

活检钳钳除法治疗上消化道小息肉样病变56例

陈文科, 邹兵, 王成文, 郭海, 郑爱萍

陈文科, 邹兵, 王成文, 郭海, 北京大学深圳医院消化内科 广东省深圳市 518036

郑爱萍, 北京大学深圳医院病理科 广东省深圳市 518036

作者贡献分布: 此课题由邹兵与陈文科设计; 内镜资料由陈文科、邹兵、王成文及郭海完成; 病理资料由郑爱萍完成; 数据分析和论文写作由陈文科完成; 审阅由邹兵完成。

通讯作者: 邹兵, 主任医师, 518036, 广东省深圳市福田区莲花路1120号, 北京大学深圳医院消化内科, chenwenkegd@126.com

电话: 0755-83923333-3703 传真: 0755-83089011

收稿日期: 2011-03-29 修回日期: 2011-05-26

接受日期: 2011-06-02 在线出版日期: 2011-06-18

Biopsy forceps polypectomy for diminutive polypoid lesions of the upper gastrointestinal tract: an analysis of 56 cases

Wen-Ke Chen, Bing Zou, Cheng-Wen Wang, Hai Guo, Ai-Ping Zheng

Wen-Ke Chen, Bing Zou, Cheng-Wen Wang, Hai Guo, Department of Gastroenterology, Peking University Shenzhen Hospital, Shenzhen 518036, Guangdong Province, China

Ai-Ping Zheng, Department of Pathology, Peking University Shenzhen Hospital, Shenzhen 518036, Guangdong Province, China

Correspondence to: Bing Zou, Department of Gastroenterology, Peking University Shenzhen Hospital, Shenzhen 518036, Guangdong Province, China. chenwenkegd@126.com

Received: 2011-03-29 Revised: 2011-05-26

Accepted: 2011-06-02 Published online: 2011-06-18

Abstract

AIM: To evaluate the efficacy and safety of biopsy forceps polypectomy in the management of diminutive polypoid lesions of the upper gastrointestinal tract.

METHODS: The gastroscopic data for 91 cases of upper gastrointestinal polypoid lesions which were removed by biopsy forceps polypectomy (diameter ≤ 0.5 cm) or by high frequency electric resection (diameter ≤ 2.0 cm) at our hospital from 2000 to 2009 were retrospectively reviewed to compare the rates of complications and recurrence between the two groups of patients.

RESULTS: Of 56 patients undergoing biopsy forceps polypectomy, 48 had single polypoid lesion and 8 had multiple lesions. Of 35 patients

undergoing high frequency electric resection, 23 had single polypoid lesion and 12 had multiple lesions. No upper gastrointestinal bleeding, perforation or other complications occurred in all cases. At six-month follow-up, a case of relapse occurred in the site of previous lesion in each group, and there was no significant difference in the recurrence rate between the two groups (1.5% vs 1.9%, $P < 0.05$).

CONCLUSION: There were no significant differences in therapy effectiveness and complications between biopsy forceps polypectomy and high frequency electric resection in the removal of diminutive polypoid lesions of the upper gastrointestinal tract.

Key Words: Polypoid lesions; Upper gastrointestinal tract; Biopsy forceps; Recurrence

Chen WK, Zou B, Wang CW, Guo H, Zheng AP. Biopsy forceps polypectomy for diminutive polypoid lesions of the upper gastrointestinal tract: an analysis of 56 cases. *Shijie Huaren Xiaohua Zazhi* 2011; 19(17): 1847-1850

摘要

目的: 探讨活检钳钳除法治疗上消化道小息肉样病变的疗效和安全性。

方法: 回顾性分析北京大学深圳医院2000-2009年电子胃镜检查发现上消化道小息肉样病变(直径 ≤ 0.5 cm)并行活检钳钳除病例治疗和随访资料, 并与同期高频电切除病例资料(病变直径 ≤ 2.0 cm)对比, 比较两种治疗方法的并发症和病变复发情况。

结果: 入选病例共91例。活检钳钳除组56例, 单发息肉样病变48例, 多发8例, 共计68枚病变。高频电切除组35例, 单发息肉样病变23例, 多发12例, 共计54枚病变。所有研究病例内镜治疗后均无上消化道出血、穿孔等并发症, 两组并发症发生率均为0.0%, 无显著性差异。半年以后的随访和胃镜复查中两组均各有1例复发, 两组复发率分别为1.5%、1.9%, 无显著性差异。

