

超声内镜下诊治上消化道良性隆起型病变118例

丁向萍, 张锦华, 庄剑波, 缪连生, 张富花, 袁菊霞, 陈丽

■背景资料

超声内镜能精确分辨胃肠道腔壁构造和临近器官的结构, 诊断普通胃镜和体外超声不能发现的黏膜内、黏膜下、肌层等病变, 提高了诊断率, 同时减少了内镜切除和活检的风险, 避免源于固有肌层的病变内镜下切除而导致穿孔, 降低了手术探查的比例。

丁向萍, 张锦华, 庄剑波, 缪连生, 张富花, 袁菊霞, 陈丽, 甘肃省第二人民医院消化科 甘肃省兰州市 730000

作者贡献分布: 丁向萍、张锦华、庄剑波、缪连生、张富花、袁菊霞及陈丽对此文贡献均等; 此课题由丁向萍、张锦华及庄剑波设计; 内镜治疗主要由张锦华完成; 检查与治疗操作过程由丁向萍、张锦华、庄剑波、缪连生、张富花、袁菊霞及陈丽共同完成; 资料搜集主要由丁向萍、袁菊霞及陈丽完成; 数据分析由丁向萍、张锦华及庄剑波完成; 本论文写作由丁向萍、张锦华及庄剑波完成。

通讯作者: 丁向萍, 730000, 甘肃省兰州市城关区和政西街1号, 甘肃省第二人民医院消化科. lydingxp@sina.com

电话: 0931-8708312

收稿日期: 2009-04-07 修回日期: 2009-06-20

接受日期: 2009-06-23 在线出版日期: 2009-07-28

Diagnosis and therapy of benign upper gastrointestinal protruding lesions using endoscopic ultrasonography: an analysis of 118 cases

Xiang-Ping Ding, Jin-Hua Zhang, Jian-Bo Zhuang, Lian-Sheng Miao, Fu-Hua Zhang, Ju-Xia Yuan, Li Chen

Xiang-Ping Ding, Jin-Hua Zhang, Jian-Bo Zhuang, Lian-Sheng Miao, Fu-Hua Zhang, Ju-Xia Yuan, Li Chen, Department of Gastroenterology, the Second People's Hospital of Gansu Province, Lanzhou 730030, Gansu Province, China

Correspondence to: Dr. Xiang-Ping Ding, Department of Gastroenterology, the Second People's Hospital of Gansu Province, Lanzhou 730030, Gansu Province, China. lydingxp@sina.com

Received: 2009-04-07 Revised: 2009-06-20

Accepted: 2009-06-23 Published online: 2009-07-28

Abstract

AIM: To evaluate the value of endoscopic ultrasonography (EUS) in the diagnosis and treatment of benign upper gastrointestinal protruding lesions (BUGPL).

METHODS: One hundred and eighteen patients with BUGPL were examined by EUS. Of these patients, 80 underwent electrocoagulation, endoscopic mucosal resection using a cap (EMR-C), nylon loop ligation, snare excision or surgical clipping under endoscopic guidance.

RESULTS: Leiomyoma was the most common (accounting for 62.2%) benign protruding lesion in the esophagus. Gastric stromal tumor ac-

counted for 50 percent of benign gastric protruding lesions. Polypus and cyst accounted for 57.9 and 31.6 percent of benign protruding lesions in the duodenum, respectively. Of 80 BUGPL patients treated under endoscopic guidance, only those treated by EMR-C had minimal hemorrhage. Hemostasis was achieved using argon ion beam or titanic clips.

CONCLUSION: Electrocoagulation, nylon loop ligation, snare excision and surgical clipping under endoscopic guidance are safe and effective for BUGPL patients, while EMR-C may incur a risk of minimal hemorrhage.

