

# 儿童胶原性胃炎 1 例报告并文献复习

吕璐璐

山东省淄博桓台县妇幼保健院 山东淄博 256400

**摘要:** 回顾性分析儿童胶原性胃炎 1 例病例资料,探讨该病诊疗并进行文献复习。胶原性胃炎发病机制尚不明确,发病率低,好发于儿童,无特异性临床表现,该病诊断依靠胃组织活检及 Masson 染色。该疾病起病隐匿,病程长,临床表现非特异性,诊断困难,故充分认识该疾病及早期诊断尤为重要。

**关键词:** 儿童; 胶原性胃炎; 文献复习

目前对于胶原性胃炎 (Collagenous Gastritis;CG) 的发病机制与临床转归尚不明确,且临床病例较少,治疗方案仍不成熟,但 CG 慢性间歇性的发病特点,一般预后可。本文就我科近期收治的 1 例胶原性胃炎患儿进行病例分析并文献复习。

## 1 病例简介

患儿,男,13 岁 4 月,因“贫血 4 年余”于 2025-3-21 入住本科。患儿 4 年余前体检发现贫血,血红蛋白波动于 70g/L 左右,查体可见口唇苍白,偶伴脐周不适,无其它消化系统症状表现,曾于外地医院行胃肠镜检查提示“慢性非萎缩性胃炎、反流性食管炎 LA-A 级、慢性结肠炎、回肠末段炎”,予间断护胃抑酸治疗贫血未改善。期间查地中海基因阴性,铁代谢减低,多次血常规+网织检查提示:小细胞低色素贫血伴网织红细胞计数百分数低(见图 1),骨髓穿刺及地中海贫血基因检测均无殊,长期间断口服铁剂治疗 3 年,血红蛋白波动于 68-92g/L,现为进一步诊治,拟“缺铁性贫血”收入院。

患儿生后行肛门成形术,其母亲中度贫血病史。CT 全腹部平扫:胃体积增大,胃内容物较多,余未见异常(见图 2)。胃镜:结节性胃炎(胶原性胃炎?)、贫血性胃粘膜改变(见图 3)。胶囊内镜及结肠镜:未见异常。病理:(胃底)胃黏膜,慢性中度炎,上皮见胶原沉着(厚度  $>10\mu\text{m}$ )。免疫组化单克隆抗体检测:IgA(+),IgG(+),IgG4(+),IgM(+)。特染检测结果:MASSON(+),可见蓝色胶原沉积,提示胶原性胃炎(图 4-5)。治疗上予患儿口服多糖铁复合物胶囊、维生素 C 补充造血原料,在补充造血原料的基础上加用奥美拉唑保护胃黏膜及激素治疗半年,后期监测血红蛋白较前有上升趋势,

