

· 病例报道 ·

经胃入路内镜开窗治疗胰腺假性囊肿一例

唐静 薛焱 卢丹萍 魏沙 沈文拥 杨丹 吴涛 刘爱民

重庆市涪陵中心医院消化科 408099

通信作者:刘爱民, Email: 512667798@qq.com

【摘要】 胰腺假性囊肿在胰腺囊性病变中所占比例较高,当直径大于 6 cm 时患者常有明显的临床症状,且并发症增加,需积极干预治疗。本文报道了 1 例胰尾部胰腺假性囊肿的经自然腔道内镜手术,采用经胃入路胰腺假性囊肿开窗清创引流术治疗后,囊肿较前明显缩小,患者未再出现腹痛、腹胀。

【关键词】 胰腺假性囊肿; 经自然腔道内镜手术; 经胃入路

DOI: 10.3760/cma.j.cn321463-20200317-00207

A case of pancreatic pseudocysts treated by endoscopic transgastric fenestration

Tang Jing, Xue Yan, Lu Danping, Wei Sha, Shen Wenyong, Yang Dan, Wu Tao, Liu Aimin

Department of Gastroenterology, Chongqing Fuling Central Hospital, Chongqing 408099, China

Corresponding author: Liu Aimin, Email: 512667798@qq.com

患者男, 50 岁, 因腹痛 1 个月余入院。2 个月前患者因酗酒和暴饮暴食后出现持续上腹痛于外院诊断为急性胰腺炎(轻型, 非胆源性), 予对症治疗后好转出院, 近 1 个多月来自觉上腹部胀痛伴恶心, 症状进行性加重。入院体检: 生命体征正常, 腹平软, 中上腹轻压痛, 无反跳痛及肌紧张, 余阴性。上腹部 CT 及增强: 胰腺体尾部见较大层面约 63 mm×57 mm 囊肿低密度影, 边缘见小结节强化影, 考虑急性胰腺炎并胰腺体尾部假性囊肿形成(?)、囊实性占位(?), 见图 1。胸部 CT 未见异常。血常规正常。血清脂肪酶 672.60 U/L, 淀粉酶 165.2 U/L。乙肝两对半定量: 乙肝核心抗体(+), 乙肝表面抗体(+), 乙肝 e 抗体(+)。凝血图、肌钙蛋白、肾功能、电解质、血糖、术前三项、糖类抗原 CA19-9、甲胎蛋白、癌胚抗原、肝功能、血脂、心肌酶谱和心电图均未见明显异常。胃镜: 胃底静脉曲张, 胃体隆起性病变(外压性?)。超声内镜: 胰腺尾部探及一边界清楚的无回声病灶, 与胃毗邻, 无相对运动, 壁与胃壁之间粘连, 较厚处约 12 mm, 与胰管不通, 内部可见低回声絮状物, 局部可见点状高回声, 见图 2, 考虑胰腺假性囊肿(?), 胃体后壁隆起为胰腺尾部囊肿压迫所致。结合患者临床症状、实验室、影像学、超声内镜、胃镜结果明确干预治疗指征后, 经科内讨论拟行超声内镜定位下经胃入路胰腺假性囊肿开窗清创引流术。术中避开血管确定切口部位并以氩气刀标记(图 3A), 黏膜下注射后开窗切除黏膜层, 逐层切开胃壁致全层切开, 切口直径约 2 cm, 术中对裸露血管进行电凝, 确认切口无出血。随后全层切开囊肿壁(图 3B), 见棕褐色液体溢出, 内镜进入囊内(图 3C), 见囊壁光滑, 可见坏死组织, 清除坏死组织后囊壁可见新生小血

管及肉芽组织, 抽尽囊液, 坏死组织(图 3D)和囊液送检。囊液: 癌胚抗原 38 μg/L, 淀粉酶 7 500 U/L, 细菌培养(-)。液基细胞学检查: 未查见肿瘤细胞。组织病理: 胰腺囊壁新生肉芽组织、炎性坏死组织(图 4)。术后监测患者的生命体征, 安置胃肠减压, 禁食水 48 h, 予抑酸、抑酶、抗感染、补液营养支持等治疗, 患者自觉腹胀明显缓解, 无术后出血、感染等并发症发生。术后 9 d 复查上腹部 CT: 囊肿较前明显缩小, 较大层面约 14 mm×32 mm(图 5)。术后 1 个月复查胃镜: 胃腔与囊肿之间已充分形成窦道, 直径约 1.0 cm。目前患者无腹痛、腹胀、发热等症状, 仍在随访中。