Key Words: Endoscopic ultrasonography; Upper gastrointestinal tract; Leiomyoma; Stromal tumor; therapy; Cap-endoscopic mucosal resection

Ding XP, Zhang JH, Zhuang JB, Miao LS, Zhang FH, Yuan JX, Chen L. Diagnosis and therapy of benign upper gastrointestinal protruding lesions: a report of 118 cases. *Shijie Huaren Xiaohua Zazhi* 2009; 17(21): 2208-2211

摘要

目的: 探讨超声内镜在上消化道良性隆起型病变(upper gastrointestinal benign protrusive lesions, UGBPL)的诊断价值和不同治疗方法的优缺点。

方法: 运用超声内镜检查118例上消化道隆起型病变, 并对其中80例分别用内镜下高频电直接切除、透明帽下黏膜切除术(cap-endoscopic mucosal resection, cEMR)、尼龙绳结扎、圈套器套扎及鼠齿钳钳夹治疗。

结果: 食管隆起病变以平滑肌瘤最常见, 占食管良性病变的62.2%; 胃间质瘤占胃良性隆起性病变的50%, 十二指肠以息肉多见, 占十二指肠良性隆起性病变57.9%, 囊肿占31.6%; 本组施行内镜下治疗仅cEMR术中少量渗血, 用氩气或者钛夹即可止血。

结论: 超声内镜下高频电直接切除、尼龙绳结扎、圈套器套扎、鼠齿钳钳夹方法安全、有效, cEMR相对有出血危险。

■同行评议者

郭晓钟, 教授, 中国人民解放军沈阳军区总医院消化内科

关键词: 超声内镜; 上消化道; 平滑肌瘤; 间质瘤; 治疗; 透明帽下黏膜切除术

丁向萍, 张锦华, 庄剑波, 缪连生, 张富花, 袁菊霞, 陈丽. 超声内镜下诊治上消化道良性隆起型病变118例. 世界华人消化杂志 2009; 17(21): 2208-2211
<http://www.wjgnet.com/1009-3079/17/2208.asp>

0 引言

上消化道隆起型病变是指食管、胃和部分十二指肠突出于黏膜平面的隆起病变. 超声内镜结合内镜和超声的特点, 既能观察黏膜表面的病变, 又能观察纵深方向的黏膜下、黏膜内和壁外的病变. 本文总结2007-12/2009-02我院行超声内镜检查的上消化道良性隆起病变患者118例, 并对其中来源于黏膜及黏膜下层的80例患者用不同的方法进行镜下治疗, 现报道如下.

1 材料和方法

1.1 材料 2007-12/2009-02我院行超声内镜检查的上消化道良性隆起病变患者118例, 男66例, 女52例, 年龄19-80(平均55)岁. 其中食管隆起病变37例, 胃隆起病变52例, 十二指肠隆起病变19例, 外压病变10例. 超声内镜为Olympus公司超声内镜小探头及标准探头, 探头频率为5、12和20 MHz, 型号为Olympus-UM-2000; 金属圈套器为Olympus SD-7P-1; 尼龙绳圈套器为Olympus MAJ-254; 活检钳为回春医疗器材公司生成的QYQ-A2.3×1600; 内窥镜套扎器为天津天医医用公司生产的72753593-8; 钛夹为Olympus HX-5LR-1; 氩气高频电刀为YH-AG9800. 术前准备: 术前15 min口服利多卡因胶浆消泡剂, 部分太紧张的患者静脉注射咪达唑仑4 mg.

1.2 方法 首先详细了解内镜检查结果, 明确检查目的. 然后, 常规做普通胃镜检查, 发现病变部位后, 抽吸胃内容物, 经附送水管注入蒸馏水进食管和胃腔, 用超声小探头检查食管及胃底病变, 标准探头检查胃窦、胃体及十二指肠病变^[1]. 明白病变来源及回声性质后, 根据病变大小用不同方法治疗, 治疗病例黏膜下层均完整. 对于0.6-0.8 cm隆起明显来源于黏膜层病变直接用金属圈套器套住, 高频电切除; 对于1.5-2.5 cm突出明显的病变用尼龙绳底部结扎后取活检; 食管0.8-1.2 cm隆起不明显的病例用套扎器负压吸起后套扎; 十二指肠囊肿在病变两侧用鼠齿钳钳夹治疗; 对1.2-2.0 cm不能全部吸入透明帽及扁平不能尼龙绳套住的病灶, 行内镜下cEMR术: 先

于病变底部注射美兰肾上腺素生理盐水, 抬起后经透明帽用金属圈套器套住, 高频电切除; 局部渗血或大出血用氩气或钛夹止血, 切除标本均送病理检查, 黏膜层病变直接取组织送检.

