

## 内镜下阑尾切除术一例

黄勤 刘冰熔 方从诚 梁丽萍 王玲玲 季新荣 彭金榜 叶丽萍

患者男,58岁,因“检查发现阑尾窝腺瘤1年余”入院。患者1年前因“乙状结肠癌”行根治手术,术后复查肠镜发现阑尾窝处一大小1.5 cm×2.0 cm腺瘤样增生,表面呈分叶状,病理提示管状腺瘤伴腺上皮低级别上皮内瘤变。行两次ESD后复查肠镜病变复发。目前无腹痛、腹泻,无恶心、呕吐,无发热畏寒,无体重下降,以“阑尾窝腺瘤”收入院。患者既往有乙状结肠癌根治术及多次化疗病史。入院查体无特殊,诊断为阑尾窝腺瘤,患方拒绝外科手术,术前增强CT及超声内镜检查提示阑尾病变局限,无周围组织累及,遂拟

行内镜下阑尾腺瘤及阑尾切除术。术中阑尾窝见一腺瘤样赘生物,表面充血糜烂呈分叶状,触之易出血,一直延伸至阑尾根部;予乳头切开刀(KD-620L)沿病变周围定位,再予1:10 000肾上腺素及靛胭脂混合液行黏膜下注射至黏膜隆起;用KD-620LR切开刀沿病变周围切割,再用KD-611L切开刀剥离病灶,热活检钳夹闭部分血管,充分剥离病灶;术中可见切口处黏膜缺损,可窥见腹腔网膜,进腹腔沿阑尾系膜充分剥离阑尾;严密止血,予生理盐水及左氧氟沙星反复冲洗腹腔,予多枚钛夹联合尼龙绳封闭创面,圈套器套扎切除阑尾标本,常规送检(图1A~1G)。术后抗感染、营养支持治疗1周,患者病情平稳出院。术后病理示绒毛状腺瘤伴腺上皮低级别上皮内瘤变。术后4个月复查肠镜,见阑尾窝处一陈旧性手术疤痕,局部黏膜纠集,表面略充血水肿(图1H)。

**讨论** 原发性阑尾肿瘤发病率低,大多在术后经病理检查才确诊,占阑尾切除标本的0.9%~1.4%<sup>[1]</sup>。体积小的阑尾肿瘤多无症状,往往在阑尾手术或其他手术时偶然发现,

DOI:10.3760/cma.j.issn.1007-5232.2018.06.020

作者单位:317000 浙江省台州市,恩泽医疗中心(集团)台州医院消化内科(黄勤、方从诚、叶丽萍);郑州大学第一附属医院消化内科(刘冰熔);恩泽医疗中心(集团)恩泽医院内镜中心(梁丽萍),消化内科(王玲玲、季新荣、彭金榜)

