

• 病例报告 •

Killian-Jamieson 憩室误诊为食管异物 1 例

廖锦文, 李水燕, 赵伟, 龙文秀
(简阳市人民医院 消化内科, 四川 简阳 641400)

关键词: 憩室; Killian-Jamieson; 误诊; 食管异物

doi: 10.3969/j.issn.1671-038X.2019.01.16

中图分类号: R768.2 文献标志码: D

食管憩室是指食管壁的一层或全层向腔外突出,按发生部位可分咽食管憩室、食管中段憩室和膈上憩室三类^[1]。在上消化道憩室中占第一位,在食管疾病中位于食管炎、食管癌、食管静脉曲张之后居第 4 位^[2]。Killian-Jamieson 憩室是咽食管憩室的一种,发病率较低,于 1908 年被 Killian 首次描述,为食管颈段侧壁憩室或食管连接区侧壁憩室,多发生于颈部食管前侧壁(环咽肌横行纤维和食管外侧纵行肌下的间隙),表现为向侧面凸出,这一发现后来被 Jamieson 证实,因此被称 Killian-Jamieson 憩室^[3]。Killian-Jamieson 憩室属于罕见病例,有很大可能出现误诊;而我院近期收治了 1 例 Killian-Jamieson 憩室患者,就被误诊为食管异物,现分析报告如下。

患者,女,65 岁。因“摔伤致左肘关节疼痛伴活动受限 4 h”于 2017-12-28 入住我院骨科。无头昏、头痛,无昏迷、晕厥,无畏寒、发热,无胸腹部疼痛,无大小便失禁。体检:神志清楚,皮肤未见黄染,巩膜无黄染,颈软,无压痛,气管居中,胸廓对称,无压痛,双肺呼吸音清,未闻及干湿啰音,心律齐,未闻及杂音,腹部平软,全腹部无压痛,无反跳痛及肌紧张。专科情况:左肘部肿胀明显,肘后方压痛明显,左肘后方可见一大小约 1.5 cm×1.0 cm 擦伤面,创面未见明显渗血、渗液,左肘后方可触及明显骨擦感,左肘后三角关系正常,左肘关节屈伸活动受限。入院后查血常规、凝血常规、肝功能、肾功能、电解质、输血前全套均未见明显异常。胸部 X 线示①肺纹理粗;②右肋膈角模糊,建议进一步检查,除外积液。进一步完善胸部 CT 示食道上段平胸 1 椎体高密度影异物征象(直径约 1.7 cm)(如图 1)。结合胸部 CT 报告,再次追问病史:患者 40 d 前曾进食鸡肉后略感吞咽不适,无吞咽梗阻,轻微咳嗽不适,因能进食,未积极诊治。请消化内科及耳鼻喉科会诊后,综

合以上病史,处理意见:考虑到患者有异物>40 d,可能存在感染、化脓、穿孔等并发症,行普通食管镜检查可能加重异物嵌顿,建议在手术室行气管插管后,先予胃镜下异物取出术,若胃镜下不能取出,耳鼻喉科再予硬式食管镜下异物取出术。而在胃镜下所见:食管距门齿 16 cm 左前壁可见一憩室,憩室内有块状食物滞留,予内镜下取出,未见骨性异物,仅为肉块(如图 2)。在排除食管内异物后,患者经保守治疗 1 周后出院。

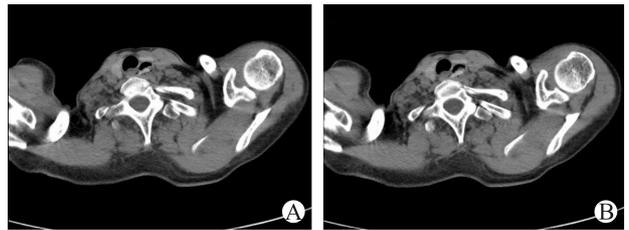


图 1 胸部 CT 的表现

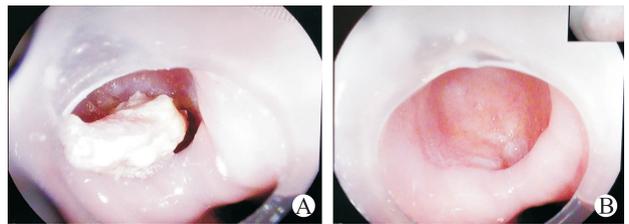


图 2 胃镜下的表现

讨论 本例误诊的原因是:①存在诊断的独立思维。患者发病时有异物史,胸部 CT 亦提示高密度影异物征象,便考虑为“食管异物”,未能仔细阅片,漏掉食管憩室(如图 3);②术前检查不够完善,单凭胸部 CT 检查所见就做出此诊断,未进一步行 X 线食管钡餐等检查而造成误诊;③对此病例过于重视,未结合相应辅助检查排除出现并发症的可能,使患者在手术室行气管插管后完成操作。

发病机制及临床表现:咽食管憩室依据咽部黏膜的凸出方向可分为 Zenker 憩室(向后面凸出)、Killian-Jamieson 憩室(向侧面凸出)两种,2 者的解剖基础均是由于咽部肌肉间缺乏肌纤维,当环咽肌