2 结果

2.1 超声内镜检查结果 118例病变分别为平滑肌瘤、间质瘤、脂肪瘤^[2]、囊肿^[3]、息肉、胃食管外压迫、异位胰腺及静脉瘤. 食管以平滑肌瘤多见, 占食管良性病变的62.2%; 胃间质瘤^[4]多发于胃底, 占胃良性隆起性病变的50%; 十二指肠以息肉多见, 占十二指肠良性隆起性病变57.9%, 囊肿占31.6%(表1).

2.2 内镜下不同的治疗方法 对80例患者施行内镜下治疗, 6例十二指肠囊肿行鼠齿钳钳夹治疗, 高频电直接切除息肉12例, 无出血及穿孔; 尼龙绳结扎胃底、食管平滑肌瘤、间质瘤及十二指肠息肉19例; 套扎器套扎食管下段平滑肌瘤3例; cEMR治疗胃食管隆起性病变40例, 术中均有不同程度的出血, 用钛夹止血治疗5例, 其余用氩气局部治疗及局部肾上腺素生理盐水、凝血酶喷洒止血, 无穿孔及迟发出血. 随访3 mo, 未见病变复发表2).

3 讨论

超声内镜能精确分辨胃肠道腔壁构造和临近器官的结构, 诊断普通胃镜和体外超声不能发现的黏膜内、黏膜下、肌层等病变^[1]. 提高了诊断率, 同时减少了内镜切除和活检的风险, 避免源于固有肌层的病变内镜下切除而导致穿孔, 降低了手术探查的比例. 超声内镜下平滑肌瘤和间质瘤^[5-7]难鉴别, 免疫组织化学检测CD117、CD34及SMA可确定诊断. 本组病例有两例平滑肌瘤超声内镜误认为间质瘤, 1例间质瘤患者误认为平滑肌瘤. 消化系壁外压迫是临床常见问题, 超声内镜对消化系壁外压迫诊断准确率为100%, 超声内镜对脂肪瘤的诊断与病理符合率达93.8%^[8]. 囊肿太大会造成机械性梗阻. 本组病例十二指肠囊肿占31.6%, 其与血管瘤^[9]间的鉴别诊断不可忽视, 必要时用超声多普勒探查. 消化系息肉^[10-11]尤其是腺瘤性息肉易发生癌变, 国外资料表明当腺瘤体积<10 mm时癌变率为0.3%-1.3%, 体积>10 mm时癌变率为6.8%-9.5%, 体积>20 mm时癌变率为6.8%-46%, 其中绒毛状腺瘤>20 mm时癌变率高达50%以上^[12]. 内镜下尼龙绳套扎联合电凝电切治疗胃肠道>2 cm大

■ 研发前沿

超声内镜目前主要集中于EUS-FNA及腹腔神经节阻滞术, 而在上消化系良性隆起型病变中的价值更大, 更实用, 因为预防肿瘤发生比治疗更重要.

■应用要点

内镜下尼龙绳套扎息肉安全有效,对胃食管隆起型病变的诊断灵敏度高。

表 1 超声内镜下上消化道良性病变内镜特点及检出比例

病种	超声内镜特点	部位	n	同部位比例(%)
平滑肌瘤	梭形或椭圆形, 低回声、回声均匀、边界清, 有低回声包膜	食管	23	62.2
		胃	8	15.4
间质瘤	低回声、回声可不均匀、边界清, 有高回声包膜	十二指肠	1	5.3
		食管	6	16.2
		胃	26	50.0
囊肿	无回声, 均匀, 边界清, 压之变形	食管	1	2.7
		十二指肠	6	31.6
息肉(包括腺瘤样息肉)	高回声, 来源于黏膜层	食管	3	8.1
		胃	16	30.8
		十二指肠	11	57.9
静脉曲张	黏膜下层的无回声结构, 边界清晰, 与周围血管相通或不相通	食管	3	8.1
脂肪瘤	密集高回声, 均匀, 边界清	食管	1	2.7
		十二指肠	1	5.3
外压隆起性病变	来源壁外、边界不清, 常见主动脉、肝、脾、结肠及胰腺囊肿, 注气后明显	胃	8	15.4
		食管	2	5.4
异位胰腺	中高回声、不均匀、边界清	胃	2	3.8

