

超声内镜联合病理检查对十二指肠Brunner腺增生的诊断及其内镜治疗

庄剑波, 张锦华, 陈丽, 袁菊霞

■背景资料

十二指肠Brunner腺增生属少见疾病, 多发生于十二指肠球部, 也可累及降部, 偶见于胃窦和空肠近端, 可以是单发或多发结节样隆起, 其病因不明, 普通胃镜检查均易与息肉、腺瘤、囊肿相混淆, 传统治疗方法是外科手术, 或定期观察。超声内镜联合病理检查及内镜下治疗对该病的诊治有一定价值。

庄剑波, 张锦华, 陈丽, 袁菊霞, 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: 庄剑波对本文作出主要贡献; 庄剑波进行选题、胃镜及超声内镜诊断、内镜下治疗、论文写作; 张锦华进行胃镜及超声内镜诊断、内镜下治疗、修改论文; 陈丽配合内镜诊疗及收集资料; 袁菊霞配合内镜诊疗。

通讯作者: 庄剑波, 主任医师, 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。zjbblanzhou@126.com
电话: 0931-4926467 传真: 0931-4638184

收稿日期: 2010-07-22 修回日期: 2010-09-26

接受日期: 2010-10-13 在线出版日期: 2010-11-28

Endoscopic ultrasound in combination with pathological examination for diagnosis of duodenal Brunner's gland hyperplasia and selection of appropriate endoscopic treatment

Jian-Bo Zhuang, Jin-Hua Zhang, Li Chen, Ju-Xia Yuan

Jian-Bo Zhuang, Jin-Hua Zhang, Li Chen, Ju-Xia Yuan, Department of Gastroenterology, the Second People's Hospital of Gansu Province, Lanzhou 730000, Gansu Province, China

Correspondence to: Jian-Bo Zhuang, Department of Gastroenterology, the Second People's Hospital of Gansu Province, 1 West Hezheng Avenue, Chengguan District, Lanzhou 730000, Gansu Province, China. zjbblanzhou@126.com

Received: 2010-07-22 Revised: 2010-09-26

Accepted: 2010-10-13 Published online: 2010-11-28

Abstract

AIM: To explore the value of endoscopic ultrasound (EUS) in combination with pathological examination in the diagnosis of duodenal Brunner's gland hyperplasia and to examine the role of EUS in guiding the selection of appropriate endoscopic treatment.

METHODS: Nine patients diagnosed with duodenal elevated lesions by gastroscopy were examined by EUS, and different endoscopic treatments were chosen base on the findings from EUS. Biopsies obtained before and after treatment were subjected to pathological examination to confirm the diagnosis of Brunner's gland

hyperplasia. Gastroscopy was performed again one month after therapy.

RESULTS: (1) Gastroscopy: Of all nine patients, 3 had polyps and 6 had cysts; 3 had pedunculated lesions, 5 had non-pedunculated lesions, and 1 had a flat elevation lesion; (2) EUS diagnosis: Seven patients had duodenal submucosal cystic lesions - Brunner's gland hyperplasia, and 2 patients had duodenal polyps; (3) Endoscopic treatment: Five non-pedunculated cystic lesions underwent wall removal using rat tooth forceps, 3 pedunculated lesions were resected by snare electrocoagulation, and 1 small flat lesion was resected with argon ion beam. No massive bleeding or perforation occurred.

CONCLUSION: It is difficult to distinguish Brunner's gland hyperplasia, polyp and cyst by gastroscopy. EUS has higher value in differentially diagnosing these diseases and guiding the selection of appropriate endoscopic treatment.