通信作者:叶丽萍,Email:13566866269@139.com

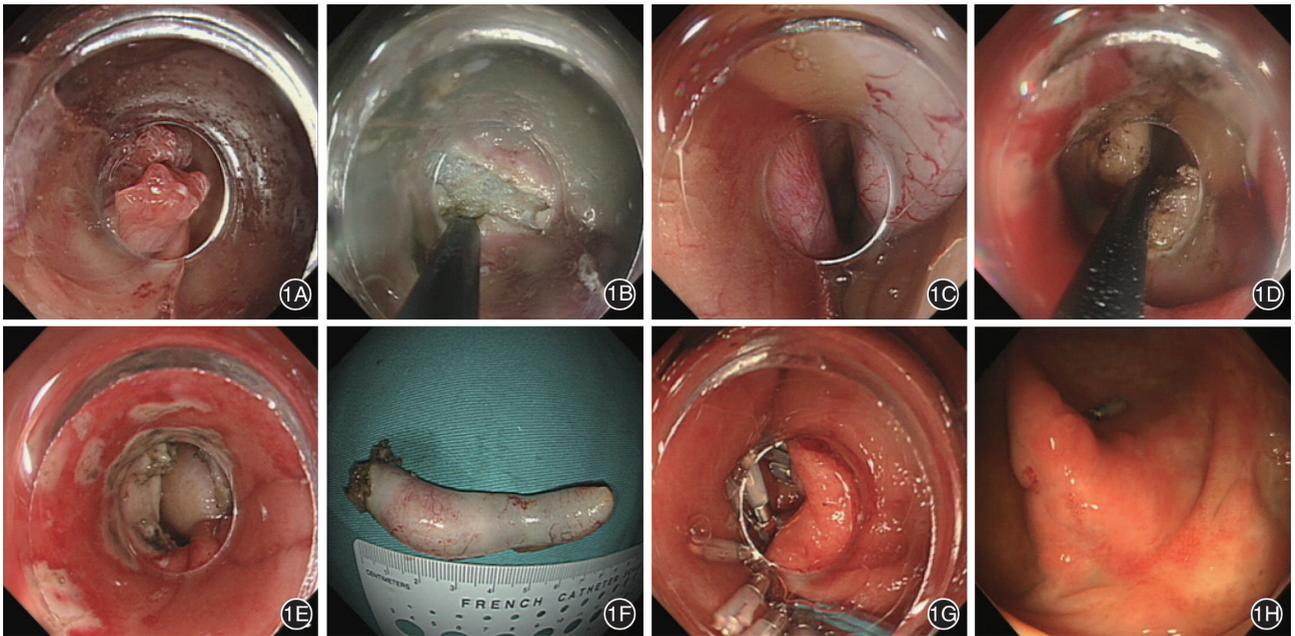


图1 内镜下阑尾腺瘤及阑尾切除过程 1A:内镜下阑尾窝见一腺瘤样赘生物;1B:行内镜黏膜下剥离术切除阑尾窝腺瘤;1C:进入腹腔完整暴露阑尾组织;1D:分离阑尾系膜;1E:完整切除阑尾后回盲部缺损处;1F:切除的阑尾标本;1G:荷包缝合法封闭创面;1H:4个月后复查肠镜见陈旧性手术疤痕

仅部分表现为急性或慢性阑尾炎的症状和体征<sup>[2]</sup>;体积较大的阑尾肿瘤多表现为右下腹包块,部分可伴有肠梗阻表现。常见的阑尾肿瘤有类癌、腺瘤、腺癌、黏液性囊腺瘤和黏液性囊腺癌等,其中以类癌最常见<sup>[3-4]</sup>。阑尾腺瘤较少见,其病理学特征为腺体不典型增生,可分为管状、绒毛状、管状绒毛状及锯齿状腺瘤,其中以管状腺瘤最常见,其次为绒毛状腺瘤,管状绒毛状及锯齿状腺瘤最少见。阑尾腺瘤为重要的癌前病变,其中绒毛状腺瘤恶变率高,有发展为腺癌的可能<sup>[5]</sup>,一旦诊断明确,往往需外科手术干预。如术中或术后病理提示腺瘤,仅手术切除即可;如病理提示腺癌,可能需扩大手术或追加手术,术后仍需放疗化疗治疗等。

本例患者为外科术后复查肠镜发现阑尾肿瘤,肠镜病理提示管状腺瘤伴腺上皮低级别上皮内瘤变,曾行两次ESD,术后复查肠镜病变复发。患方拒绝外科手术,结合术前相关检查,病变局限无周围组织累及,故首次尝试内镜下阑尾腺瘤及阑尾切除术。术中采用乳头切开刀沿病变周围切割并充分剥离病灶黏膜侧,进腹腔后沿阑尾系膜充分剥离阑尾,并于多枚钛夹联合尼龙绳封闭创面。术后恢复良好,病理示绒毛状腺瘤伴腺上皮低级别上皮内瘤变,已基本累及阑尾近根部1/3处。病变不局限于阑尾窝,累及部分阑尾,这也很好地解释了患者之前有两次ESD却复发的可能。

阑尾肿瘤内镜下切除相对于外科手术具有内切口、手术创伤小、恢复快等特点,但有腹腔感染、手术操作难度大等风险,需要内镜医师有熟练的操作技术及丰富的临床经验,合理地选择相关内镜器械,并注意操作技巧。本病例采用ESD

行阑尾腺瘤切除,术后患者无腹腔感染,恢复良好,这为阑尾肿瘤的治疗提供了新的方法。

#### 参考文献

- [1] Carr NJ, Cecil TD, Mohamed F, et al. A consensus for classification and pathologic reporting of pseudomyxoma peritonei and associated appendiceal neoplasia: the results of the Peritoneal Surface Oncology Group International (PSOGI) modified delphi process[J]. *Am J Surg Pathol*, 2016, 40(1): 14-26. DOI: 10.1097/PAS.0000000000000535.
- [2] Regeti K, Jehangir W, Zafar S, et al. Mixed adenocarcinoid tumor presenting as acute appendicitis[J]. *Gastroenterology Res*, 2016, 9(1): 22-25. DOI: 10.14740/gr692e.
- [3] Shankar S, Ledakis P, El HH, et al. Neoplasms of the appendix: current treatment guidelines[J]. *Hematol Oncol Clin North Am*, 2012, 26(6): 1261-1290. DOI: 10.1016/j.hoc.2012.08.010.
- [4] 匡丽, 赵志峰, 麻树人, 等. 阑尾黏液囊肿的肠镜及超声内镜诊断[J]. *中华消化内镜杂志*, 2015, 32(12): 813-816. DOI: 10.3760/cma.j.issn.1007-5232.2015.12.008.
- [5] Yang HM, Mitchell JM, Sepulveda JL, et al. Molecular and histologic considerations in the assessment of serrated polyps[J]. *Arch Pathol Lab Med*, 2015, 139(6): 730-741. DOI: 10.5858/arpa.2014-0424-RA.

(收稿日期:2017-10-04)

(本文编辑:朱悦)