

内镜下透明帽负压吸引法治疗消化系脂肪瘤16例

浦福兴, 熊观瀛, 王翔, 范志宁, 季国忠, 王敏

■背景资料

胃肠道脂肪瘤在临床上十分少见, 由于临床表现缺乏特异性, 术前诊断困难, 而国内对胃肠道脂肪瘤的诊治情况尚无完整的调查资料, 不少患者因此延误诊治。

浦福兴, 熊观瀛, 王翔, 范志宁, 季国忠, 王敏, 南京医科大学第二附属医院消化医学中心 南京医科大学消化内镜研究所 江苏省南京市 210011

作者贡献分布: 此论题由浦福兴、季国忠及范志宁设计; 研究过程由王敏、熊观瀛、王翔及范志宁操作完成; 数据收集及分析由王敏完成; 本论文写作由浦福兴、王敏及熊观瀛完成。

通讯作者: 王敏, 210011, 江苏省南京市, 南京医科大学第二附属医院消化医学中心, 南京医科大学消化内镜研究所。

beautywang@yeah.net

电话: 025-58509932

收稿日期: 2011-08-30 修回日期: 2011-10-18

接受日期: 2011-10-25 在线出版日期: 2011-12-08

Endoscopic resection of gastrointestinal lipomas with negative pressure using a transparent cap: an analysis of 16 cases

Fu-Xing Pu, Guan-Ying Xiong, Xiang Wang, Zhi-Ning Fan, Guo-Zhong Ji, Min Wang

Fu-Xing Pu, Guan-Ying Xiong, Xiang Wang, Zhi-Ning Fan, Guo-Zhong Ji, Min Wang, Institute of Digestive Endoscopy & Medical Center for Digestive Diseases, the Second Affiliated Hospital of Nanjing Medical University, Nanjing 210011, Jiangsu Province, China

Correspondence to: Min Wang, Institute of Digestive Endoscopy & Medical Center for Digestive Diseases, the Second Affiliated Hospital of Nanjing Medical University, Nanjing 210011, Jiangsu Province, China. beautywang@yeah.net

Received: 2011-08-30 Revised: 2011-10-18

Accepted: 2011-10-25 Published online: 2011-12-08

Abstract

AIM: To evaluate the efficacy and safety of endoscopic resection of gastrointestinal lipomas with negative pressure using a transparent cap.

METHODS: The clinical data for 16 patients who were diagnosed with gastrointestinal lipoma by gastroscopy or colonoscopy and underwent endoscopic resection with negative pressure using a transparent cap from January 2008 to July 2011 were retrospectively analyzed. The clinical efficacy, safety and complications of this procedure were evaluated.

RESULTS: The procedure was successful in all the 16 cases. Oozing of blood was observed in-

traoperatively in two cases, and clips were used to close the wound. No complications such as perforation and massive hemorrhage occurred during the operation. During 1 to 36 months of follow-up, no recurrences were observed.

CONCLUSION: Endoscopic resection of gastrointestinal lipomas with negative pressure using a transparent cap is effective, safe and simple.

Key Words: Lipomas; Transparent cap; Negative pressure suction; Efficacy; Safety

Pu FX, Xiong GY, Wang X, Fan ZN, Ji GZ, Wang M. Endoscopic resection of gastrointestinal lipomas with negative pressure using a transparent cap: an analysis of 16 cases. *Shijie Huaren Xiaohua Zazhi* 2011; 19(34): 3546-3549

摘要

目的: 评价内镜下透明帽负压吸引法切除消化系脂肪瘤的疗效及安全性。

方法: 回顾性分析2008-01/2011-07于我院就诊行胃肠镜及超声内镜诊断明确的消化系脂肪瘤的患者($n = 16$), 行内镜下透明帽负压吸引法治疗, 观察其疗效及安全性。

结果: 所有患者均成功切除病变。术中患者($n = 2$)有少量渗血, 予以金属夹封闭创面; 无活动性出血、穿孔等并发症的发生; 术后无腹痛、腹胀等症状。患者($n = 16$)随访1-36 mo, 内镜下检查无复发。

结论: 内镜下采用透明帽负压吸引法进行治疗的方法简单易行, 安全性好, 值得临床应用推广。

关键词: 脂肪瘤; 透明帽; 负压吸引法; 疗效; 安全性

浦福兴, 熊观瀛, 王翔, 范志宁, 季国忠, 王敏. 内镜下透明帽负压吸引法治疗消化道脂肪瘤16例. *世界华人消化杂志* 2011; 19(34): 3546-3549

