

上消化道胃肠道间质瘤的内镜下治疗及临床观察

金莲花

(吉林延吉市医院 133000)

摘要:目的:探讨内镜黏膜下剥离术(ESD)治疗上消化道间质瘤的疗效和安全性。方法:选取我院在2018年6月至2022年6月间收治的40例上消化道间质瘤作为研究对象,应用Dual刀、IT刀进行ESD治疗,一次性完整剥离切除病变。结果:40例上消化道间质瘤中,位于胃窦11例、胃底8例、胃体11例、贲门2例、食管8例。病变大小为0.8~3.0cm,平均(1.6±0.6)cm。40例病变均一次性完整剥离。ESD手术时间为30~98min,平均(55.8±18.5)min。4例术中出現消化道穿孔,3例应用和谐夹及尼龙绳圈套扎成功闭合,1例行腹腔镜修补术。所有患者术中出血量均<100mL,术后均未出現迟发性穿孔和迟发性出血。结论:ESD治疗上消化道间质瘤安全、有效。
关键词:内镜黏膜下剥离术;上消化道间质瘤;

临床观察上消化道间质瘤是上消化道常见的黏膜下肿瘤之一,具有恶变潜能,病灶较小时常无特异性症状,随着病灶增大会出现贫血、出血、腹痛症状。近年来随着超声内镜逐步应用于临床,上消化道间质瘤的诊断水平有了显著提高^[1],越来越多的间质瘤在早期即被发现。由于间质瘤具有潜在恶变可能,故需行切除治疗。外科行腹腔镜手术或开腹手术时,病变定位困难,且手术创伤较大,费用较高。随着内镜治疗技术的发展,内镜下治疗已逐渐成为治疗间质瘤的首选方法^[2]。内镜黏膜下剥离术(ESD)

主要应用于治疗消化道早癌及其癌前病变,可以完整、大块剥离病灶。目前,ESD技术已广泛应用于食管、胃、十二指肠、结直肠黏膜及黏膜下病变的治疗。本研究对40例上消化道间质瘤进行ESD治疗,均取得了较好的治疗效果,现报道如下。

1. 资料与方法

1.1 临床资料

选取我院在2018年6月至2022年6月期间收治的40例上消化道间质瘤患者作为研究对象。入选标准:(1)经胃镜、超声胃镜和CT检查诊断为食管、胃间质瘤;(2)瘤体<3.0cm,且均仅有1个病灶;(3)超声内镜和CT检查提示,病灶起源于黏膜下层和固有肌层,边界清楚,以向腔内生长为主,未侵及浆膜层。排除标准:(1)有消化道外侵犯征象;(2)腹腔转移者。患者中男21例,女19例,年龄为45~70岁,平均(55.5±11.5)岁。

1.2 术前准备

术前完善血常规、肝肾功能、凝血全套、心电图、胸腹部CT等检查,排查凝血功能异常、心肺功能严重异常、胸腹部肿瘤或转移病灶等手术禁忌症者。患者术前签署手术知情同意书,并告知手术的风险和益处。

1.3 所用器械

GIF-Q260J电子胃镜和UE260-AL5超声内镜;小探头内镜超声系统,探头频率为12MHz和20MHz。ICC-200高频电切装置和APC氩离子凝固器,

OlympusKD-611LIT切开刀、KD-650LDu1切开刀、OlympusFD-410LR电凝止血钳,黏膜下注射针,微创HXD-26-195和谐夹,Olympus尼龙绳圈套器。其他辅助器械:OlympusD-201透明帽、Olympus-GSCR4500型内镜专用二氧化碳送气泵等。ESD术中黏膜下注射液按照生理盐水100mL+靛胭脂5mL+肾上腺素1mL比例配制。

1.4 ESD方法

患者均在手术室采用气管插管全身麻醉下进行手术。ESD方法:(1)标记应用切开刀头端或氩气刀在病变隆起边缘进行电凝标记;(2)黏膜下注射于标记点外侧黏膜下多点注射,每个点1~2mL,病变处黏膜稍隆起即可;(3)切开、剥离用Dual刀、IT刀沿标记点切开黏膜及黏膜下层暴露瘤体,沿瘤体边缘进行剥离,将瘤体完整切除;(4)创面处理对于创面可见的小血管行电凝治疗,电凝功率为柔和电凝功率(80w),和谐夹及尼龙绳圈套器闭合创面或缝合术中出现的穿孔。ESD术后标本处理:将切下的病变包括黏膜层平展后固定于泡沫上,测量病变大小,甲醛液固定后送病理检查,同时做CD34、CD117、平滑肌肌动蛋白(SMA)等免疫组织化学染色。ESD术后临床处理:术后常规留置胃肠减压管,禁食24h,常规补液加用质子泵抑制剂、止血剂,如有术中穿孔者,加用抗生素。观察有无出血及腹痛、腹胀情况,如术后24h内无出血、腹痛症状,拔除胃肠减压管,开始进食冷流质,出院后口服质子泵抑制剂8周。术后5~6个月复查内镜、腹部CT,观察创面愈合情况及病变有无复发。

