

食管上段胃黏膜异位症

唐宇, 马洪升

唐宇, 马洪升, 四川大学华西医院消化内科 四川省成都市 610041

通讯作者: 马洪升, 610041, 四川省成都市, 四川大学华西医院 消化内科. tangyuchinatown@163.com

收稿日期: 2006-06-20 接受日期: 2006-08-10

摘要

食管上段胃黏膜异位症(heterotopic gastric mucosa in upper esophagus, HGMUE)是胚胎发育时期鳞状上皮不完全取代柱状上皮形成的先天性残余病变. 发病率0.1%-10%, 患者多无临床症状, 但也可以出现胸骨后烧灼感、吞咽困难或疼痛、咽部不适等症状, 可导致溃疡、穿孔、瘘管、狭窄等并发症. 诊断依赖内镜和活检. 处理包括随访、对症、内镜下黏膜切除、局段食管切除等. 我们就该病变相关研究资料作一全面综述.

关键词: 上段食管; 异位胃黏膜

唐宇, 马洪升. 食管上段胃黏膜异位症. 世界华人消化杂志 2006;14(29):2865-2867

<http://www.wjgnet.com/1009-3079/14/2865.asp>

0 引言

食管上段胃黏膜异位症(heterotopic gastric mucosa in upper esophagus, HGMUE)是一种先天性胚胎残余病变, 是指食管上段存在有胃黏膜. 随着内镜技术水平的提高及人们对本病认识的提高, 其发现率逐渐增加. 由于有不少报道证实其有癌变的趋势, 使广大学者对其倍加重视. 我们就HGMUE的发病机制、临床表现、治疗、预后等方面的研究进展作一全面综述.

1 发病情况

Schmidt于1805年首次报道该病, 儿童尸检发现率达4.5%. HGMUE的发病率国外报道从5%到10%不等^[1], 国内多在0.1%-1%之间, 可能因为国内实际发病率低, 或是对该病的重视程度和警惕性不够所致. 据Maconi *et al*^[2]报道, 若医师镜检时特别注意, 检出率为2.27%, 不注意时则为0.3%. 其发病与年龄、性别无关. 普遍接受的

观点是: HGMUE是胚胎发育时期鳞状上皮不完全取代柱状上皮形成的先天性残余病变. 食管是从内胚叶的前肠发生的, 发生初期被覆腺上皮, 以后逐渐被柱状上皮置换, 出生5 mo左右被鳞状上皮替换, 这种置换是从食管中部开始分别向上下两个方向进行, 该替换过程可以因某种原因而中途停止, 食管上段因置换不完全而残留的柱状上皮被称为异位性胃黏膜, 食管下段残留的柱状上皮被称为先天性Barrett食管上皮. Feurle *et al*^[3]用免疫组化检测比较HGMUE和Barrett食管上皮, 显示两者都含有分泌胰高血糖素、生长抑素、血清素抗体和胰多肽的细胞, HGMUE还含有胃泌素细胞, Barrett上皮则还含有神经紧张素细胞, 提示可能在两者的鉴别中发挥作用. 另一种观点认为, HGMUE的形成有多种因素的联合作用: 创伤、反流、感染等因素损伤了原有的鳞状上皮, 异位胃黏膜继发性增生以修复损伤, 从而表现为黏膜固有层内的先天性异常. Chatelain *et al*^[4]报道1例HGMUE腺癌, 肿瘤表面和周围的HGMUE都测出具有和Barrett食管相同的免疫组化标志即CK7/CK20阳性, 并推断HGMUE腺癌和Barrett食管有相同的病理机制, 都与胃食管反流有关. 多位学者研究证实, 异位胃黏膜存在G细胞, 并可分泌胃泌素、生长抑素, 亦有泌酸功能^[5-6].

2 临床表现

大多数HGMUE患者无任何症状, 部分患者可出现胸骨后烧灼感或疼痛、吞咽困难或吞咽痛、咽部球状异物感、声音嘶哑、咳嗽等, 与异位的胃黏膜内的壁细胞分泌胃酸破坏食管黏膜有关, 严重者甚至可并发溃疡、穿孔、出血、狭窄、气管食管瘘^[7-9]而出现相应的症状. HGMUE的泌酸功能可能是引起咽喉反流导致咽喉炎的原因. 一项以儿童为对象的研究提示, 有HGMUE的儿童更易发生呼吸道症状. 异位性胃黏膜可以是单发性, 亦可以是多发性的黏膜片段, 常发生于食管的上1/3段, 近环咽肌水平. 国外的报道是食管起始3 cm段好发, 多位于侧壁和后

■背景资料

食管上段胃黏膜异位症(HGMUE)是胚胎发育时期鳞状上皮不完全取代柱状上皮形成的先天性残余病变. 发病率0.08%-20%, 患者可以出现胸骨后烧灼感、吞咽困难或疼痛、咽部不适等症状, 可导致溃疡、穿孔、瘘管、狭窄等并发症. 诊断依赖内镜和活检. 处理包括随访、对症、内镜下黏膜切除、局段食管切除等.

