

中华医学会系列杂志

ISSN 1007-5232

CN 32-1463/R

中华消化内镜杂志®

ZHONGHUA XIAOHUA NEIJING ZAZHI

2023年6月 第40卷 第6期

CHINESE JOURNAL OF DIGESTIVE ENDOSCOPY

Volume 40 Number 6
June 2023



中华医学会

CHINESE
MEDICAL
ASSOCIATION

ISSN 1007-5232



FUJIFILM

清晰诊疗 健康相伴

广告

New Generation Endoscope System

NEW

ELUXEO 7000

新一代内窥镜系统



LCI: 联动成像技术
BLI: 蓝光成像技术

新定义
新选择

NEW DEFINITION NEW CHOICE



沪械广审(文)第231206-44262号

富士胶片株式会社

FUJIFILM Corporation

东京都港区西麻布二丁目26番30号

富士胶片(中国)投资有限公司

FUJIFILM (China) Investment Co., Ltd.

上海市浦东新区平家桥路100弄6号晶耀前滩T7, 6楼

Tel: 021-5010 6000 Fax: 021-5010 6700

⚠ 禁忌内容或注意事项详见说明书。

ELUXEO7000为VP-7000与BL-7000的统称

VP-7000: 电子图像处理器 国械注进 20172062462

BL-7000: 医用内窥镜用冷光源 国械注进20182060487

商标 FUJIFILM 和产品标识均为日本富士胶片株式会社持有。

中华消化内镜杂志[®]

CHINESE JOURNAL OF DIGESTIVE ENDOSCOPY

月刊 1996年8月改刊 第40卷 第6期 2023年6月20日出版



微信: xhnjsw



新浪微博

主 管

中国科学技术协会

主 办

中华医学会

100710,北京市东四西大街42号

编 辑

中华消化内镜杂志编辑委员会

210003,南京市紫竹林3号

电话: (025)83472831, 83478997

传真: (025)83472821

Email: xhnj@xhnj.com

http://www.zhxnjzz.com

http://www.medjournals.cn

总编辑

张澍田

编辑部主任

唐涌进

出 版

《中华医学杂志》社有限责任公司

100710,北京市东四西大街42号

电话(传真): (010)51322059

Email: office@cmaph.org

广告发布登记号

广登32010000093号

印 刷

江苏省地质测绘院

发 行

范围: 公开

国内: 南京报刊发行局

国外: 中国国际图书贸易集团

有限公司

(北京399信箱, 100044)

