

■ 病例討論

非增生型腸源性黏膜下結腸囊腫： 個案報告及文獻回顧 — 結合迷你剖腹探查術切除病灶

高雄醫學大學附設醫院 胃腸及一般外科 王照元醫師

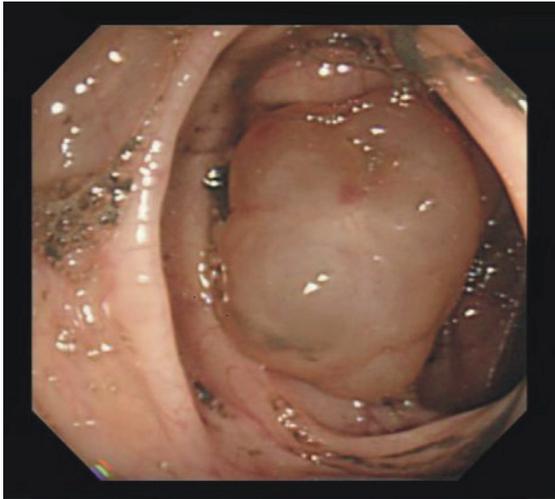
簡介：

非增生型腸源性黏膜下結腸囊腫病灶 (nonneoplastic enterogenous submucosal cystic lesions) 是一種罕見的先天性異常疾患，此疾患可以發生於結腸或是直腸等腸道，其特徵是附著於腸道漿膜下層 (subserosal)、肌肉層 (intramuscular) 或黏膜下層 (submucosal) 而形成的管狀或囊狀構造，臨床上最常見的疾病分類包括有複式囊腫 (duplication cysts)，淋巴血管瘤 (lymphangiomas) 以及深層囊狀結腸炎 (colitis cystic profunda) 等。此疾病在小孩子時期診斷並非少見，然而於成年人可以正確的診斷與完整的特徵描述確是相當罕見與困難的，主要是病人常常僅呈現出非特異性的症狀。由於臨床上的症狀與徵候也相當多樣化，主要取決於囊腫位置、大小、阻塞、感染、出

血與是否有腸壁外或腸壁腔內的連結 (extraluminal or intraluminal communications)。在此我們要報告一個62歲男性病患於大腸鏡鏡檢診發現位於降結腸的囊腫病灶之罕見病例，並且回顧文獻探討此疾病的臨床意義。

個案報告：

一個62歲男性病患主訴於近來數月有排便習慣改變、腹部脹氣、腹瀉與體重下降情形而至本院求診，其過去病史除了有高血壓外並無其他特殊疾病。理學檢查、實驗室檢驗與腹部X光檢查並無異常報告。大腸鏡鏡檢發現離肛門口約六十公分處的降結腸處有一個表面光滑的黏膜下病灶 (圖1)，臨床上懷疑是非增生型腸源性黏膜下結腸囊腫疾患。為了確定診斷此疾病並且緩解病人症狀，吾人採取之前在國際學術期刊發表的手術前使



圖一、大腸鏡檢發現證實黏膜下病灶位於離肛門口約六十公分的降結腸部位。



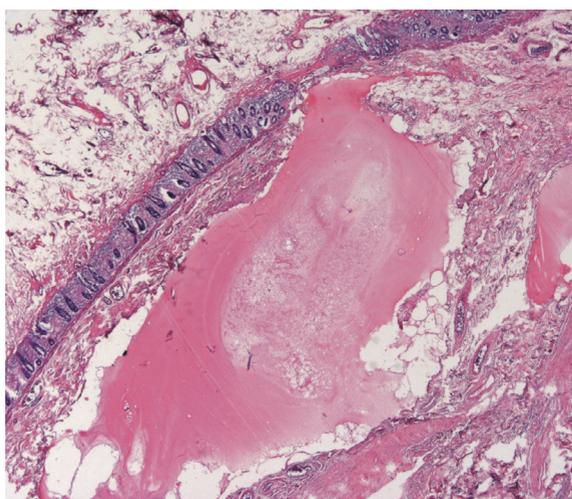
圖二、肉眼所見顯示大小約4x3.5x0.8公分且界線清楚含有液體的囊腫病灶。

用大腸鏡經腹部照光以定位大腸腫瘤施行迷你剖腹探查術的新技術，僅於病人腹部左上方靠近結腸的脾臟區部 (splenic flexure) 位置施行約六公分的腹部切口。於手術過程中，吾人檢查鄰近腹腔內情形並無發現結腸腸繫膜有淋巴節腫大、腹水或是其他異常病灶。經由施行部分結腸切除連同囊腫物完整取下，肉眼所見顯示大小約4 x 3.5 x 0.8公分且界線清楚含有液體的囊腫病灶 (圖2)。組織病理學的檢查顯示為黏膜下結腸多腔性囊腫病灶 (multiloculated submucosal cystic lesion)，為上皮細胞構造並且間質 (stroma) 有發炎性淋巴細胞浸潤 (圖3)，而最終病理報告顯示為結腸囊腫。由於手術傷口小 (僅有六公分左右傷口)，病人恢復迅速於手術後過程順利，並於五天後出院，比傳統