2. 结果

2.1 术中情况

40例上消化道间质瘤中,位于胃窦11例、胃底8例、胃体11例、贲门2例、食管8例。病变大小为0.8~3.0cm,平均(1.6±0.6)cm。瘤体均沿外包膜完整剥离切除,切除的组织在内镜下及肉眼进行观察,均未见明显瘤体破裂。40例患者中有16例起源于黏膜下层,24例起源于固有肌层。术中创面出血量均<100mL,ESD手术时间为30~98min,平均(55.8±18.5)min。手术成功率100%。

2.2 术后病理

40例病变均一次性完整剥离,术后病理诊断为间质瘤,免疫组织化学显示:CD117均为阳性,阳性率100%;CD34有26例阳性,阳性率64%;SMA有14例阳性,阳性率36%;切除的组织切缘均为阴性。

2.3 术中及术后并发症

3例术中出現消化道穿孔,均由于瘤体侵入固有肌层较深,为保持瘤体的完整性而行全层切除所致,其中2例应用和谐夹及尼龙绳圈套器成功闭合,1例因穿孔较大,将瘤体切除取出后即时行腹腔镜修补术,术后经胃肠减压,禁食,应用抗生素、质子泵抑制剂(PPI)等保守治疗,均痊愈出院。术后所有患者均未出現迟发性穿孔、出血及其他并发症。

2.4 住院时间及随访情况

术后患者住院时间为5~11d,平均(6.3±1.1)d。术后5~6个月随访复查胃镜、超声内镜及腹部CT,结果显示创面愈合良好,未见复发病例。手术评价见表一。

表一上消化道间质瘤患者手术评价

	总人数	阳性率	占总人数	手术成功率
CD117	40	100%	--	100%
CD34	40	64%	26	100%
SMA	40	36%	14	100%

3 讨论

上消化道间质瘤是一类起源于胃、食管、十二指肠间叶组织的肿瘤,占消化道间叶瘤的比例较高。Mazur等于1983年首次提出了胃肠道间质瘤这个概念。上消化道间质瘤通常无特异性,大部分患者因体检时行胃镜检查而发现。因间质瘤的位置较深,在普通胃镜下表现为表面光滑的隆起性病变,但无法确定肿瘤的来源和性质。通过超声内镜可以基本确定病变的起源层次、大小和基本组织学性质。

上消化道间质瘤无论大小都被认为是潜在恶性的^[3-4],故临床上多主张积极治疗^[5-7]。根据美国国家综合癌症网络(NCCN)指南,>2cm的消化道间质瘤均应行手术切除,<2cm的间质瘤可选择手术切除或随访观察^[8]。传统治疗方法以外科手术为主,包括开胸、开腹、腹腔镜等,但开胸、开腹的创伤较大、并发症较多,恢复较慢,而腹腔镜定位困难,如病变位于贲门或食管处则切除困难。对于<1cm的黏膜下肿瘤,目前内镜下治疗方法除ESD之外还有内镜下黏膜切除术(EMR)和尼龙绳圈套术,上述两种方法的不足之处在于术中无法准确判断肿瘤组织是否被完整切除,治疗中易引起瘤体破裂、残留、复发,而尼龙绳圈套术更是无法获得病理结论。近年来,随着内镜操作和治疗器械的快速发展,特别是ESD、内镜下全层切除术(EFR)及经黏膜下隧道内镜切除术(STER)等治疗方法的应用,大部分上消化道肿瘤可以通过内镜进行微创治疗,目前已有较多的报道指出,对于直径<3cm的上消化道间质瘤可行内镜切除术^[9-10]。内镜下切除术的定位准确,既可以减少患者

(下转第102页)

(上接第 70 页)