■同行评价

胃黏膜异位症在临床上较为少见,对该病的流行病学资料、临床表现、病理和治疗等进行总结认识有利于提高对该类疾病的认识。本文较全面综述了病理、机制、临床、分类、治疗等,可提高医生对这一少见病认识,有一定的科学性和可读性。

壁,也可环绕食管全周径,若为双发则多形成对吻性。镜下可见表面被覆桔红色黏膜的圆形或卵圆形嵌入斑片(inlet patch),边界清晰,与周围灰珍珠色的正常食管鳞状上皮区别明显,直径可从几个微米到30 mm以上。一些微小的异位斑片可能被周围鳞状上皮掩盖而不易发现。斑片表面一般光滑,可以呈平坦、凹陷或息肉样隆起。该病变易漏诊,镜检时应特别注意食管上段环咽肌远端数厘米区域,缓慢退镜,重复少量注气扩张并旋转镜身。另外,镜下也可能见到并发的溃疡、瘘管、狭窄、息肉、食管蹼等病变。

异位斑片的病理组织学检查显示,类似胃黏膜的柱状上皮比正常胃黏膜薄,其中含有壁细胞和主细胞。胃底型、胃窦型和两者的过渡型都有报道,比例不近一致,以胃底型居多。斑片周围多有轻到中度的慢性炎症,其中幽门螺杆菌(*Helicobacter pylori*, *H pylori*)的检出率不同的报道差别明显,从3%-73%不等。Jacobs *et al*^[10]在33例HGM患者中仅检出1例*H pylori*阳性,认为*H pylori*与HGMUE周围的炎性浸润无关。而Gutierrez *et al*^[11]研究表明,异位斑片的*H pylori*定植密度与胃内*H pylori*密度关系密切,检出*H pylori*的斑片周围的炎性浸润程度与胃内*H pylori*感染的炎性活动度有关。*H pylori*多位于胃窦部,而且并不是所有HGMUE都能检出*H pylori*,提示胃食管反流可能是*H pylori*定植于HGMUE的原因。Borhan *et al*^[12]的结论则是,HGMUE内的*H pylori*感染是*H pylori*阳性胃炎的一个组成部分,不存在胃内*H pylori*阴性而HGMUE内却检出*H pylori*的情况。HGMUE缺乏特异的临床表现,对于患者出现的食管和咽喉部的一些症状,包括胸骨后烧灼感或疼痛、吞咽困难或吞咽痛、梗噎感、声嘶、咽喉不适甚至咳嗽,都应警惕HGMUE的可能,及早行内镜检查,镜检时注意好发部位与周围灰色黏膜分界明显的桔红色黏膜斑片,组织学检查见到柱状上皮即可确诊。国外有学者对HGMUE分级如下^[13]: I: 无症状,无并发的病理形态改变(狭窄、食管蹼、瘘管等)的HGMUE携带者; II: 有症状,无并发的病理形态改变; III: 有并发病理形态改变并引起相应的症状; IV: 恶化,形成上皮内肿瘤; V: 进一步发展为上段食管腺癌。另外, Tc99高锝酸盐放射性核素显象能显示异位胃黏膜^[14],可作为该病的辅助诊断。临床医师对HGMUE的认识和警惕性是发现该病的关键。

3 预后及转归

HGMUE泌酸能力的强弱是决定预后的重要因素。大多数患者的HGMUE斑片终身存在且不引起任何不适。部分人出现食管和咽喉部症状,经抑酸等对症处理缓解,如未能及时发现病变可能导致溃疡、出血、狭窄、穿孔、瘘管等严重后果,HGMUE有癌变的可能,但多数报道其自身的恶变倾向很低。据Noguchi *et al*^[15]报道,到2004年共发现19例异位性胃黏膜癌变的病例。19例患者中大多数为男性,女性仅2例。其他临床病理特征如年龄、肿瘤大小、大体形态、分化程度及浸润程度等均没有差别。

无症状的HGMUE不需要特别治疗或者内镜监测,有症状的患者视具体情况而定,如良性狭窄可行扩张术,针对反流症状可使用抑酸剂,如质子泵抑制剂。源于HGMUE的食管上段腺癌尚无统一的治疗方案,放化疗后行局段食管切除,有一定效果,早期的腺癌可行内镜下黏膜切除术。