Key Words: Duodenal Brunner's gland hyperplasia; Gastroscopy; Endoscopic ultrasound; Endoscopic therapy

Zhuang JB, Zhang JH, Chen L, Yuan JX. Endoscopic ultrasound in combination with pathological examination for diagnosis of duodenal Brunner's gland hyperplasia and selection of appropriate endoscopic treatment. *Shijie Huaren Xiaohua Zazhi* 2010; 18(33): 3572-3575

摘要

目的: 探讨超声内镜联合病理检查对十二指肠Brunner腺增生的诊断价值, 以及在超声内镜的指导下选择合适的内镜治疗方式。

方法: 对胃镜检查的9例十二指肠隆起性病变患者行超声内镜检查, 在超声内镜的指导下, 选择不同的内镜治疗方式。治疗前后所得组织标本均送病理检查, 确诊Brunner腺增生成为本研究组病例。治疗1 mo后复查胃镜。

结果: (1)常规胃镜诊断: 息肉3例, 囊肿6例, 有

■同行评议者

田晓峰, 教授, 大连医科大学附属第二医院普通外科

蒂3例, 无蒂5例, 扁平隆起1例; (2)超声内镜诊断: 7例十二指肠黏膜下囊性病变-Brunner腺增生, 2例十二指肠息肉; (3)内镜治疗: 5例无蒂囊性病变, 用鼠齿钳多部位夹破去除囊壁法, 3例有蒂病变, 用圈套电凝切除术, 1例扁平小病灶, 用氩离子束去除术。所有病例均无大出血及穿孔并发症。

结论: 胃镜检查Brunner腺增生均易与息肉、腺瘤、囊肿相混淆, 超声内镜有较高的诊断价值, 可以指导选择适合的内镜治疗方式; 内镜下治疗安全有效。内镜下治疗其所得标本可以提高病理诊断。

关键词: 十二指肠Brunner腺增生; 胃镜; 超声内镜; 内镜治疗

庄剑波, 张锦华, 陈丽, 袁菊霞. 超声内镜联合病理检查对十二指肠Brunner腺增生的诊断及内镜治疗. 世界华人消化杂志 2010; 18(33): 3572-3575
<http://www.wjgnet.com/1009-3079/18/3572.asp>

0 引言

十二指肠Brunner腺增生属少见疾病, 多发生于十二指肠球部, 也可累及降部, 偶见于胃窦和空肠近端, 其病因不明。可以是单发或多发结节样隆起, 普通胃镜检查均易与息肉、腺瘤、囊肿相混淆, 超声内镜联合病理检查及内镜下治疗对该病的诊治有一定价值。2008-08/2010-07甘肃省第二人民医院诊断及治疗十二指肠Brunner腺增生9例, 现报道如下。

1 材料和方法

1.1 材料 本研究是经过甘肃省第二人民医院伦理委员会通过及备案, 诊治前患者均签订了知情同意书。2008-08/2010-07, 9例住院患者, 男7例; 女2例, 年龄56-81(平均年龄58.7)岁。临床均表现为上腹不适、腹胀、反酸(其中1例曾有胃溃疡及1例为毕I式术后残胃)。所用器械有Olympus GIF XQ-240、GIF HD-260电子胃镜; Olympus UM-DP20-25R超声微探头, 频率20 MHz; Olympus FG-44NR-1型鼠齿钳; 山东玉华AG9800氩气高频电发生器; Olympus SD-6L-1、SD-9U-1、SD-15U-1圈套器。

1.2 方法 术前查血常规、血凝试验等。按0.05 mg/kg体重质量静脉推注咪达唑仑。普通胃镜发现的十二指肠隆起性病变, 用20 MHz超声微探头探查隆起病灶, 行组织病理活检, 根据超声内镜检查病灶大小、起源、生长特点等选择内镜下

治疗方式, 针切开窗术、去顶技术、圈套电凝切除术、尼龙绳结扎后的切除术、鼠齿钳夹破去除囊壁术、氩离子束去除术等, 术后所得组织标本再送病理检查, 确诊Brunner腺增生者为本课题组病例, 术后1 mo复查胃镜。