代号 M4676

订 购

全国各地邮政局

邮发代号 28-105

邮 购

中华消化内镜杂志编辑部

210003, 南京市紫竹林3号

电话: (025)83472831

Email: xhnj@xhnj.com

定 价

每期25.00元, 全年300.00元

中国标准连续出版物号

ISSN 1007-5232

CN 32-1463/R

2023年版版权归中华医学会所有

未经授权, 不得转载、摘编本刊文章, 不得使用本刊的版式设计

除非特别声明, 本刊刊出的所有文章不代表中华医学会和本刊编委会的观点

本刊如有印装质量问题, 请向本刊编辑部调换

目 次

共识与指南

结肠镜检查肠道准备专家共识意见(2023, 广州) 421

中华医学会消化内镜学分会结直肠学组

论 著

深在性囊性胃炎及并发肿瘤性病变的初步临床诊治特点 431

刘茉 程芮 刘思茂 周巧直 周艳华 宗晔 岳冰 李鹏

张澍田

内镜黏膜下剥离术与外科手术治疗残胃异时性早期癌的

临床效益对比 437

项英 郑畅 刘金燕 丁希伟 吕瑛 王雷 徐桂芳

内镜及黏膜组织学检查在婴儿消化道疾病中的诊疗价值 444

廖伟伟 钟雪梅 马昕 宫幼喆 宁慧娟 张艳玲 邹继珍

累及不同肠段的克罗恩病患者实验室指标、临床疾病活动度

与内镜评估结果间的相关性研究 449

王馨怡 谭燕 丁锋 方亮 吴继雄 陈敏 黄梅芳 肖军

叶梅 张亚飞 赵秋

胆胰管成像系统辅助内镜逆行阑尾炎治疗术在儿童急性阑尾炎

中的价值(含视频) 456

葛库库 孙丽娜 张含花 任晓侠 杨洪彬 刘欢宇 周平红 方莹

云南省县域医院消化内镜诊疗现状调查及建议 461

王敬斋 王金丽 张昱 郭强 唐晓丹

一氧化氮缓释二氧化硅纳米颗粒对内镜生物膜的清除效果及其

临床应用评价 467

徐海丽 蔡振寨 杨锦红 包其郁 林李森

肠内延伸型胆管支架置入前后实验猪胆道菌群多样性分析 472

徐晓芬 程卓 闫秀娥 常虹 张耀朋 郑炜 刘文正 王迎春

张阔 黄永辉

短篇论著

- 内镜经黏膜下隧道肿瘤切除术治疗上消化道多发黏膜下肿瘤的疗效及安全性评价 478
王国祥 余光 项艳丽 汤斌斌 莫霏霏 徐美东

病例报道

- 超声内镜引导下细针穿刺活检术诊断腹膜后神经鞘瘤 1 例(含视频) 482
周春华 张贤达 张本炎 高丽丽 张玲 张敏敏 王东 邹多武
内镜下荷包缝合法治疗内镜黏膜下剥离术后结肠迟发性穿孔 2 例 484
周影 刘靖正 林东 姜琦 陈百胜 李娜珊 周平红
内镜黏膜下挖除术治疗直肠子宫内膜异位症 1 例 487
刘靛 代楠 焦文云 张婧文 郭长青 曹新广
内镜黏膜下剥离术治疗下咽部巨大纤维血管性息肉 1 例 489
陈肖霖 赵巧素 邓茜 许丰

综 述

- 结直肠锯齿状病变的研究进展 491
孙文琦 陈敏 邹晓平 王雷
胃黏膜癌前状态及癌前病变的内镜下随访策略 497
董泽华 许祐铭 吴志丰 吴练练 李佳 于红刚
胆囊息肉的保胆微创治疗方法与展望 501
刘浩然 孙家宁 徐林宁 许青芄 薛沁菲 马亦凡 史冬涛 李锐

读者·作者·编者

- 中华医学会系列杂志论文作者署名规范 430
《中华消化内镜杂志》2023 年可直接使用英文缩写的常用词汇 443
插页目次 481

本刊稿约见第 40 卷第 1 期第 82 页

本期责任编辑 周昊

本刊编辑部工作人员联系方式

唐涌进, Email: tang@xhnj.com

周 昊, Email: zhou@xhnj.com

顾文景, Email: gwj@xhnj.com

朱 悦, Email: zhuyue@xhnj.com

钱 程, Email: qian@xhnj.com

许文立, Email: xwl@xhnj.com

本刊投稿方式

登录《中华消化内镜杂志》官方网站 <http://www.zhxxhnjzz.com> 进行在线投稿。



唐涌进



周 昊



顾文景



朱 悦



钱 程



许文立

(扫码添加编辑企业微信)