收稿日期:2018-08-13

作者简介:廖锦文,男,主治医师,研究方向:消化内镜

通讯作者:廖锦文,E-mail:543811879@qq.com

和食管肌肉长期出现弛缓及运动失调,这时食管内压力增加,就会导致局部黏膜和黏膜下层经该薄弱区膨出而形成憩室^[4]。小的食管憩室无明显症状,食管憩室引起临床症状主要取决于憩室的位置、大小及深度^[5]。常见的临床表现有吞咽困难、恶心、吐逆、口臭、反流以及胸骨后疼痛,严重的临床症状是因误吸致使呼吸道症状如夜间咳嗽、气喘、肺炎和喉炎等。一部分食管憩室可发生癌变,这与食物滞留和长期慢性炎症密切相关^[6]。Zenker 憩室患者有 62.0% 的几率出现临床症状^[7],包含吞咽困难、反流、咳嗽、心前区疼痛、口臭和慢性吸入性肺炎;而 Killian-Jamieson 憩室多数无症状,即使出现吞咽困难、咳嗽及心前区疼痛等症状,也比 Zenker 憩室较轻^[8]。



图 3 憩室在胸部 CT 下的表现

影像学诊断:食道钡餐检查可明确诊断咽食管憩室^[9],影像学表现为囊袋状钡囊影,宽基底,可见黏膜伸入其内,底面较光滑,有部分影像似试管底形状,其影像透光度较一致,对比剂较能顺利排出。若合并憩室炎,则边缘显示毛糙,其内密度不均,对比剂排空缓慢,滞留时间较长^[10]。有研究^[11]表明超声检查时配合吞咽、加压及饮水 3 项实验,通过观察患者吞咽、加压后肿块与甲状腺之间的运动是否不同步,肿块的形态及内部回声是否改变、有无气液交流运动等,可大大提高咽食管憩室的诊断准确率。国外研究^[12]发现,将 2~4 滴 SonoVue 超声造影剂稀释于 200 ml 左右的饮用水中,进行食道显影,可准确诊断咽食管憩室。

临床处理:无症状的咽食管憩室通常是不需要治疗。如合并憩室炎、食管炎症状时,可给予法莫替丁^[13]对症处理,能很好的减轻患者的临床症状,减缓炎症的发展;或者给予质子泵抑制剂、抗生素、体位引流等非手术治疗。如果内科治疗无效,且有明显症状、巨大憩室或合并食管裂孔疝,尤其是反复憩室炎、有穿孔倾向、溃疡出血及有癌变者,均可进行外科手术治疗。

本例患者之所以会出现误诊,主要是因为 Killian-Jamieson 憩室大部分患者未出现症状,即使有也较轻微,结合胸部 CT 检查提示食道上段平胸 1 椎体高密度影异物征象,且 Killian-Jamieson 憩室较为罕见,限制了医生的临床思维,很自然的诊断为“食管异物”,以致于做出上述治疗。由此可见,临床医生在诊断食管异物时,需警惕食管憩室的可能,除了靠病史外,不能单纯依赖胸部 CT 检查,最好进一步完善食道钡餐、超声造影等辅助检查,需全面的了解食管情况,并细心阅片,以便纠正放射科医生的错误报告,减少误诊、漏诊,避免误行气管插管,减轻患者的经济负担及痛苦。

参考文献

- [1] 张亚历. 实用消化病学:图解诊断与治疗方法[M]. 北京:清华大学出版社,2009:42-42.
- [2] 李梅. 28 例食管憩室的临床分析[J]. 罕见疾病杂志, 2015,22(6):30-31.
- [3] 王龙,曹杰,丁平,等. Killian-Jamieson 憩室伴食道重度狭窄 1 例[J]. 世界华人消化杂志 2015,23(10):1695-1698.
- [4] 高虹,李雪飞,刘春芝. 咽食管憩室误诊为甲状腺肿瘤 4 例病例分析[J]. 中国实验诊断学,2016,20(12):2133-2134.
- [5] Bock J M, Petronovich J J, Blumin J H. Massive Zenker diverticulum[J]. Ear Nose Throat J, 2012,91(8):319-320.
- [6] 郑海涛,许洁,姜立新. 颈部食管憩室误诊甲状腺癌五例分析及文献复习[J]. 中华普外科手术学杂志:电子版,2014,8(1):83-85.
- [7] Tang S J, Tang L, Chen, et al. Flexible endoscopic Killian-Jamieson diverticulotomy and literature review (with video)[J]. Gastrointest Endosc, 2008,68(4):790-793.
- [8] 高万峰,石富,于兰,等. Killian-Jamieson 憩室误诊为结节性甲状腺肿[J]. 临床误诊误治, 2010,23(6):557-557.
- [9] 龙洋,边彤,江山. 咽食管憩室的影像鉴别诊断价值与临床研究[J]. 中华放射学杂志,2015,50(1):31-33.
- [10] 高晓强,荣阳,白娟,等. 咽食管憩室的影像诊断价值与临床研究[J]. 中国医药指南,2016,14(18):59-60.
- [11] 骆韵青,章燕锋,于尚坤,等. 高频超声结合饮水试验在咽食管憩室诊断中的应用[J]. 中国超声医学杂志, 2014,30(7):664-666.
- [12] Cui X W, Ignee A, Baum U, et al. Feasibility and usefulness of using swallow contrast-enhanced ultrasound to diagnose Zenker's diverticulum: preliminary results [J]. Ultrasound Med Biol, 2015,41(4):975-981.
- [13] 陆艳,邓同美,张国强. 食管憩室伴发食管炎患者诊断与治疗效果分析[J]. 中华医院感染学杂志, 2013,23(19):4669-4670,4673.