2 结果

2.1 常规胃镜诊断 十二指肠球部单发息肉1例、多发息肉2例、十二指肠多发囊肿4例、单发囊肿2例。病变大小直径为2-20 mm, 其中<5 mm 1例、6-10 mm 4例、11-15 mm 3例、16-20 mm 1例。有蒂者3例、无蒂者5例、扁平隆起者1例(图1A, B)。

2.2 超声内镜诊断 7例十二指肠黏膜下囊性病变-Brunner腺增生, 2例十二指肠息肉(图1C)。

2.3 病理诊断 术前内镜组织活检, 十二指肠慢性炎症8例, Brunner腺增生1例。内镜治疗术后所得组织标本, 8例均为十二指肠Brunner腺增生, 1例术后无法得到组织, 术前已确诊(图1D)。

2.4 内镜下治疗 5例无蒂囊性病变, 用鼠齿钳夹破及去除囊壁法; 3例有蒂病变, 用圈套电凝切除; 1例扁平样病灶直接用氩离子束去除术。本组9例均无发生大出血、穿孔等并发症(图1E)。

2.5 术后复查 术后1 mo复查胃镜, 7例痊愈, 2例创面未完全愈合(图1F)。

2.6 胃镜、超声内镜联合病理检查及内镜下治疗十二指肠Brunner腺增生 胃镜下十二指肠Brunner腺增生常表现为多发的黏膜下隆起, 其表面光滑, 触之有波动感的囊性病变; 通过超声内镜检查, 可表现为局部肠壁1-2层隆起, 呈高回声, 内部无回声样改变; 内镜下治疗获得的组织送病理检查常能诊断Brunner腺增生; 内镜下鼠齿钳夹破去除Brunner腺增生囊壁仅有少量渗血, 认为操作简便、安全; 1 mo后复查胃镜大部分患者痊愈。

3 讨论

十二指肠腺为Brunner腺, 位于黏膜下层, 分布于幽门及十二指肠段, 而十二指肠Brunner腺增生属少见疾病, 其病因不明, 有人认为是Brunner腺对胃酸浓度过高的反应性增生, 是十二指肠的一种炎症, 过度增生的腺体局限性堆积连同黏膜突入腔内形成结节或包块, 可以是单发或多发结节样黏膜下隆起, 一般不会恶变。临床上大多数无症状, 增大到一定程度致十二指肠狭窄、痉挛、梗阻、伴发糜烂溃疡时可出现相应临床表现, 腹痛、腹胀、恶心、呕吐、呕血、

■ 相关报道

张锦华等报道的经EUS确诊的3例十二指肠囊肿, 用鼠齿钳夹破囊壁的方法治疗, 取得较好效果, 具有操作简便、易行, 安全的特点, 仅有活检后的渗血, 而无并发症发生, 对于不具备超声内镜条件的医院的内镜医生不妨采用此治疗方法。

■ 创新盘点

十二指肠Brunner腺增生或腺瘤的报道多见于普通胃镜或上消化道X线气钡造影检查, 治疗方面是定期观察或外科手术。本课题组应用了较少报道的Brunner腺增生超声内镜联合病理检查及内镜下治疗, 尤其鼠齿钳夹破囊壁方法是创新点。

■应用要点

超声内镜联合病理检查,可使十二指肠Brunner腺增生发现及诊断率得到提高。内镜下治疗,尤其是圈套电凝切除术、氩离子束去除术、鼠齿钳夹破囊壁方法,操作简便、安全、疗效好,一般基层医院也可应用。