4 参考文献

- 1 Borhan-Manesh F, Farnum JB. Incidence of heterotopic gastric mucosa in the upper oesophagus. *Gut* 1991; 32: 968-972
- 2 Maconi G, Pace F, Vago L, Carsana L, Bargiggia S, Bianchi Porro G. Prevalence and clinical features of heterotopic gastric mucosa in the upper oesophagus (inlet patch). *Eur J Gastroenterol Hepatol* 2000; 12: 745-749
- 3 Feurle GE, Helmstaedter V, Buehring A, Bettendorf U, Eckardt VF. Distinct immunohistochemical findings in columnar epithelium of esophageal inlet patch and of Barrett's esophagus. *Dig Dis Sci* 1990; 35: 86-92
- 4 Chatelain D, de Lajarte-Thirouard AS, Tiret E, Flejou JF. Adenocarcinoma of the upper esophagus arising in heterotopic gastric mucosa: common pathogenesis with Barrett's adenocarcinoma? *Virchows Arch* 2002; 441: 406-411
- 5 Dayal Y, Wolfe HJ. Gastrin-producing cells in ectopic gastric mucosa of developmental and metaplastic origins. *Gastroenterology* 1978; 75: 655-660
- 6 Kohler B, Kohler G, Riemann JF. Spontaneous esophagotracheal fistula resulting from ulcer in heterotopic gastric mucosa. *Gastroenterology* 1988; 95: 828-830
- 7 Sanchez-Pernaute A, Hernando F, Diez-Valladares L, Gonzalez O, Perez Aguirre E, Furio V, Remezal M, Torres A, Balibrea JL. Heterotopic gastric mucosa in the upper esophagus ("inlet patch"): a rare cause of esophageal perforation. *Am J Gastroenterol* 1999; 94: 3047-3050
- 8 Powell RW, Luck SR. Cervical esophageal obstruction by ectopic gastric mucosa. *J Pediatr Surg* 1988; 23: 632-634
- 9 Garcia AO, Mazzadi SA, Raffo L, Bonfanti M, Salis GB, Arra A, Chiocca JC. Heterotopic gastric mucosa

- in the upper esophagus: report of a case with a fistula. *Dis Esophagus* 2002; 15: 262-265
- 10 Jacobs E, Dehou MF. Heterotopic gastric mucosa in the upper esophagus: a prospective study of 33 cases and review of literature. *Endoscopy* 1997; 29: 710-715
- 11 Gutierrez O, Akamatsu T, Cardona H, Graham DY, El-Zimaity HM. Helicobacter pylori and heterotopic gastric mucosa in the upper esophagus (the inlet patch). *Am J Gastroenterol* 2003; 98: 1266-1270
- 12 Borhan-Manesh F, Farnum JB. Study of Helicobacter pylori colonization of patches of heterotopic gastric mucosa (HGM) at the upper esophagus. *Dig Dis Sci* 1993; 38: 142-146
- 13 von Rahden BH, Stein HJ, Becker K, Liebermann-Meffert D, Siewert JR. Heterotopic gastric mucosa of the esophagus: literature-review and proposal of a clinicopathologic classification. *Am J Gastroenterol* 2004; 99: 543-551
- 14 Chen CH, DeRidder PH, Fink-Bennett D, Alexander TJ. Detection of heterotopic gastric mucosa in the upper esophagus with ^{99m}Tc-pertechnetate scintigraphy. *J Clin Gastroenterol* 1989; 11: 23-26
- 15 Noguchi T, Takeno S, Takahashi Y, Sato T, Uchida Y, Yokoyama S. Primary adenocarcinoma of the cervical esophagus arising from heterotopic gastric mucosa. *J Gastroenterol* 2001; 36: 704-709

电编 张敏 编辑 王晓瑜

ISSN 1009-3079 CN 14-1260/R 2006年版权归世界胃肠病学杂志社

• 消息 •

2007 中华肝胆胰脾外科(国际)学术论坛征文通知

本刊讯 “2007中华肝胆胰脾外科(国际)论坛”应澳门特区外科学会的盛情邀请于2007-04-13/16在澳门举办,现将征文通知公布如下:

1 征文内容

(1)肝癌诊断及外科与综合治疗:新诊断技术-可切除与否的界定-综合治疗与序贯化思路-对复发转移的研究进展-微创技术实际应用的可能性;(2)医源性胆管损伤的预防-胆管下端功能状态对修复及重建的影响-肝胆管结石外科治疗的新经验-肝门胆管癌根治性切除的实施与效果;(3)胰腺炎-重症急性、出血坏死性、“凶险性”-治疗中早期复苏的策略与实施-相关并发症的预防和处理;(4)胰腺癌-早期诊断的思路与进展-根治术在当前的含义和尺度-术前减黄与并发症的处理;(5)脾功能研究进展-保脾和切脾含义和抉择-PH时单纯切脾的指征与价值;(6)肝移植-应用指征的决策-供肝切取与保存-技术性与非技术性并发症-再移植-远期存活的努力。

2 投稿要求及截稿日期

来稿请寄未曾公开发表过4000字以内全文及800字论文摘要各1份(无摘要不入汇编)请在信封上注明“会议征文”。截稿日期:2007-01-31。正式代表发论文证书并授一级继续教育学分。来稿请寄:《中华肝胆外科杂志》编辑部。

3 联系方式

地址:北京市复兴路28号;邮编:100853;电话:010-66936223;电传:010-68177009;E-mail:zhgdwkzz@vip.163.com;详情请登陆网站:www.zhgdwkzz.net.