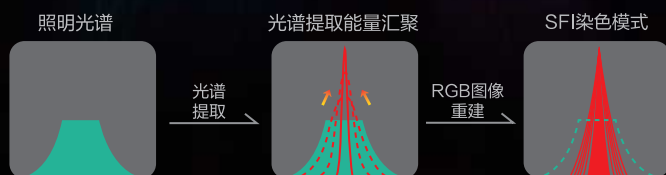
SonoScape 开立

广告



多光谱技术 聚谱成像

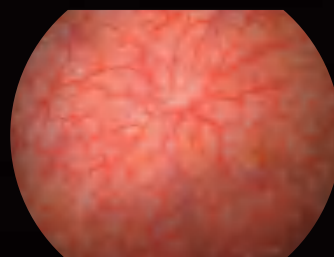
VLS-55系列四波长LED光源，助力消化道早期疾病诊断



白光图像



白光图像



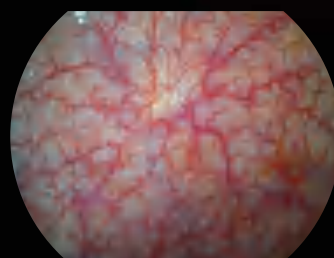
白光图像



SFI图像



SFI图像



SFI图像

深圳开立生物医疗科技股份有限公司
SONOSCAPE MEDICAL CORP.
地址：深圳市南山区科技中二路深圳软件园二期12栋2楼
电话：86-755-26722890

网站：www.sonoscape.com
邮箱：sonoscape@sonoscape.net
禁忌内容或者注意事项详见说明书
粤械广审（文）第231218-06842号

注册证编号
医用内窥镜图像处理器 粤械注准20182061081
医用内窥镜冷光源 粤械注准20192061100
电子上消化道内窥镜 国械注准20193060037
电子下消化道内窥镜 国械注准20193060046

·论著·

深在性囊性胃炎及并发肿瘤性病变的初步临床诊治特点

刘茉¹ 程芮¹ 刘思茂¹ 周巧直¹ 周艳华¹ 宗晔¹ 岳冰² 李鹏¹ 张澍田¹¹首都医科大学附属北京友谊医院消化分中心, 北京 100050; ²首都医科大学附属北京友谊医院病理科, 北京 100050

通信作者: 李鹏, Email: lipeng@ccmu.edu.cn

【摘要】 目的 探讨深在性囊性胃炎(gastritis cystica profunda, GCP)及合并肿瘤性病变的临床特点、白光内镜和超声内镜下特征性表现及治疗情况。**方法** 回顾性收集首都医科大学附属北京友谊医院消化分中心 2015 年 1 月—2021 年 2 月经内镜或手术治疗后病理确诊为 GCP 的 35 例(合并肿瘤性病变 27 例)患者临床资料,总结 GCP 的人群构成、临床表现、内镜下特征、治疗方法、病理结果等情况。**结果** 纳入的 35 例 GCP 患者,年龄(68.26±8.08)岁,男性多见(80.00%, 28/35),最常见症状为上腹部疼痛,占 31.43%(11/35),无症状占 25.71%(9/35),其他症状包括反酸烧心、腹胀、贫血、进食哽咽感等。GCP 好发部位为贲门(51.43%, 18/35),在内镜检查时主要表现为黏膜平坦型病变(68.57%, 24/35),以 0-II a 及 0-II a+II c 型病灶为主,占 66.67%(16/24),其次为息肉样隆起(20.00%, 7/35)。术前 15 例行超声内镜检查,主要表现为均匀低回声伴或不伴囊性回声(73.33%, 11/15)。纳入的 GCP 病例中行内镜下手术治疗 33 例,外科手术 2 例,治疗过程均顺利完成,其中内镜治疗病灶均整块切除,平均内镜手术时间 86.13 min。1 例患者行内镜黏膜下剥离术后出现迟发性出血。术后病理显示 GCP 并发肿瘤性病变比例为 77.14%(27/35),GCP 合并早期胃癌及癌前病变比例为 68.57%(24/35),其中 23 例为 R0 切除,另 1 例基底切缘未净并脉管侵犯,术后 5 个月原位复发,追加外科手术,内镜完整切除率达 95.83%(23/24)。**结论** GCP 好发于中老年男性,好发于贲门,内镜主要表现为黏膜平坦型病变及息肉样改变,术前超声内镜对发现 GCP 有较高的诊断价值,内镜下治疗 GCP 是安全、有效的微创治疗方式。