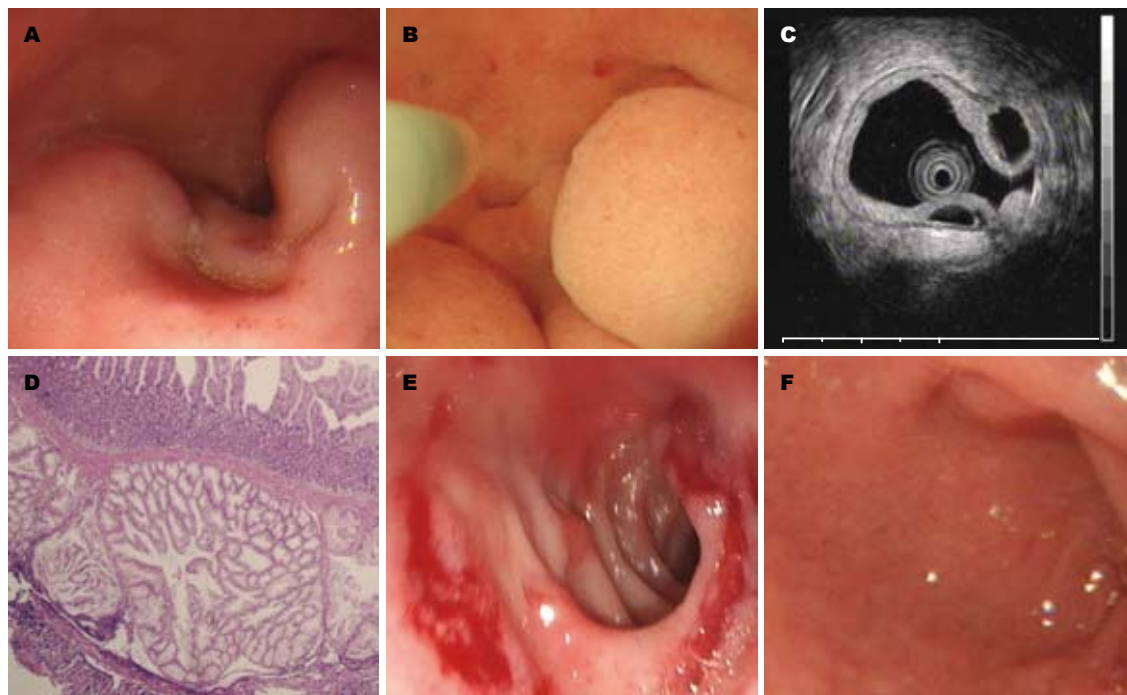


图1 胃镜、超声内镜联合病理检查及内镜下治疗十二指肠Brunner腺增生。A: 胃镜十二指肠角Brunner腺增生呈多发囊肿样; B: 胃镜(注水后)十二指肠角Brunner腺增生呈多发囊肿样; C: 超声胃镜Brunner腺增生呈局部肠壁1-2层隆起高回声, 内部无回声; D 病理显微镜下(HE × 40)Brunner腺增生; E: 内镜下鼠齿钳夹去除Brunner腺增生囊壁后少量渗血; F: Brunner腺增生治疗1 mo后复查胃镜完全愈合。

黑便等^[1]。但随着内镜技术的发展,尤其是超声内镜的应用,十二指肠Brunner腺增生或腺瘤的发现及诊断率得到了提高,也有了十二指肠Brunner腺瘤恶变的个别报道^[2]。

本组9例十二指肠Brunner腺增生是甘肃省第二人民医院2年内诊断及治疗的患者,我们从临床经验体会此病已不少见,但是恶变还属罕见。本组患者病变均≤20 mm,表现为上腹不适、腹胀、反酸,但无呕吐、呕血、黑便等梗阻及出血的症状。普通胃镜下腺瘤样息肉表现为黏膜局限性隆起,触之不变形,有实性感,可有蒂或无蒂、亚蒂,表面可光滑或发红糜烂。囊肿表现为局部隆起,表面光滑,触之有波动感, Brunner腺增生也可以是以上表现^[3],同时十二指肠囊性病变,大部分是Brunner腺增生^[1],所以Brunner腺增生进行普通胃镜检查易与息肉、腺瘤、囊肿相混淆。本组所有病例常规胃镜检查均未诊断Brunner腺增生。超声内镜检查十二指肠Brunner腺增生有一定特征表现,起源于黏膜第1-2层的高回声区,内部回声呈筛网状结构^[4],与腺瘤及囊肿表现不同,所以超声内镜检查可以鉴别以上疾病,对诊断有较大的价值。本组9例超声内镜检查,7例诊断十二指肠黏膜下囊性病变-Brunner腺增生,2例诊断十二指肠息肉。误诊的2例主要是由于病变小、病灶结构分层显