结论: 活检钳钳除法治疗上消化道小息肉样

■背景资料

上消化道息肉样病变中包括了良性及恶性病变两部分, 临床多主张对绝大多数良性息肉样病变及部分早期恶性病变进行内镜下治疗。内镜下治疗方法有多种, 高频电切术是目前最常用和首选的方法, 活检钳钳除法虽然在临床上也为广泛应用, 但其疗效存在争议, 而目前缺少相关研究报道。

■同行评议者

万军, 主任医师, 中国人民解放军总医院南楼老年消化科

■相关报道

朱鸣、杨洁员等的研究表明消化道息肉摘除后可出现复发,复发率较高,达5%-36%。但有些研究在统计复发率时并未严格区分复发和再发,把再发病例也包括了进来,因此复发率的统计欠准确。

病变的疗效和并发症与高频电切除法相比无显著性差异。活检钳钳除法可彻底摘除上消化道小息肉样病变,临床疗效肯定,安全实用,是治疗上消化道小息肉样病变的有效手段。

关键词: 息肉样病变; 上消化道; 活检; 复发

陈文科, 邹兵, 王成文, 郭海, 郑爱萍. 活检钳钳除法治疗上消化道小息肉样病变56例. 世界华人消化杂志 2011; 19(17): 1847-1850

<http://www.wjgnet.com/1009-3079/19/1847.asp>

0 引言

随着消化内镜技术的不断进步和广泛普及,上消化道息肉样病变的发现越来越多。因部分病变可能为恶性病变或存在恶变风险(如腺瘤性息肉),越来越受到临床医生的重视和广大患者的关注,近年来主张大多数息肉病变发现后予以内镜治疗。内镜治疗方法有多种,其中活检钳钳除法在临床上应用广泛,一般是在内镜检查发现直径较小的息肉样病变时直接用活检钳钳除,同时具有诊断和治疗作用,操作简单、经济。但有不少学者^[1]对其疗效表示怀疑,认为单纯活检难以完全、彻底摘除息肉病变,存在较高的复发风险和创面出血风险。我们对北京大学深圳医院消化内镜室近10年活检钳钳除法治疗的上消化道息肉样病变临床资料进行了总结、分析,并与同期高频电切除病例资料进行对比,以探讨活检钳钳除法对上消化道小息肉病变的疗效及并发症。

1 材料和方法

1.1 材料 2000-2009年在北京大学深圳医院行电子胃镜检查发现上消化道息肉样病变并行活检钳钳除或高频电切除患者,选择病理和随访资料完善、半年后在北京大学深圳医院复查胃镜1次或1次以上病例作为研究对象,复发者再次胃镜下治疗。多发性息肉病变者只纳入5枚病变以下病例。根据治疗方法不同分为活检钳钳除组和高频电切除组。符合以上条件者共91例。活检钳钳除组56例,年龄26-77(平均46.0)岁,男26例,女30例,内镜下表现为扁平(山田I型)或无蒂息肉(山田II型),最大径0.2-0.5 cm。高频电切除组35例,年龄22-75(平均43.4)岁,男18例,女17例,息肉最大径0.2-2.0 cm;其中亚蒂(山田III型)和有蒂(山田IV型)息肉直接予圈套器电凝电切,扁平或无蒂息肉0.2-0.5 cm者予热活检钳除,0.6-2.0 cm者予黏膜下注射生理盐水后用圈套器

电凝电切(内镜下黏膜切除术)。

1.2 方法 分析所有研究对象的临床资料、上述两种治疗方法的并发症和复发情况,并对两种治疗方法之间并发症和病变复发率的差异进行比较。

统计学处理 采用SPSS12.0统计软件分析,组间率的比较采用卡方检验, $P < 0.05$ 为有统计学显著性差异。

2 结果

2.1 活检钳钳除组病变情况 单发息肉样病变48例,多发8例,共计68枚病变。病变部位及病理:食管息肉样病变7枚(10.3%),其中乳头状瘤6枚(8.8%),间质瘤1枚(1.5%);胃息肉样病变57枚(83.8%),其中炎性息肉31枚(45.6%),胃底腺息肉17枚(25.0%),增生性息肉6枚(8.8%),腺瘤2枚(2.9%),类癌1枚(1.5%);十二指肠息肉样病变4枚(5.9%),其中炎性息肉3枚(4.4%),类癌1枚(1.5%)。特殊病变具体情况:食管间质瘤直径为0.4 cm,位于黏膜肌层;胃类癌直径0.5 cm,位于胃体;十二指肠类癌直径0.2 cm,位于十二指肠球部。