<http://www.wjgnet.com/1009-3079/19/3546.asp>

0 引言

胃肠道脂肪瘤是临床上少见的胃肠道良性肿瘤,

■同行评议者

姜相君, 主任医师, 青岛市市立医院消化科

发病率较低, 患者起初无特异性表现, 常在脂肪瘤瘤体较大引起梗阻或出血等症状时才得以发现, 故多采用外科手术切除的方法^[1,2]. 近年来我们对内镜发现的胃肠道脂肪瘤用透明帽负压吸引法协助进行治疗, 取得了满意的疗效, 现报道如下.

1 材料和方法

1.1 材料 2008-01/2011-07, 胃肠镜检查发现胃肠道脂肪瘤; 经超声内镜检查, 病变位于黏膜下层; 签署知情同意后行内镜下治疗. 患者($n = 16$)纳入研究, 包括男性($n = 5$), 女性($n = 11$), 患者年龄33-65(平均年龄56)岁. 其中胃脂肪瘤($n = 7$), 十二指肠脂肪瘤($n = 1$), 结肠脂肪瘤($n = 7$), 食管脂肪瘤($n = 1$), 脂肪瘤大小直径约为1.0-4.5(平均2.5) cm. 本组中有上腹不适($n = 6$), 恶心呕吐($n = 3$), 腹部隐痛不适($n = 4$), 大便习惯及性状改变($n = 1$), 无明显症状($n = 2$), 行胃肠镜检查中偶然发现. Olympus GIF-H260电子胃镜, Olympus CF-240AI电子肠镜, 微超声探头采用Olympus UM-3R, 频率为20 MHz, NM-4L-1注射针, ERBE ICC-200高频电切装置和APC300氩离子凝固器, HX-610-135止血夹, 透明塑料帽(Olympus直式或斜式), Olympus SD-210U-15圈套器.

1.2 方法 所有患者用APC于病灶边缘0.5 cm处电凝标记切除范围, 于病灶基底部注射生理盐水及美兰混合液, 抬举征阳性. 根据病变部位的不同选择直式或斜式透明塑料帽, 安装于镜身前端, 进镜至病变部位. 放置圈套器于透明帽前端凹槽内, 透明帽前端对准病变, 负压吸引, 使瘤体基底部完全进入圈套器内, 然后收紧圈套器, 电切前稍放松圈套器使可能累及的固有肌层回复原位, 然后高频电切除病变. 观察创面有无出血, 是否平整, 若切除后有创面出血或血管断裂, 予以金属夹夹闭或氩气治疗. 对于较大的不能一次性吸引进入透明帽的脂肪瘤, 可分次吸引切除.

所有组织标本回收后用10%甲醛固定行病理学检查, 术后对所有病例行1-12 mo的内镜复查, 观察有无残留及复发.

2 结果

2.1 内镜下表现 内镜下见病变呈半球形或扁平隆起型, 表面大多黏膜光滑完整(图1), 少数病变顶部充血或伴有糜烂, 色泽发黄或偏白, 质地较软, 活检钳触之可凹陷. 超声内镜检查, 提示所



图1 胃窦部隆起性病变.



图2 超声下图像, 黏膜下层高回声团块.

有病灶位于黏膜下层, 呈均匀一致的高回声团块, 内部回声均匀, 边界清楚, 没有延续至固有肌层(图2).

2.2 治疗结果 所有患者均成功切除病变, 脂肪瘤切除后内镜下见中央凹陷、创面边缘略高、基底部呈蓝色较规整. 术中患者($n = 2$)有少量出血, 予以金属夹止血并封闭创面. 患者均无活动性出血, 术后无腹痛、腹胀等肠穿孔症状. 脂肪瘤切除用时最短者10 min, 最长75 min, 术后3 mo复查胃肠镜, 见原病灶处仅留轻微的瘢痕.

2.3 术后随访 失访($n = 2$), 其余患者($n = 14$)经随访1-36 mo, 内镜下检查无残留及复发.