示不够清晰、医师观察不仔细所致。Brunner腺位于黏膜下层,而胃镜下组织活检难以达到黏膜下层,常规组织活检不能得到诊断,需深挖组织或术后取得标本易确诊。本组9例患者内镜治疗前组织活检诊断Brunner腺增生仅1例,而内镜治疗所得组织标本再送病理均诊断Brunner腺增生。

十二指肠黏膜下肿物传统治疗方法是外科手术,或者不手术而定期观察。随着内镜技术的不断发展,对囊性病变用胃镜下针切开窗术、去顶技术^[5]、圈套电凝切除术、尼龙绳结扎后的切除术、鼠齿钳多部位夹破去除囊壁等方法^[6]。我们体会,十二指肠壁薄,易穿孔,血供丰富,易出血,尤其十二指肠降段穿孔后外科手术治疗困难,预后差。针切开窗术、去顶技术需掌握一定技术,且有一定风险。所以在超声内镜指导下根据病变的特点,本着简便、安全的原则选择适合的内镜治疗方式。本组大部分病例用鼠齿钳方法,少部分用圈套电凝切除及氩离子束去除术,操作简便、安全、疗效好,且无并发症发生。由于本研究病例数较少,有待于进一步扩大样本例数进行深入研究。

4 参考文献

- 1 Hizawa K, Iwai K, Esaki M, Suekane H, Inuzuka S, Matsumoto T, Yao T, Iida M. Endosonographic fea-

■名词解释

超针切开窗术:在胃镜下用针形切开刀将下囊性病变的囊壁切开,破坏囊壁而达到治疗囊肿的一种内镜下手术。

- tures of Brunner's gland hamartomas which were subsequently resected endoscopically. *Endoscopy* 2002; 34: 956-958
- 2 Changchien CS, Hsu CC, Hu TH. Endosonographic appearances of Brunner's gland hamartomas. *J Clin Ultrasound* 2001; 29: 243-246
- 3 许国铭, 李兆申. 上消化道内镜学. 上海: 上海科学技术出版社, 2003: 277-279
- 4 金震东, 李兆申. 消化超声内镜学. 北京: 科学出版社, 2006: 281-285
- 5 Mimura T, Kuramoto S, Hashimoto M, Yamasaki K, Kobayashi K, Kobayashi M, Oohara T. Unroofing for lymphangioma of the large intestine: a new approach to endoscopic treatment. *Gastrointest Endosc* 1997; 46: 259-263
- 6 张锦华, 庄剑波, 缪连生, 苑菊霞, 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
- 7 胡伟, 于皆平, 吴杰, 贾业贵. 上消化道黏膜下病变的超声内镜诊断价值. *中国内镜杂志* 2003; 9: 67-68
- 8 文卓夫, 陈小良, 田虹, 李建忠, 郑丰平. 十二指肠黏膜下囊肿的内镜诊断及切除. *中国内镜杂志* 2005; 11: 925-926, 929
- 9 许国强, 章宏, 厉有名, 陈洪潭, 季峰, 陈春晓, 任国平, 倪晓莹. 15例十二指肠Brunner腺瘤的诊治. *中华消化杂志* 2006; 28: 511-514

■同行评价
本文内容详实, 对临床有一定的借鉴和参考意义.