剖腹探查手術平均約縮短兩天住院天數。

討論：

源自結腸本身之囊腫是腸胃道相當罕見的疾病，屬於一種非增生型腸源性黏膜下結腸囊腫病灶。從管腔內面觀察表面平滑覆蓋在正常黏膜下的病灶，此病灶可能為來自腸壁本身或是腸壁外。此種非增生型腸源性黏膜下囊腫病灶可能到成年人才被正確診斷。主要臨床症狀包括有腹部不適、排便習慣改變、阻塞、腹痛等，極少數病人會出現出血與惡性變化，主要取決於囊腫位置、大小、阻塞、感染、出血與是否有腸壁外或腸壁腔內的連結。由於臨床症狀與發現經常為非特異性的表徵，因此手術前的正確



圖三、組織病理學檢查顯示為上皮細胞構造並且間質有發炎性淋巴細胞浸潤。

診斷經常不易，有些病患是偶然於大腸鏡鏡檢時發現。影像學檢查包括電腦斷層、鋇劑照影、核磁共振或是內視鏡超音波檢查可以提供部分訊息，但有時候也並非能確定診斷。受術前大腸鏡鏡檢能提供術者許多重要訊息，然而大腸鏡鏡檢或內視鏡超音波是雖能區分黏膜本身或黏膜下病灶，但卻不易正確釐清黏膜下病灶的特徵，因而最後診斷端賴病理學的檢驗報告。

治療非增生型腸源性黏膜下結腸囊腫病灶的最佳時機與方式由於此種病例相當罕見，截至目前為止仍尚未有定論。治療方式可能必須因人而異，主要仍取決於發生部位，是否有發生感染與合併其他先天性異常。將病灶完全切除主要為控制病人症狀(如我們目前報告病患)，並避免發生腸

道阻塞、感染併發敗血症與發生惡性變化。吾人現今結合手術前使用大腸鏡經腹部照光以定位大腸腫瘤部位施行迷你剖腹探查術切除部分結腸的技術，不僅手術傷口小，手術時間短(平均約一小時左右可以完成)，病人不需額外負擔手術器材費用，住院時間短(平均住院天數約六天)，是一項可以大幅提高手術品質並減少醫療費用的方式。

結論：

非增生型腸源性黏膜下結腸囊腫病灶是相當罕見的成人疾病，並且具有相當多樣性的臨床表徵，病患常呈現出非特異性症狀。將病灶完全切除為改善病人症狀的唯一方法，然而對於無症狀的病人處理策略仍需要更多的病例報告或臨床經驗才能確知。

參考文獻：

1. Pickhardt PJ, Kim DH, Menias CO, Gopal DV, Arluk GM, Heise CP. Evaluation of submucosal mucosal lesions of the large intestine. Part 2. Nonneoplastic Causes. *Radiographics* 2007;27:1693-703.

2. Govoni AF, Burdman D, Teicher I, Smulewicz JJ. Enterogenous cyst of the colon presenting as a retroperitoneal tumor in an adult. Am J Roentgenol Radium Ther Nucl Med 1975;123:320-9.
3. Ma CJ, Lu CY, Chen CW, et al. Preoperative localization of colonic tumors using transabdominal illumination of the colonoscope. Int J Colorectal Dis 2008;23:213-4.
4. Pickhardt PJ, Kim DH, Menias CO, Gopal DV, Arluk GM, Heise CP. Evaluation of submucosal mucosal lesions of the large intestine. Part 1. Neoplasms. Radiographics 2007;27:1681-692.
5. Flint R, Strang J, Bissett I, Clark M, Neill M, Parry B. Rectal duplication cyst presenting as perianal sepsis: report of two cases and review of the literature. Dis Colon Rectum 2004;47:2208-10.

雙節飛機

◎李剛領醫師提供

阿伯上飛機，看到前面商務艙坐位寬敞且有空位，就吵著要坐前面。領隊及同伴都說不行並阻止他。正嚷嚷拉扯間，一位空服小姐過來，說「請問阿伯，阿即嘛是啥咪情形？」

阿伯：「我會暈車，我要坐前面。」

空姐：「阿請問阿伯，你不知要去叨位或？」

阿伯：「我要去日本。」

空姐：「阿頭前這節是要去美國的。去日本要坐後面這節。」

阿伯聽後：「喔！」就靜靜的回到自己的座位。