【关键词】 胃炎; 深在性囊性胃炎; 早期胃癌; 超声内镜; 内镜下切除**基金项目:**国家重点研发计划(2016YFC1303202);北京市医院管理局消化内科学科协同发展中中心特色项目(XXT02)

Characteristics of preliminary clinical diagnosis and treatment for gastritis cystica profunda accompanied with neoplastic lesions

Liu Mo¹, Cheng Rui¹, Liu Simao¹, Zhou Qiaozhi¹, Zhou Yanhua¹, Zong Ye¹, Yue Bing², Li Peng¹, Zhang Shutian¹¹Department of Gastroenterology, Beijing Friendship Hospital, Capital Medical University, Beijing 100050, China; ²Department of Pathology, Beijing Friendship Hospital, Capital Medical University, Beijing 100050, China

Corresponding author: Li Peng, Email: lipeng@ccmu.edu.cn

【Abstract】 Objective To investigate the clinical features, characteristics under white-light endoscopy and endoscopic ultrasonography, and treatment strategies of gastritis cystica profunda (GCP) accompanied with or without neoplastic lesions. **Methods** Clinical data of 35 patients, who were pathologically diagnosed as having GCP after endoscopic or surgical resection in Beijing Friendship

DOI: 10.3760/cma.j.cn321463-20221122-00486

收稿日期 2022-11-22 本文编辑 朱悦

引用本文:刘茉,程芮,刘思茂,等.深在性囊性胃炎及并发肿瘤性病变的初步临床诊治特点[J].中华消化内镜杂志,2023,40(6):431-436. DOI: 10.3760/cma.j.cn321463-20221122-00486.



Hospital, Capital Medical University from January 2015 to February 2021, were retrospectively collected, including 27 patients with neoplastic lesions. The demographic information, clinical manifestations, endoscopic features, treatment methods, and pathological results of GCP were summarized. **Results** Thirty-five patients with GCP were 68.26 ± 8.08 years old, and mostly male (80.00%, 28/35). The most common symptom was upper abdominal pain, accounting for 31.43% (11/35), and 25.71% (9/35) had no symptoms. Other symptoms included acid reflux, heartburn, abdominal distension, anemia, and choking sensation after eating. The most common site of GCP was cardia (51.43%, 18/35), and the main endoscopic manifestations of GCP were flat mucosal lesions (68.57%, 24/35), mainly 0-II a and 0-II c type lesions, accounting for 66.67% (16/24). The second common endoscopic manifestation was polypoid eminence (20.00%, 7/35). Endoscopic ultrasonography was performed in 15 patients, with main manifestations of uniform hypoechoic with or without cystic echo (73.33%, 11/15). Among the GCP cases, 33 patients received endoscopic resection, and 2 received surgical treatment. The treatment processes were all successfully completed, and en-bloc resection was accomplished for all lesions receiving endoscopy, with the mean endoscopic operation time of 86.13 min. One patient suffered postoperative delayed bleeding after ESD which was stopped by endoscopic hemostasis. Final pathological results showed that the proportion of GCP complicated with neoplastic lesions was 77.14% (27/35), 68.57% (24/35) with early gastric cancer or precursor. Twenty-three cases achieved R0 resection. One case showed positive basal resection margin and vascular invasion, and recurrence happened in situ at the 5th month of follow-up, surgical resection was then performed. The endoscopic complete resection rate was 95.83% (23/24). **Conclusion** GCP usually occurs in middle-aged and elderly male, often located in cardia, manifested mainly as flat mucosal lesions and polypoid changes. Endoscopic ultrasonography shows a high diagnostic value for GCP, and endoscopic treatment is safe and effective minimally invasive treatment for GCP.