2.2 高频电切组病变情况 单发息肉样病变23例,多发12例,共计54枚病变。病变部位及病理:食管息肉样病变3枚(5.6%),其中乳头状瘤2枚(3.7%),平滑肌瘤1枚(1.9%);胃息肉样病变48枚(88.9%),其中炎性息肉21枚(38.9%),胃底腺息肉13枚(24.1%),增生性息肉10枚(18.5%),腺瘤4枚(7.4%);十二指肠息肉样病变3枚(5.6%),均为增生性息肉。胃息肉中有1枚腺瘤出现轻度异型增生。特殊病变具体情况:食管平滑肌瘤直径0.4 cm,位于黏膜肌层。

2.3 并发症情况 所有研究病例内镜治疗后观察均无上消化道出血、穿孔等并发症,两组并发症发生率均为0.0%,无显著性差异。

2.4 随访及胃镜复查情况 所有病例内镜治疗后均进行了随访和胃镜复查,复查间隔时间最短6 mo,最长98 mo,活检钳钳除组平均16.9 mo,高频电切除组平均18.3 mo。复查中两组均各有1例复发。活检钳钳除组为贲门口炎性息肉,直径0.4 cm,摘除8 mo后复查原位见直径0.2 cm息肉病变,再次活检钳除,病理性质同前,1年后再次复查未见息肉病变。高频电切组为幽门管增生性息肉,直径2.0 cm,摘除15 mo后复查原位见0.4 cm息肉病变,再次高频电切,病理仍为增生性息肉,13 mo后复查未见息肉病变。初次治疗后活

■创新盘点

本文通过严格控制研究对象和统计指标,并与临床上最常用的高频电切法比较,对活检钳钳除法治疗上消化道小息肉样病变的疗效和并发症进行了研究,探讨了活检钳钳除法治疗上消化道小息肉样病变的可行性。

检钳钳除组复发率为1.5%, 高频电切除组复发率为1.9%, 无显著性差异. 食管间质瘤、平滑肌瘤及胃和十二指肠类癌胃镜复查最长间隔时间分别为19、21、27、15 mo, 均未见复发.

3 讨论

消化道息肉样病变是指消化系黏膜局限性隆起突向消化系管腔的病变, 上消化道以胃息肉较为常见. 胃息肉主要分为炎性息肉、胃底腺息肉、增生性息肉、腺瘤性息肉、错构瘤性息肉, 以前三种类型较为多见^[2]. 此外, 上消化道息肉样病变临床上较为常见的尚有乳头状瘤、间质瘤、平滑肌瘤等, 有时也可见类癌. 临床上内镜下只能发现病变, 不能确定病变的病理类型, 部分病变可能为恶性病变或有恶变风险^[3-5], 需行活检或切除进行病理检查明确诊断及治疗. 消化道息肉样病变大多可通过内镜进行微创治疗, 内镜下治疗方法多种, 包括高频电切、微波、射频、激光、套扎、活检钳钳除等. 高频电切术是目前内镜下摘除息肉样病变最常用和首选的方法^[6,7], 由于电凝效应, 可使电切基底组织凝固、炭化, 较为完整地切除病变, 减少复发和恶变, 疗效肯定. 但操作不当仍会发生一定的并发症, 如出血、穿孔等^[8]. 活检钳钳除法在临床中也很常用^[9-11], 在胃镜检查中发现小息肉样病变(一般指直径 ≤ 0.5 cm病变)时可用活检钳直接钳除, 同时达到诊断和治疗的目的, 既简便、经济, 又减少了患者再次接受胃镜治疗的痛苦. 但有学者认为^[1]活检钳钳除法疗效差, 难以把病变钳除干净, 存在病变复发可能. 这种疑虑有一定道理: 活检钳钳除法治疗深度和范围均较小, 且不像高频电切存在电凝效应, 有时肉眼所见病变“已摘除干净”, 实际上创面可能有肉眼难以观察到的微小组织残留, 随着时间发展可能逐渐长大再形成息肉病变引起复发, 并且可能出现术后消化系出血的风险. 然而我们通过大量的病例观察发现, 上消化道小息肉样病变活检钳除后很少出现消化系出血、穿孔等并发症, 复查胃镜时也很少出现复发病例, 但相关研究目前鲜见报道. 因此我们对活检钳钳除法的疗效和并发症进行了总结、分析, 并与临床上应用最广的高频电切法比较来进行研究.