逐渐上升至 125g/L。

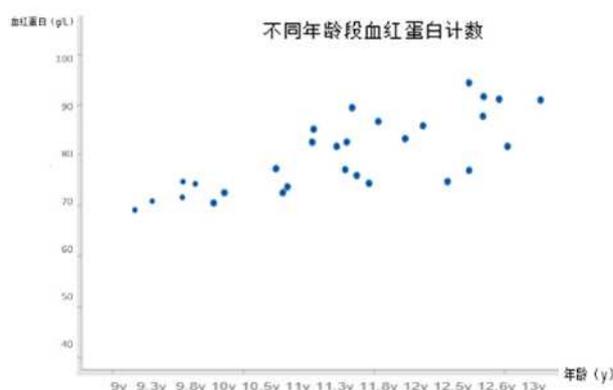


图 1 不同年龄段血红蛋白计数



图 2 患儿胃镜检查前 CT 表现



图 3 电子胃镜下表现

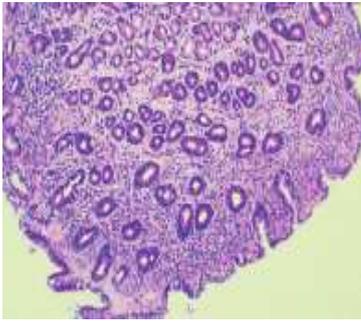


图 4 胶原纤维带状沉积

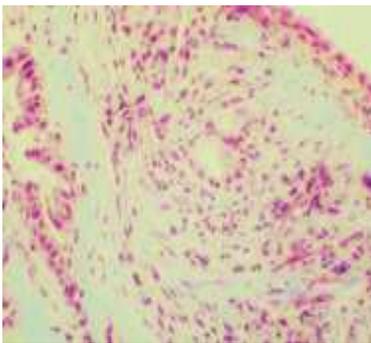


图 5 MASSON 染色

## 2 讨论

CG 为罕见性疾病，其全球发病率为 0.25/10 万，目前全球总例数不超过 100 例，男女的发病率比为 1:4.2。儿童 CG 患病率为 2.1/10 万，男女发病率儿童与成人比较差异具有统计学意义 ( $P < 0.001$ )<sup>[1]</sup>。该疾病发病机制尚不明确，目前有观点认为与免疫炎症反应、幽门螺旋杆菌感染及药物诱发有关<sup>[2]</sup>。根据患儿起病年龄和临床特点差异，Lagorce Pages 等<sup>[3]</sup>在 2001 年将该疾病划分成儿童型、成人型及其他型。其中儿童型局限于胃，以上腹痛、贫血为主要临床表现，成人型多伴发胶原性肠炎。该疾病呈现双峰年龄分布，第一个高峰为青春期，第二个高峰为年龄大于 60 岁的女性。

CG 缺乏特异性临床表现，可出现出血贫血、上腹痛、腹胀腹泻（极少数患者表现为乳糜泻）、呕吐等症状<sup>[4]</sup>。就诊患儿往往以贫血及腹痛为首发症状，据多篇文献报道，患儿约有 20% 以上以贫血为首发症状。CG 可能原因为消化道的失血，在一些患者活检组织当中发现其胃黏膜的上皮细胞有差异性的损伤和脱落并且出现变厚的胶原纤维板，这些都诱发血管扩张，从而导致胃内容物跟黏膜研磨，并且胃容受性增大使胶原纤维板和扩张的血管断裂，况且上皮细胞因为损伤脱落对固有层内血管的保护作用降低，这些都导致消化道出血。Leung 等<sup>[5]</sup>对于可疑 CG，指出胃镜检查时要避免

过度的充气，减少医源性的消化道出血发生。腹痛为 CG 就诊重要原因之一，且不影响日常活动，但因其缺乏特异性，极易因误诊而错失最佳治疗时机<sup>[6]</sup>，故需胃镜下行活组织病理确诊，该病引起腹痛原因可能与胃黏膜受损引发炎症反应相关。

CG 诊断主要依靠非特异性临床表现及胃活检组织病理，病理可表现在黏膜的上皮下有  $>10 \mu\text{m}$  的胶原带的沉积、在黏膜的固有层内可有炎症细胞的浸润<sup>[3,7]</sup>。目前除外 Masson 染色，更敏感的方法可能为固生蛋白免疫组化染色<sup>[8]</sup>。

目前临床上对于 CG 的治疗没有统一标准，该病的治疗原则是通过减轻症状改善生活的质量。目前临床上，H2 受体拮抗剂、质子泵抑制剂、无麸质饮食、铁剂、美沙拉嗪、糖皮质激素、呋喃唑酮、柳氮磺胺吡啶和肠外营养等均有使用，且效果差异较大<sup>[9]</sup>。现临床上常采用铁剂+PPI 方法作为常规治疗手段，其中 78.5% 的患者临床症状得到改善<sup>[10]</sup>。既往研究证实，补铁治疗后，贫血改善，后期仍可能发生缺铁复发，这也提示补铁是一个长期过程。梅奥诊所对常规的治疗和全身应用免疫抑制剂及皮质类固醇激素治疗欠佳的 CG 患者加布地奈德治疗，较好改善了临床疗效<sup>[11]</sup>。另外，有一部分报道指出激素治疗<sup>[12]</sup>或其他方法可能缓解组织学病变。雷贝拉唑目前指出可能在缓解症状方面更有效果<sup>[13]</sup>。但 2018 年国外相关文献指出，以乳糜泻为首发症状的胶原性胃炎患者，治疗过程中，给予无麸质饮食可显著提高患者疗效。