编辑 李薇 电编 李薇

ISSN 1009-3079 (print) ISSN 2219-2859 (online) CN 14-1260/R 2010年版权归世界华人消化杂志

• 消息 •

《世界华人消化杂志》出版流程

本刊讯 《世界华人消化杂志》[ISSN 1009-3079 (print), ISSN 2219-2859 (online), CN 14-1260/R]是一份同行评议性和开放获取(open access, OA)的旬刊, 每月8、18、28号按时出版. 具体出版流程介绍如下:

第一步 作者提交稿件: 作者在线提交稿件(<http://www.baishideng.com/wcjd/ch/index.aspx>), 提交稿件中出现问题可以发送E-mail至submission@wjgnet.com咨询, 编务将在1个工作日内回复.

第二步 审稿: 送审编辑对所有来稿进行课题查新, 并进行学术不端检测, 对不能通过预审的稿件直接退稿, 通过预审的稿件送交同行评议专家进行评议. 编辑部主任每周一组织定稿会, 评估审稿人意见, 对评审意见较高, 文章达到本刊发表要求的稿件送交总编辑签发拟接受, 对不能达到本刊发表要求的稿件退稿.

第三步 编辑、修改稿件: 科学编辑严格根据编辑规范要求编辑文章, 包括全文格式、题目、摘要、图表科学性和参考文献; 同时给出退修意见送作者修改. 作者修改稿件中遇到问题可以发送E-mail至责任科学编辑, 责任科学编辑在1个工作日内回复. 为保证文章审稿意见公平公正, 本刊对每一篇文章均增加该篇文章的同行评议者和同行评论, 同时配有背景资料、研发前沿、相关报道、创新盘点、应用要点和名词解释, 供非专业人士阅读了解该领域的最新科研成果.

第四步 录用稿件: 作者将稿件修回后, 编辑部主任组织第2次定稿会, 评估作者修回稿件质量. 对修改不合格的稿件通知作者重修或退稿, 对修改合格的稿件送总编辑终审, 合格后发正式录用通知. 稿件正式录用后, 编务通知作者缴纳出版费, 出版费缴纳后编辑部安排生产, 并挂号将缴费发票寄出.

第五步 排版制作: 电子编辑对稿件基本情况进行检查, 核对无误后, 进行稿件排版及校对、图片制作及参考文献核对. 彩色图片保证放大400%依然清晰; 中文参考文献查找全文, 核对作者、题目、期刊名、卷期及页码, 英文参考文献根据本杂志社自主研发的“参考文献检测系统”进行检测, 确保作者、题目、期刊名、卷期及页码准确无误. 排版完成后, 电子编辑进行黑马校对, 消灭错别字及语句错误.

第六步 组版: 本期责任电子编辑负责组版, 对每篇稿件图片校对及进行质量控制, 校对封面、目次、正文页码和书眉, 修改作者的意见, 电子编辑进行三校. 责任科学编辑制作整期中英文摘要, 并将英文摘要送交英文编辑进一步润色. 责任电子编辑再将整期进行二次黑马校对. 责任科学编辑审读本期的内容包括封面、目次、正文、表格和图片, 并负责核对作者、语言编辑和语言审校编辑的清样, 负责本期科学新闻稿的编辑.

第七步 印刷、发行: 编辑部主任和主编审核清样, 责任电子编辑通知胶片厂制作胶片, 责任科学编辑、电子编辑核对胶片无误送交印刷厂进行印刷. 责任电子编辑制作ASP、PDF、XML等文件. 编务配合档案管理员邮寄杂志.

第八步 入库: 责任电子编辑入库, 责任科学编辑审核, 包括原始文章、原始清样、制作文件等.

《世界华人消化杂志》从收稿到发行每一步都经过严格审查, 保证每篇文章高质量出版, 是消化病学专业人士发表学术论文首选的学术期刊之一. 为保证作者研究成果及时公布, 《世界华人消化杂志》保证每篇文章从投稿到刊出4 mo内完成. (编辑部主任: 李军亮 2010-01-18)