消化道息肉样病变摘除后可出现复发. 许多研究报道息肉病变内镜治疗后复发率较高, 达5%-36%^[12-14]. 但有些研究在统计复发率时并未严格区分复发和再发^[14,15], 把再发病例也包括

了进来, 在此暂称为广义的复发. 严格意义上的复发是指息肉摘除后相同部位再次出现组织病理类型相同的息肉(在此暂称为狭义的复发), 而发生在其他部位或相同部位但组织病理类型不同的息肉称为再发. 狭义的复发多与病变摘除不彻底、留有残基有关, 再发多考虑与患者存在好发息肉病变的素质有关. 因此在评估治疗效果时用狭义的复发率作为病变摘除是否彻底的指标较广义的复发率更为准确. 我们在本研究中把狭义复发率作为内镜治疗是否彻底的评估指标; 同时考虑息肉病变数目众多复查胃镜时难以判断再次出现的病变的部位与原病变部位的关系, 选择单发病变和少于5枚的多发病变作为研究对象, 以尽可能准确地反映内镜治疗效果. 经总结、分析, 活检钳钳除法和高频电切法半年后复发率均低于2%, 两组比较无显著性差异, 但明显低于许多报道, 考虑与研究对象和统计指标的选择较为严格有关. 我们的研究提示活检钳钳除法可彻底治疗上消化道小息肉病变. 此外, 在安全性上与高频电切一样风险均很小, 本研究两种治疗方法术后观察均未出现上消化道出血、穿孔等并发症. 但活检钳钳除法在操作上明显比高频电切简便, 治疗时间更短, 患者经济花费也更少.

活检钳钳除法没有电凝效应也能有效地治愈小息肉样病变, 其可能原因是: 息肉样病变大部分为良性病变, 病变深度和范围较为局限, 不像恶性肿瘤向黏膜下层和周边浸润, 直径0.5 cm以下的小病变用活检钳基本可以钳夹干净; 即使有微小组织残留, 由于活检后创面出现炎症反应, 炎症细胞聚集, 释放各种炎症介质和细胞因子, 对残存的微小病变组织、细胞有抑制和杀灭作用. 这也可解释临床上有时遇到恶性病变, 如“一点癌”、本研究中出现的一类癌, 经活检钳除后行内镜复查、内镜治疗(如黏膜下切除术或黏膜下剥离术)或外科手术治疗再也找不到病变组织. 当然, 远期疗效还需进一步长期追踪观察, 对于高度恶性病变最好还是扩大切除范围为妥, 如追加内镜治疗或外科手术治疗.

在内镜下进行活检钳除上消化道小息肉样病变时, 直径0.3 cm以下的病变大多可一次钳除, 直径0.4-0.5 cm的病变可能需要进行多次活检予以钳除. 第1次活检后常出现创面渗血, 有时不易观察清楚病变残留情况, 此时可以用冰生理盐水或8%去甲肾上腺素液表面喷洒止血后仔细观察, 如有残余病变再次活检, 直至肉眼观察息

■应用要点

本文通过研究表明活检钳钳除法治疗上消化道小息肉样病变的疗效和并发症与高频电切除法相比无显著性差异, 临床疗效肯定, 安全, 是治疗上消化道小息肉样病变的有效手段, 可用于指导临床.