表 2 不同治疗方法的优缺点及最适病变比较

方法	n	优点	缺点	并发症	最适病变
直接切除术	12	见效快, 治疗彻底	较大病变有出血及穿孔风险	出血及穿孔	黏膜层, 小于1 cm, 球形或有蒂病变
EMR术	40	切除病变彻底	技术要求高, 易出现并发症	出血、穿孔	黏膜及黏膜下层, 小于2 cm良性病变及早癌
尼龙绳结扎术	19	安全, 无出血及穿孔风险	扁平病变不能套住	无	黏膜及黏膜下层, 2-3 cm良性隆起性病变
套扎器套扎术	3	安全	不能吸入套扎器的病变无法治疗	无	黏膜及黏膜下层, 0.8-1.2 cm病变
鼠齿钳钳夹术	6	安全、经济	无法送病理	无	囊肿

息肉的方法并发症少, 是治疗宽基和粗蒂息肉的有效方法^[13]。本组病例尼龙绳套扎后部分高频电切除, 部分开窗后取活检, 无出血及穿孔等并发症。

内镜下套扎治疗消化系息肉, 组织损伤少, 黏膜修复快, 并发症少, 易掌握, 安全, 有效, 无任何并发症^[14]。超声内镜对胃食管隆起性病变的部位、范围及大小能作出更准确判断, 对治疗方案的选择具有重要的指导意义^[15]。内镜下治疗隆起性病变各种方法相互补充, 既安全有效, 又降低医疗风险, 对肿瘤的发生起到很好的预防作用。

4 参考文献

- 金震东, 李兆申. 消化超声内镜学. 第1版. 北京: 科技出版社, 2006; 168-177
- 彭贵勇, 房殿春, 唐郡, 孙永刚, 李向红. 超声内镜指导下内镜治疗胃黏膜下肿瘤. 第三军医大学学报 2006; 28: 260-262
- 张锦华, 庄剑波, 缪连生, 袁菊霞, 陈丽. 十二指肠囊

肿的内镜诊断及治疗. 世界华人消化杂志 2008; 16: 3925-3927

- Jeon SW, Park YD, Chung YJ, Cho CM, Tak WY, Kweon YO, Kim SK, Choi YH. Gastrointestinal stromal tumors of the stomach: endosonographic differentiation in relation to histological risk. *J Gastroenterol Hepatol* 2007; 22: 2069-2075
- 陈立刚, 任建林. 超声内镜在食管常见疾病诊断中的价值. 世界华人消化杂志 2007; 15: 3216-3218
- Lachter J, Bishara N, Rahimi E, Shiller M, Cohen H, Reshef R. EUS clarifies the natural history and ideal management of GISTs. *Hepatogastroenterology* 2008; 55: 1653-1656
- Kang JH, Lim JS, Kim JH, Hyung WJ, Chung YE, Choi JY, Park MS, Kim MJ, Kim KW. Role of EUS and MDCT in the diagnosis of gastric submucosal tumors according to the revised pathologic concept of gastrointestinal stromal tumors. *Eur Radiol* 2009; 19: 924-934
- Zhang YQ, Yao LQ, Qin XY, Zhou PH, Xu MD, Hou YY. [Diagnosis and treatment of gastrointestinal lipoma] *Zhonghua Weichang Waike Zazhi* 2007; 10: 512-514
- El-Saadany M, Jalil S, Irisawa A, Shibukawa G, Ohira H, Bhutani MS. EUS for portal hypertension: a comprehensive and critical appraisal of clinical