3 讨论

胃肠道脂肪瘤的发生率较低, 近年来, 随着胃肠镜的普及, 脂肪瘤的发现率明显提高. 胃肠道脂肪瘤作为一种良性肿瘤, 常无临床表现, 其临床症状常取决于肿瘤的大小、部位, 当瘤体 >2 cm时, 可产生一些非特异性的症状, 包括腹痛、出血、排便习惯改变等, 甚至导致肠梗阻等急腹症, 临床诊断相对较为困难^[3-7]. 胃肠道脂肪瘤病因不明, 有学者认为可能与全身脂肪代谢障碍及whipple病、肠营养不良等有关^[8], 有学者认为主要与炎症刺激致结缔组织变性, 组织内纤维小梁的腺管周围浸润或由于组织的淋巴供应和血液循环发生障碍, 导致脂肪沉积有关^[9].

胃肠道脂肪瘤按照生长方式分为腔内型、

■**研发前沿**
随着胃肠镜的普及, 脂肪瘤的发现率明显提高. 内镜下治疗黏膜及黏膜下层的脂肪瘤成为目前的研究热点.

■**相关报道**
目前国内关于脂肪瘤的内镜治疗方法较多, 如EMR、ESD. 但均操作复杂, 尤其是ESD, 并发症严重, 而本文介绍的方法简单易行, 并发症发生率, 值得借鉴.

■创新盘点

本研究利用质地软, 瘤体可发生变形易于进入透明帽内的特点, 采用透明帽负压吸引的方法进行治疗, 想法及操作方法新颖。

腔外型、壁间型和混合型, 90%-95%的胃肠道脂肪瘤位于黏膜下层, 向腔内生长; 5%-10%起源于浆膜下, 向腔外生长^[10]。临床上胃肠道脂肪瘤较少见, 易与其他肿瘤如类癌、平滑肌瘤等相混淆。因此, 我们在遇到疑似病例时应常规给予超声内镜检查。超声内镜能精确分辨胃肠道腔壁层次和临近器官的结构, 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。在超声内镜下脂肪瘤呈现密集的高回声肿块, 且内部密度均匀, 边界清, 具有一定特征性^[11], 有报道超声内镜对胃肠道脂肪瘤的诊断率可达93.8%^[12]。我们常规对患者进行超声内镜检查可以排除胃肠道间质瘤、类癌甚至外压性改变的可能, 并明确病变部位是在黏膜下层, 没有延续至固有肌层。国外Nakamura等^[13]认为, 胃脂肪瘤的治疗方式可以由内镜超声来决定, 因为内镜超声能对胃壁进行精确评价, 内镜超声如果发现肿瘤位于黏膜下而不侵及固有肌层或位于浆膜下则可行内镜切除术, 反之则需行开腹手术。

由于在我科就诊的患者常常是因为其他原因进行胃肠镜检查时发现脂肪瘤的, 自身并无明显临床表现, 因此脂肪瘤多<2 cm, 内镜下表现常呈半球形或仅表现为浅表隆起, 表面均较光滑, 略呈白色或黄色。在进行内镜下治疗时, 有时常规黏膜下注射后病变显示不清, 从而影响了进一步治疗。我们在实践中发现, 借鉴ESD的治疗方法, 在注射前进行氩气标记, 可以避免上述情况的发生。同时, 在治疗中我们还发现, 由于病变较扁平, 有时注射后圈套器无法完整的套住病变, 使得脂肪瘤不能被完整切除而有少部分残留。胃肠道脂肪瘤组织学特点是纤维组织包绕的成熟脂肪细胞, 因此脂肪瘤有一层薄的包膜, 且质地软^[10]。此特点决定在吸引时, 脂肪瘤瘤体可发生变形易于进入透明帽内, 由此我们采用透明帽负压吸引的方法迫使脂肪瘤进入圈套器内, 从而完整切除。但在操作的过程中, 由于透明帽的大小是固定的, 对于较大的不能一次性全部吸引至透明帽内的脂肪瘤, 也可以采用分次吸引切除, 本组病例中有4例患者的脂肪瘤较大, 我们就采用了分次吸引切除的方法。

目前国内关于胃肠道脂肪瘤的报道大部分为临床个案, 在临床处理时的方法不一, 术后并发症的报道也较少^[14,15]。但我们认为, 内镜下切除脂肪瘤操作简单, 创伤小, 并发症少, 最常见