的创伤,也可以减轻患者的经济负担,且术后恢复较快。

ESD 手术体会:(1)对胃镜的熟练掌握十分重要。通常在 ESD 术中通过右手送镜、拉镜、旋镜,左手控制旋钮来进行精确地切割剥离,本研究体会到,利用食指控制送气、送水按钮和吸引按钮,解放中指辅助大拇指来控制上下旋钮,将更有利于稳定镜头的角度和精细操作;(2)选择有利于手术的切除方向。本研究指出,食管病变由口侧向肛侧剥离,胃底、胃体小弯的病变倒镜后由肛侧向口侧剥离,胃体大弯、胃窦的病变由口侧向肛侧剥离,均可以获得较好的视野。选择合适的剥离方向,可使病变及组织处于良好的视野范围内,利于手术的顺利推进、连续剥离及必要的止血;(3)利用好重力的作用有利于缩短手术时间及减少手术难度。必要时可通过注水观察水流方向,从而确定重力方向,因沿重力反方向切开黏膜,随后重力会将剥离的组织牵拉向重力低位,有利于暴露未剥离的组织层次结构,方便手术操作,故在环形切开时可以暂时保留重力方向低位的黏膜,让其形成牵引力,待瘤体剥离后再行切开;(4)术中应及时处理出血和暴露的血管。术中及时对剥离引起的出血或剥离后暴露的血管进行电凝处理,有利于保持干净、清楚的视野,可以清楚地观察到病变及胃壁的层次结构,保证手术顺利进行以及瘤体的完整切除;(5)剥离瘤体后应仔细、耐心地对创面行预防性止血,对有出血可能的暴露血管行止血钳电凝或氩气电凝,特别是环形切开后切缘有可能被黏膜覆盖下的血管,由于该处血管切开时一般使用的是切割电流,电凝功率少,不易凝固,且因黏膜回缩后覆盖不易暴露,容易被忽视而导致迟发性出血,本组 40 例患者术中均仔细行预防性止血,未发生术后迟发性出血情况;(6)切除瘤体后应尽可能行创面缝合,特别是有术中穿孔及创面有电凝过度情况者,因缝合后创面可以减少胃酸的影响,有利于创面愈合,减少术后迟发性出血和迟发性穿孔,减轻患者术后的疼痛感。本组 40 例患者均未发生迟发性穿孔。

综上所述,ESD 可完整剥离上消化道间质瘤,是一种安全、有效的方法。对于 < 3cm、术前判断为良性的上消化道间质瘤,ESD 可以一次性完整剥离后切除,获得完整的病理诊断资料。相比于外科手术,ESD 的创伤较小,容易定位,可保留消化道的完整性,术后恢复快,医疗费用低,且具有与外科手术相同的治疗效果,充分

体现了内镜微创治疗的优越性。但对于 > 3cm 的上消化道间质瘤,ESD 的治疗效果仍需进一步研究。

参考文献:

- [1] Sakamoto H, Kitano M, Kudo M. Diagnosis of subepithelial tumors in the upper gastrointestinal tract by endoscopic ultrasonography [J]. *World J Radiol*, 2010, 2(8): 289-297.
- [2] 许昌芹, 张澍田. 上消化道黏膜下肿瘤内镜治疗进展 [J]. *中国内镜杂志*, 2015, 21(3): 279-283.
- [3] Blay JY, Bonvalot S, Casali P, et al. Consensus meeting for the management of gastrointestinal stromal tumors. Report of the GIST Consensus Conference of 20-21 March 2004, under the auspices of ESMO [J]. *Ann Oncol*, 2005, 16(4): 566-578.
- [4] Raut CP, Morgan JA, Ashley SW. Current issues in gastrointestinal stromal tumors: incidence, molecular biology, and contemporary treatment of localized and advanced disease [J]. *Curr Opin Gastroenterol*, 2007, 23(2): 149-158.
- [5] Parajuli S, Slaninka I, Kalabova H, et al. Gastrointestinal stromal tumors: review on morphology, molecular pathology, diagnostics, prognosis and treatment options [J]. *Acta Gastroenterol Belg*, 2010, 73(3): 349-359.
- [6] Wiech T, Walch A, Werner M. Histopathological classification of non-neoplastic and neoplastic gastrointestinal submucosal lesions [J]. *Endoscopy*, 2005, 37(7): 630-634.
- [7] Nishida T, Kawai N, Yamaguchi S, et al. Submucosal tumors: Comprehensive guide for the diagnosis and therapy of gastrointestinal submucosal tumors [J]. *Dig Endosc*, 2013, 25(5): 479-489.
- [8] Demetri GD, von Mehren M, Antonescu CR, et al. NCCN Task Force report: update on the management of patients with gastrointestinal stromal tumors [J]. *J Natl Compr Canc Netw*, 2010, 8(Suppl 2): S1-S41, quiz S42-S44.
- [9] Bai J, Wang Y, Guo H, et al. Endoscopic resection of small gastrointestinal stromal tumors [J]. *Dig Dis Sci*, 2010, 55(7): 1950-1954.
- [10] Joo MK, Park JJ, Kim H, et al. Endoscopic versus surgical resection of gastrointestinal stromal tumors in the upper GI tract [J]. *Gastrointest Endosc*, 2016, 83(2): 318-326.
- [11] Walsh RM, Ponsky J, Brody F, et al. Combined endoscopic/laparoscopic intragastric resection of gastric stromal tumor [J]. *J Gastrointest Surg*, 2003, 7(3): 386-392.