讨论 胰腺假性囊肿是急慢性胰腺炎、胰腺创伤、胰管梗阻和胰腺外科手术引起的不良事件, 胰腺组织坏死感染可导致多器官功能衰竭。胰腺脓肿非手术治疗病死率达 95%, 起病 4 周内的假性囊肿或无菌性坏死大多可自行吸收, 少数直径大于 6 cm 不能自行吸收, 且并发症增加, 需进一步治疗^[1-2], 手术方法包括传统外科手术、腹腔镜手术、经皮穿刺引流术和超声内镜引导下经胃壁穿刺支架引流术^[3-4]。但外科手术和腹腔镜手术创伤及风险大, 胰瘘等并发症多。超声内镜引导下对胰腺假性囊肿穿刺支架引流已成为目前紧压消化道壁的胰腺囊肿的重要临床治疗手段, 且成为胰腺假性囊肿治疗的标准方法, 并获得良好疗效^[5], 但在超声引导下行扩张、电切开胃肠壁进行胰腺囊肿引流容易发生黏膜下血管撕裂、盲目电切所致出血、腹膜后穿孔和支架移位等并发症^[6-8], 特别是对囊腔内坏死组织较多者引流不充分、治疗效果差, 且受耗材限制无法规模开展。

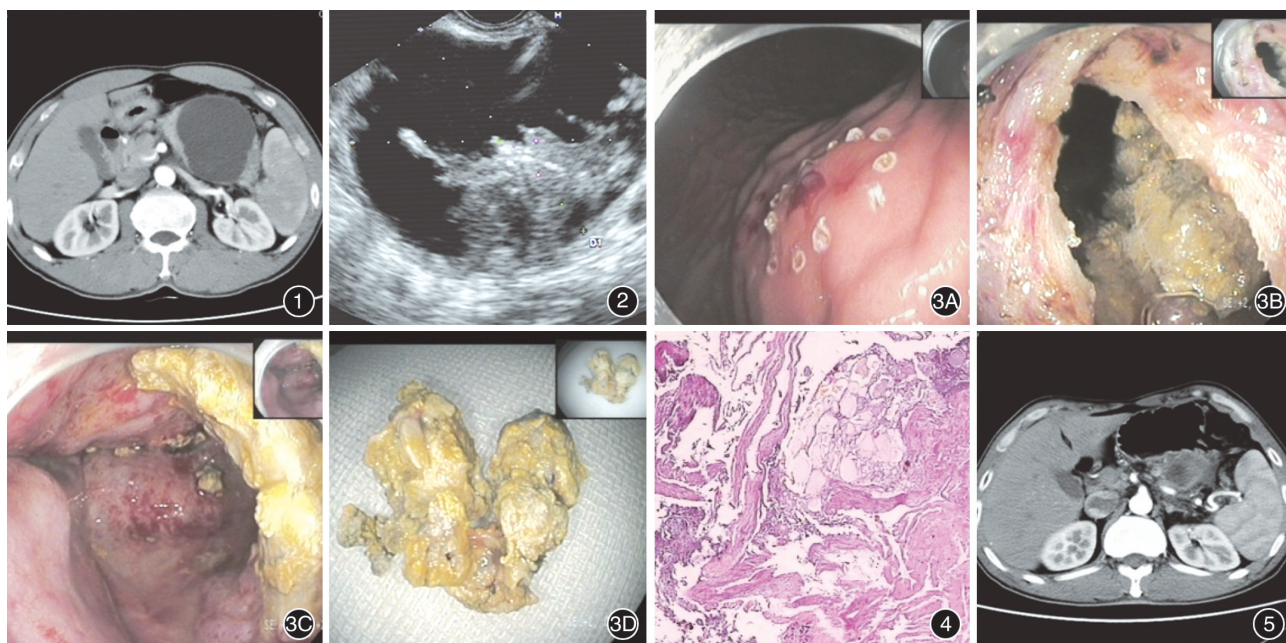


图1 上腹部增强 CT 示胰尾囊肿 图2 超声内镜扫查提示胰腺尾部见无回声病灶,与胰管不通,内部可见低回声絮状物,与胃毗邻
图3 经胃入路胰腺假性囊肿开窗清创引流治疗 3A:胃体后壁定位;3B:胃壁及囊肿壁全层切开;3C:内镜进入囊肿腔;3D:清除的囊肿内坏死组织 图4 组织病理提示胰腺囊壁新生肉芽组织、炎性坏死组织 HE $\times 100$ 图5 术后 9 d 复查上腹部 CT 提示囊肿较前明显缩小

本例胰尾部假性囊肿,结合超声内镜检查考虑囊壁与胃壁之间有粘连,胃壁成为囊壁一部分,超声内镜扫查避开血管定位,成功开展经胃入路胰腺假性囊肿开窗清创引流术,效果确切,术中、术后均无并发症发生,为经自然腔道内镜手术谱增加了新的术式。与超声内镜引导下胰腺囊肿穿刺支架引流术相比,我们认为经胃入路胰腺假性囊肿开窗清创引流术具有以下优势:(1)内镜直视下开窗,实时对裸露血管电凝止血,止血彻底,避免迟发性出血;(2)开窗引流无需放置支架,减少感染、支架堵塞、移位等并发症,降低手术费用,减少引流时间;(3)囊内坏死组织在内镜直视下分次清除,引流更为彻底,特别是对坏死组织较多的假性囊肿更有优势,降低囊肿复发率;(4)对于合并感染的囊肿,可避免患者外科手术;(5)开窗后切口较大,可避免进食后食物堵塞,降低感染等并发症的风险。

利益冲突 所有作者声明不存在利益冲突

参考文献

- [1] Friedberg SR, Lachter J. Endoscopic ultrasound: current roles and future directions[J]. World J Gastrointest Endosc, 2017, 9(10): 499-505. DOI: 10.4253/wjge.v9.i10.499.
- [2] Kwon RS. Advances in the diagnosis of cystic neoplasms of the pancreas[J]. Curr Opin Gastroenterol, 2012, 28(5): 494-500. DOI: 10.1097/MOG.0b013e3283567f3f.
