862: 485
- 2 Rada-Palomino A, Muñoz-Duyos A, Pérez-Romero N, Vargas-Pierola H, Puértolas-Rico N, Ruiz-Campos L, Espinós-Pérez J, Veloso-Veloso E. Phlegmonous gastritis: A rare entity as a differential diagnostic of an acute abdomen. Description of a case and a bibliographic review. *Rev Esp Enferm Dig* 2014; 106: 418-424 [PMID: 25361454]
- 3 Orel R, Mlinaric V, Stepec S, Luzar B, Brencic E, Cerar A. Acute phlegmonous gastritis associated with *Helicobacter heilmannii* infection in a child. *Dig Dis Sci* 2006; 51: 2322-2325 [PMID: 17103036 DOI:10.1007/s10620-006-9193-2]
- 4 Matsumoto H, Ogura H, Seki M, Ohnishi M, Shimazu T. Fulminant phlegmonitis of the esophagus, stomach, and duodenum due to *Bacillus thuringiensis*. *World J Gastroenterol* 2015; 21: 3741-3745 [PMID: 25834344 DOI: 10.3748/wjg.v21.i12.3741]
- 5 Park JP, Bae SS, Baek IY, Kim HS, Kim BS, Seo HE, Son KR, Kwon SH. A Case of Acute Emphysematous Gastritis Associated with Invasive Aspergillosis. *The Korean Journal of Helicobacter and Upper Gastrointestinal Research* 2013; 13: 50-54 [DOI: 10.7704/kjhugr.2013.13.1.50]

- 6 Jung JH, Choi HJ, Yoo J, Kang SJ, Lee KY. Emphysematous gastritis associated with invasive gastric mucormycosis: a case report. *J Korean Med Sci* 2007; 22: 923-927 [PMID: 17982248 DOI: 10.3346/jkms.2007.22.5.923]
- 7 Ajibe H, Osawa H, Yoshizawa M, Yamamoto H, Satoh K, Koinuma K, Morishima K, Hosoya Y, Yasuda Y, Sugano K. Phlegmonous gastritis after endoscopic submucosal dissection for early gastric cancer. *Therap Adv Gastroenterol* 2008; 1: 91-95 [PMID: 21180517 DOI: 10.1177/1756283X08095746]
- 8 Paik DC, Larson JD, Johnson SA, Sahn K, Shweiki E, Fulda GJ. Phlegmonous gastritis and group A streptococcal toxic shock syndrome in a patient following functional endoscopic sinus surgery. *Surg Infect (Larchmt)* 2010; 11: 545-549 [PMID: 20575666 DOI: 10.1089/sur.2009.064]
- 9 Sahn K, Davis BJ, Bagenal J, Cullen S, Appleton S. Acute gastric necrosis after routine oesophagogastroduodenoscopy with therapeutic argon plasma coagulation. *Ann R Coll Surg Engl* 2013; 95: e99-101 [PMID: 24025279 DOI: 10.1308/003588413X13629960047515]
- 10 Itonaga M, Ueda K, Ichinose M. Phlegmonous gastritis caused by endoscopic ultrasound-guided fine-needle aspiration (EUS-FNA). *Dig Endosc* 2012; 24: 488 [PMID: 23078457 DOI: 10.1111/j.1443-1661.2012.01362.x]
- 11 Alonso JV, de la Fuente Carillo JJ, Gutierrez Solis MA, Vara Morate FJ, López Ruiz DJ. Gastric wall abscess presenting as thoracic pain: rare presentation of an old disease. *Ann Gastroenterol* 2013; 26: 360-362 [PMID: 24714315]
- 12 于皆平, 沈志祥, 罗和生. 实用消化病学(第1版). 北京: 科学出版社, 2007: 230
- 13 Tsukadaira T, Sekiguchi Y, Nakamura K. Emphysematous esophago-gastro-duodenitis successfully treated by conservative therapy. *Dig Endosc* 2005; 17: A19
- 14 Kim GY, Ward J, Hennessey B, Peji J, Godell C, Desta H, Arlin S, Tzagournis J, Thomas F. Phlegmonous gastritis: case report and review. *Gastrointest Endosc* 2005; 61: 168-174 [PMID: 15672083]
- 15 Yang CW, Yen HH. Endoscopic sonography in the diagnosis and treatment of a gastric wall abscess: a case report and review of the literature. *J Clin Ultrasound* 2012; 40: 105-108 [PMID: 22228085 DOI: 10.1002/jcu.20780]
- 16 Munroe CA, Chen A. Suppurative (phlegmonous) gastritis presenting as a gastric mass. *Dig Dis Sci* 2010; 55: 11-13 [PMID: 19757050 DOI: 10.1007/s10620-009-0961-7]

编辑: 于明茜 电编: 都珍珠