CG 患儿预后与胶原蛋白沉积改善相关，CG 患儿通常表现为慢性间歇性病程，不会有明显进展和死亡风险。2001 年 Lagorce-pages 等对 2 例病理确诊 CG 患者，在其病后 2 年及 8 年分别进行胃组织活检，证实胶原沉积完全消失或中度减少。目前关于 CG 患者存在高发内分泌肿瘤及胃腺癌的担忧，该担忧可能与其发病机制相关。

目前对于 CG 尚有很多不解之处，而该病的低发病率使得临床很难进行大规模研究，关于 CG 的发病机制及临床治疗尚无定论，需要更多的临床医师去关注该疾病，为该病的治疗提供科学依据。

### 参考文献：

[1]Nielsen OH,Riis LB,Danese S,et al. Proximal collagenous gastroenteritides: Clinical management. A systematic review. Ann Med 2014;46:311-7。

- [2]AKKARI I, SKANDRANI K, ABDELKADER A B, et al. Anemia revealing a collagenous gastritis in a young Tunisian man[J]. Pan Afr Med J, 2018, 30: 231。
- [3]Lagorce Pages C, Fabiani B, Bouvier R, et al. Collagenous gastritis: a report of six cases[J]. Am J Surg Pathol, 2001,25(9):1174–1179.DOI:10.1097/00000478-200109000-00008。
- [4]KAMIMURA K, KOBAYASHI M, NARISAWA R, et al. Collagenous gastritis: endoscopic and pathologic evaluation of the nodularity of gastric mucosa[J]. Dig Dis Sci, 2007, 52(4):995–1000。
- [5]Leung K, Thung I, Hammami MB, Severe bleeding gastric barotrauma unmasking collagenous gastritis[J]. Clin Gastroenterol Hepatol, 2022,20(6): A18.DOI: 10.1016/j.cgh.2021.12.046。
- [6]丁伟, 舒琴, 班文明等. 桂枝加芍药汤联合红外理疗仪治疗小儿腹痛(中寒证)临床观察[J]中国中医急症, 2013, 22(9): 1593–1594。
- [7]Vesoulis Z, Lozanski G, Ravichandran P, et al. Collagenous gastritis: a case report, morphologic evaluation, and review[J]. Mod Pathol. 2000;13(5):591–6。
- [8]ARNASON T, BROWN I S, GOLDSMITH J D, et al. Collagenous gastritis: a morphologic and immunohistochemical study of 40 patients[J]. Mod Pathol, 2015, 28(4): 533–544。
- [9]Kamimura K, Kobayashi M, Sato Y, et al. Collagenous gastritis: Review[J]. World J Gastrointest Endosc, 2015,7(3): 265–273。
- [10]Meunier S, Villard F, Bouvier F, et al. Lagastrite collagen, une cause rare d’anémie chez l’enfant[J]. ☒ propos de deux cas. Arch Pédiatr 2001; 8:47–50。
- [11]Choung R S, Sharma A, Chedid V G, et al. Collagenous gastritis: characteristics and response to topical budesonide. Clin Gastroenterol Hepatol, 2022, 20(9): 1977–1985.e1。
- [12]刘洋, 罗优优, 顾伟忠, 等. 儿童胶原性胃炎 4 例[J]. 中华儿科杂志, 2022, 60(12): 1339–1341. DOI: 10.3760/cma.j.cn112140-20220309-00186。
- [13]周晓, 史志红. 雷贝拉唑四联疗法对幽门螺杆菌阳性慢性胃炎患者 COX-2 E-cadherin 的影响[J]. 临床医学研究与实践, 2021,6(4):60–61,64.DOI:10.19347/j.cnki.2096-1413.202104020。
- 作者简介: 吕璐璐(1986—), 女, 汉族, 山东省淄博市, 本科, 山东省淄博桓台县妇幼保健院, 主治医师, 主要从事儿科消化专业