【Key words】 Gastritis; Gastritis cystica profunda; Early gastric cancer; Endoscopic ultrasonography; Endoscopic resection

Fund program: National Key Research and Development Program (2016YFC1303202); Special Program of Digestive Medical Coordinated Development Center of Beijing Hospitals Authority (XXT02)

深在性囊性胃炎(gastritis cystica profunda,GCP)是临床上较为少见的疾病,最早在1947年由Scott和Payne首次发现,1972年Littler详细描述病理特征,为胃黏膜腺体间质内结缔组织增生,伴胃体腺、幽门腺或化生性腺体不同程度囊性扩张,向黏膜深层及黏膜下生长,最初称为“囊性息肉状胃炎”(gastritis cysticapolyposa)^[1],1981年Franzin又将此类病变命名为“深在性囊性胃炎”^[2]。该病以往报道常发生于胃部术后,近年来发现相关性较小^[3-5],可能与胃黏膜损伤、缺血、慢性炎症、异物、幽门螺杆菌感染、EB病毒感染、胆汁或小肠液反流等有关^[5-7]。GCP无特异临床症状,目前尚无统一诊断标准,国内外部分病例报道发现常与肿瘤性病变伴发,可能存在恶性变潜能^[6-10],但仍存在争议。本研究总结我院收治的35例GCP患者的临床症状、内镜、病理形态特点,初步探讨其与早期胃癌的关系及诊治策略,以期提高对该病的诊疗水平。

资料与方法

一、研究对象

选择2015年1月—2021年2月在首都医科大学附属北京友谊医院消化分中心经内镜及外科手

术治疗后病理确诊为GCP的患者共35例,回顾性收集患者基本信息、临床症状、内镜下表现、超声内镜结果、病理结果、治疗方式及随访等资料,所有病例中24例术前行放大内镜窄带光成像(magnifying endoscopy with narrow band imaging, ME-NBI)检查,15例术前行超声内镜检查。

二、方法

1.设备及器械:日本Olympus电子胃镜(GIF-Q260J)、放大内镜(CIF-H260Z)、超声内镜(12~29.9 MHz)、透明帽(D-201-11804、D-201-13404)、注射针(NM-200L)、IT刀(KD-611L、KD-612L)、Dual刀(KD-650L)、圈套器(FD-210U 10/15/25)、止血夹(HX-110LR, 2.75 mm)、德国ERBE高频电刀系统(ICC 200D)。

2.内镜检查方法

所有患者行常规胃镜检查:白光观察,记录病灶部位、大体形态分型,病灶大小以术后病理测量结果为准。大体形态根据巴黎分型^[11]判断。

部分患者行放大内镜精查:术前20 min口服西甲硅油30 mL+碳酸氢钠1 g+链蛋白酶颗粒20 000单位,术前10 min含服利多卡因胶浆10 mL,操作时放大内镜镜头端均装有硅胶黑帽以便内镜在黏膜表面固

定观察,记录病灶边界、微腺管结构形态、微血管结构形态等情况,诊断采用VS分类系统^[12],将微腺管结构及微血管结构分类为规则、不规则及消失。微腺管结构缺失定义为微表面结构不可辨认甚至缺失,无血管区定义为放大内镜下观察不到血管结构。

部分患者行超声内镜检查:检查前常规利多卡因咽部麻醉以及祛泡等处理(方法同放大内镜检查),将超声探头贴近病灶进行扫查,记录病灶最大截面大小、回声特点、所在胃壁层次等。

3. 治疗方法

内镜黏膜下剥离术(endoscopic submucosal dissection, ESD)步骤:(1)使用氩离子凝固术(Argon plasma coagulation, APC)、Dual刀顶端在病灶边界外5 mm左右进行标记;(2)使用内镜注射针进行黏膜下层注射,注射溶液含亚甲蓝盐水混合液(8 mL)、玻璃酸钠注射液(2 mL);(3)沿病灶标记点外进行黏膜预切开;(4)直视下使用IT刀或Dual刀于病变下方对黏膜下层进行剥离;(5)病变切除后,根据创面情况使用APC、热活检钳凝固处理创面血管。