的并发症是术中及术后出血。在我们的治疗过程中, 16例患者中仅2例发生出血, 术中给予立即止血处理, 患者无术后出血。在本次研究中, 无一例患者发生穿孔。这与我们常规对患者进行超声内镜检查, 明确病变在胃肠道壁内的深度, 术中进行黏膜下注射的预防措施是密不可分的。

胃肠道脂肪瘤是一种良性肿瘤, 但当肿瘤直径>2 cm时即可引起临床症状及多种并发症^[16], 故应及时治疗。尤其对于超声检查位于黏膜或黏膜下层的脂肪瘤, 早期内镜下采用透明帽负压吸引法进行治疗方法简便易行, 安全性高, 切实可行, 值得临床推广。

4 参考文献

- 1 Ferrara F, Duburque C, Quinchon JF, Gaudissart Q. Laparoscopic resection of small bowel lipoma causing obscure gastrointestinal bleeding. *Updates Surg* 2011 Jun 21. [Epub ahead of print]
- 2 Kouritas VK, Baloyiannis I, Koukoulis G, Mamloudis I, Zacharoulis D, Efthimiou M. Spontaneous expulsion from rectum: a rare presentation of intestinal lipomas. *World J Emerg Surg* 2011; 6: 19
- 3 Lazaraki G, Tragiannidis D, Xirou P, Nakos A, Pilpilidis I, Katsos I. Endoscopic resection of giant lipoma mimicking colonic neoplasm initially presenting with massive haemorrhage: a case report. *Cases J* 2009; 2: 6462
- 4 Dultz LA, Ullery BW, Sun HH, Huston TL, Eachempati SR, Barie PS, Shou J. Ileocecal valve lipoma with refractory hemorrhage. *JSLS* 2009; 13: 80-83
- 5 陈洪潭, 许国强, 王丽君, 虞卫华, 周益峰, 厉有名. 十二指肠脂肪瘤的诊治. *中华内科杂志* 2010; 49: 125-127
- 6 Mason R, Bristol JB, Petersen V, Lyburn ID. Education and imaging. Gastrointestinal: lipoma induced intussusception of the transverse colon. *J Gastroenterol Hepatol* 2010; 25: 1177
- 7 Sadio A, Peixoto P, Castanheira A, Cancela E, Ministro P, Casimiro C, Silva A. Gastric lipoma--an unusual cause of upper gastrointestinal bleeding. *Rev Esp Enferm Dig* 2010; 102: 398-400
- 8 王少华, 崔喆, 唐伟军, 钟鸣, 王平治. 肠道脂肪瘤临床特点分析. *外科理论与实践* 2006; 11: 253-254
- 9 郑东平, 刘宇飞, 易名兰, 周华. 18例胃肠脂肪瘤的内镜及病理特点分析. *中国内镜杂志* 2006; 9: 995-996
- 10 Thompson WM, Kende AL, Levy AD. Imaging characteristics of gastric lipomas in 16 adult and pediatric patients. *AJR Am J Roentgenol* 2003; 181: 981-985
- 11 丁向萍, 张锦华, 庄剑波, 廖连生, 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: 2208-2211
- 12 Zhang YQ, Yao LQ, Qin XY, Zhou PH, Xu MD, Hou YY. [Diagnosis and treatment of gastrointestinal lipoma]. *Zhonghua Weichang Waikai Zazhi* 2007; 10: 512-514
- 13 Nakamura S, Iida M, Suekane H, Matsui T, Yao T, Fujishima M. Endoscopic removal of gastric lipoma: diagnostic value of endoscopic ultrasonography.

- 14 李世正, 张俊华, 李锦成, 董哲. 胃脂肪瘤的诊断与治疗66例. 世界华人消化杂志 2009; 17: 3649-3652
- 15 申龙河, 朴正日, 申涛. 胃脂肪瘤一例报告并文献复习.
- 中华消化内镜杂志 2010; 27: 381-382
- 16 陈巍峰, 姚礼庆, 周平红, 张轶群, 徐美东, 侯英勇. 结直肠脂肪瘤20例诊治分析. 中国临床医学 2010; 17: 835-836

编辑 曹丽鸥 电编 何基才

■同行评价
本研究提出了一种新的内镜下治疗胃肠道脂肪瘤的方法, 临床应用简单易行, 值得临床内镜医师学习.

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 •

《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审核, 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, 包括原创文章、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16 wk内完成. (编辑部主任: 李军亮 2010-01-18)