- and experimental indications. *Endoscopy* 2008; 40: 690-696
- 10 屠惠明, 许科斌, 乔峤, 钱萃萃, 魏丽君, 刘慧智. 内镜下尼龙绳套扎治疗消化道巨大息肉的应用. *中华消化内镜杂志* 2006; 23: 140-141
- 11 Bardan E, Maor Y, Carter D, Lang A, Bar-Meir S, Avidan B. Endoscopic ultrasound (EUS) before gastric polyp resection: is it mandatory? *J Clin Gastroenterol* 2007; 41: 371-374
- 12 杨传春, 朱家沂, 杨斌, 伏亦伟, 王连英, 汤晓怀. 内镜下尼龙绳套扎联合高频电凝切治疗消化道大息肉. *中国实用医药* 2007; 2: 63-64
- 13 杜志强, 樊芳, 龙文秀. 内镜下尼龙绳套扎联合电切治疗胃肠道大息肉25例的临床应用. *四川医学* 2008; 29: 559-560
- 14 苑东亚. 内镜下套扎治疗消化道息肉20例. *临床军医杂志* 2005; 33: 641
- 15 徐萍, 周小江, 刘志坚, 祝荫, 陈幼祥, 朱萱, 吕农华. 超声内镜和胃镜对食管黏膜隆起性病变的诊断价值比较. *江西医学院学报* 2007; 47: 62-63

■同行评价

本文特色之处在于EUS指导下对于不同类型的隆起型病变采取不同的内镜下治疗, 并对于其适应证及并发症进行了评价, 对于临床有一定的借鉴意义。

编辑 李军亮 电编 吴鹏朕

ISSN 1009-3079 CN 14-1260/R 2009年版权归世界华人消化杂志

• 消息 •

《世界华人消化杂志》正文要求

本刊讯 本刊正文标题层次为 0 引言; 1 材料和方法, 1.1 材料, 1.2 方法; 2 结果; 3 讨论; 4 参考文献。序号一律左顶格写, 后空1格写标题; 2级标题后空1格接正文。以下逐条陈述: (1)引言 应包括该研究的目的和该研究与其他相关研究的关系。(2)材料和方法 应尽量简短, 但应让其他有经验的研究者能够重复该实验。对新的方法应该详细描述, 以前发表过的方法引用参考文献即可, 有关文献中或试剂手册中的方法的改进仅描述改进之处即可。(3)结果 实验结果应合理采用图表和文字表示, 在结果中应避免讨论。(4)讨论 要简明, 应集中对所得的结果做出解释而不是重复叙述, 也不应是大量文献的回顾。图表的数量要精选。表应有表序和表题, 并有足够具有自明性的信息, 使读者不查阅正文即可理解该表的内容。表内每一栏均应有表头, 表内非公知通用缩写应在表注中说明, 表格一律使用三线表(不用竖线), 在正文中该出现的地方应注出。图应有图序、图题和图注, 以使其容易被读者理解, 所有的图应在正文中该出现的地方注出。同一个主题内容的彩色图、黑白图、线条图, 统一用一个注解分别叙述。如: 图1 萎缩性胃炎治疗前后病理变化。A: …; B: …; C: …; D: …; E: …; F: …; G: …。曲线图可按●、○、■、□、▲、△顺序使用标准的符号。统计学显著性用: ^a $P<0.05$, ^b $P<0.01$ ($P>0.05$ 不注)。如同一表中另有一套 P 值, 则¹ $P<0.05$, ² $P<0.01$; 第3套为³ $P<0.05$, ⁴ $P<0.01$ 。 P 值后注明何种检验及其具体数字, 如 $P<0.01$, $t=4.56$ vs 对照组等, 注在表的左下方。表内采用阿拉伯数字, 共同的计量单位符号应注在表的右上方, 表内个位数、小数点、±、-应上下对齐。“空白”表示无此项或未测, “-”代表阴性未发现, 不能用同左、同上等。表图勿与正文内容重复。表图的标目尽量用 t/min , $c/(\text{mol/L})$, p/kPa , V/mL , $t/^\circ\text{C}$ 表达。黑白图请附黑白照片, 并拷入光盘内; 彩色图请提供冲洗的彩色照片, 请不要提供计算机打印的照片。彩色图片大小 $7.5\text{ cm}\times 4.5\text{ cm}$, 必须使用双面胶条黏贴在正文内, 不能使用浆糊黏贴。(5)致谢 后加冒号, 排在讨论后及参考文献前, 左齐。(常务副总编辑: 张海宁 2009-07-28)