■同行评价

本文学术性较好, 对于治疗上消化道小息肉样病变具有较好的实用价值, 值得推广。

肉病变消失、与周边组织黏膜基本持平或略凹陷。我们的研究表面初次治疗有效率达98.5%, 只有1例出现复发, 再次治疗后未再复发。复发病例为贲门口息肉, 考虑与治疗时患者呕吐反应较大、贲门收缩频繁和强烈致活检钳除时不易对准病变等因素有关。本研究中各有1例黏膜肌层的平滑肌瘤、胃体类癌、十二指肠球部类癌, 活检钳除后在至少15 mo的随访中均未见复发。对于直径大于0.5 cm的息肉样病变, 活检钳可能难以钳除干净, 建议采用高频电切等方法进行有效治疗。

总之, 我们的临床研究提示活检钳钳除法对上消化道小息肉病变的疗效是肯定的, 且操作简便、快速、安全, 经济, 是临床上治疗小息肉病变的有效手段。当然, 更有说服力的结果有待我们进一步增加研究病例和进行更长时间的随访观察。

4 参考文献

- 1 于皆平. 消化道息肉的内镜治疗. 中国医师进修杂志 1998; 21: 395-397
- 2 Park do Y, Lauwers GY. Gastric polyps: classification and management. *Arch Pathol Lab Med* 2008; 132: 633-640
- 3 Goddard AF, Badreldin R, Pritchard DM, Walker MM, Warren B. The management of gastric polyps. *Gut* 2010; 59: 1270-1276
- 4 张莉, 李元平, 王爱民, 付晓霞. 消化道息肉3314例临床、病理特点及内镜下治疗分析. 华北国防医药 2009; 21: 36-37
- 5 Schmitz JM, Stolte M. Gastric polyps as precancerous lesions. *Gastrointest Endosc Clin N Am* 1997; 7: 29-46
- 6 Ahmadi A, Draganov P. Endoscopic mucosal resection in the upper gastrointestinal tract. *World J Gastroenterol* 2008; 14: 1984-1989
- 7 徐福星. 内镜诊治消化道息肉的进展. 中华消化内镜杂志 1999; 16: 133-134
- 8 毛云高, 魏艳翎, 叶昕. 胃肠息肉高频电切除术并发症的原因与防治. 吉林医学 2007; 28: 398
- 9 李小会, 刘变英, 杨嫦娥, 范东俊, 王颖, 李改英. 内镜诊治胃息肉的临床研究. 肿瘤研究与临床 2008; 20: 488-490
- 10 张保环, 徐惠萍. 内镜治疗消化道息肉218例分析. 江西医药 2007; 42: 432-434
- 11 吴凌东, 毛伯能, 丁志辉. 消化道“微型息肉”内镜诊治探讨. 现代康复 1999; 3: 854-855
- 12 朱鸣, 宁守斌, 步晓华, 曹传平. 胃息肉的临床病理特征和内镜治疗随访观察. 胃肠病学 2009; 14: 751-753
- 13 姚健敏, 方英, 厉有名, 蔡曙萍, 王开明, 黄怀德, 吴国富. 内镜治疗胃息肉的初步研究. 胃肠病与肝病杂志 1996; 2: 24-25
- 14 杨洁员, 樊小勇, 王晓玲, 王伟红, 刘军, 戴苏英, 陈友贞. 内镜下高频电切除胃息肉术的临床研究. 中华腹部疾病杂志 2002; 2: 438-439
- 15 钟旭辉, 许岸高. 腺瘤性胃息肉内镜治疗及随访. 实用医学杂志 2002; 18: 635-636

编辑 李薇 电编 何基才

ISSN 1009-3079 (print) ISSN 2219-2859 (online) CN 14-1260/R 2011年版权归世界华人消化杂志

• 消息 •

汤姆森-路透公布 2009 年 WJG 影响因子 2.092

本刊讯 根据2010-06-18汤姆森-路透发布的2009年度期刊引证报告, *World Journal of Gastroenterology*(WJG)(中文刊名《世界胃肠病学杂志》)影响因子为2.092, 论文总被引次数12 740次, 特征因子0.05832, 分别位于65种国际胃肠肝病学期刊的第33位, 8位和5位。

与2008年的影响因子(2.081), 总被引次数(10 822次), 特征因子(0.05006)相比, WJG在2009年国际胃肠肝病学期刊中的排名分别增加了7个百分点, 4个百分点和3个百分点。(WJG编辑部主任: 程剑侠 2010-06-18)