- [3] Shah RJ, Shah JN, Waxman I, et al. Safety and efficacy of endoscopic ultrasound-guided drainage of pancreatic fluid collections with lumen-apposing covered self-expanding metal stents[J]. Clin Gastroenterol Hepatol, 2015, 13(4): 747-752. DOI: 10.1016/j.cgh.2014.09.047.
- [4] Bang JY, Wilcox CM, Trevino JM, et al. Relationship between stent characteristics and treatment outcomes in endoscopic transmural drainage of uncomplicated pancreatic pseudocysts[J]. Surg Endosc, 2014, 28(10): 2877-2883. DOI: 10.1007/s00464-014-3541-7.
- [5] Giovannini M. Endoscopic ultrasound-guided drainage of pancreatic fluid collections[J]. Gastrointest Endosc Clin N Am, 2018, 28(2): 157-169. DOI: 10.1016/j.giec.2017.11.004.
- [6] Sharaiha RZ, DeFilippis EM, Kedia P, et al. Metal versus plastic for pancreatic pseudocyst drainage: clinical outcomes and success[J]. Gastrointest Endosc, 2015, 82(5): 822-827. DOI: 10.1016/j.gie.2015.02.035.
- [7] Singla V, Garg PK. Role of diagnostic and therapeutic endoscopic ultrasonography in benign pancreatic diseases[J]. Endosc Ultrasound, 2013, 2(3): 134-141. DOI: 10.7178/eus.06.004.
- [8] Wang GX, Liu X, Wang S, et al. Stent displacement in endoscopic pancreatic pseudocyst drainage and endoscopic management[J]. World J Gastroenterol, 2015, 21(7): 2249-2253. DOI: 10.3748/wjg.v21.i7.2249.

(收稿日期:2020-03-17)

(本文编辑:顾文景)