内镜黏膜切除术(endoscopic mucosal resection, EMR)步骤:(1)黏膜下注射评估抬举征同ESD;(2)使用高频电圈套器收紧部分病变并切除病灶;(3)创面处理同ESD。

外科手术:全麻插管下进行,根据病灶部位选择手术入路和手术方式,包括腹腔镜手术和开腹手术。

4. 术后治疗:术后予以质子泵抑制剂泮托拉唑(40 mg)或艾司奥美拉唑(40 mg),1天1次,静脉用药,3~7 d,恢复饮食后更换为口服用药8周。

5. 内镜切除术后标本处理及病理诊断:术后标本固定,由我院病理科医师独立进行诊断,并进行2次阅片,首先确定切缘,沿病灶边缘至标本外侧缘最短距离的连线开始切片,连续切片间隔20~30 mm,观察大体形态、大小、病理组织学分型、分化程度、脉管浸润、肿瘤浸润深度、水平基底切缘情况,以确定内镜下切除是否达到完全切除或者是否需要补充治疗。合并肿瘤性病变的内镜下术后标本应用以下标准评估^[11]:(1)整块切除:一次性完整大块切除;(2)完整切除:整块切除病变,确保基底切缘及侧切缘阴性,又称为R0切除;(3)治愈性切除:完整切除病灶,且肿瘤浸润深度不超过黏膜下层浅层(距黏膜肌层500 μm以内),无分化不良成分及无淋巴、血管浸润。

黏膜肌层及黏膜下层见囊性扩张腺管结构则诊断为GCP。GCP合并胃黏膜低级别异型增生、高级

别异型增生、癌变,则考虑为GCP合并肿瘤性病变,如合并腺癌,进一步将其分为分化型(中分化型腺癌、高分化型腺癌、乳头状腺癌),未分化型(低分化腺癌、印戒细胞癌、黏液腺癌),其他(神经内分泌肿瘤)。

结 果

一、基本情况

35例GCP患者中男28例、女7例,年龄(68.26±8.08)岁(54~83岁),既往2例因早期胃癌行ESD治疗,1例因胃溃疡行内镜下病灶切除治疗,2例因十二指肠球部溃疡穿孔行远端胃大部切除术。5例幽门螺杆菌阳性。临床症状表现为上腹部疼痛11例,反酸烧心8例,腹胀5例,贫血1例,进食哽咽感1例,无症状9例,详见表1。

表1 35例深在性囊性胃炎患者的一般临床资料

观察项目	结果
年龄(岁, $\bar{x} \pm s$)	68.26±8.08
性别[例(%)]	
男	28(80.00)
女	7(20.00)
临床症状[例(%)]	
上腹痛	11(31.43)
无症状	9(25.71)
反酸烧心	8(22.86)
腹胀	5(14.29)
贫血	1(2.86)
进食哽咽感	1(2.86)
病灶部位[例(%)]	
贲门	18(51.43)
胃体	7(20.00)
胃底	5(14.29)
胃窦	2(5.71)
术后吻合口	2(5.71)
胃角	1(2.86)

二、内镜特征

1. 普通白光内镜下表现:病灶发生部位为贲门18例、胃体7例、胃底5例、胃窦2例、胃角1例、术后吻合口部位2例。镜下表现为平坦型病变(0-II型)24例(白光内镜下可再分为0-II a型、0-II a+II c型各8例,0-II c型5例,0-II c+II a型3例),息肉样隆起型病变(0-I型)7例(白光内镜下可再分为0-I p型6例,0-I s型1例),胃黏膜下隆起2例,堤坝样溃疡2例。

2. 放大内镜下表现:24例病变术前放大内镜检查,其中术前活检病理提示高级别异型增生22例,另2例活检病理为慢性活动性炎症。放大内镜观察到24例病变均存在边界线,微表面结构规则2例,不

规则 22 例,其中伴局部消失 10 例;微表面血管规则 3 例,不规则 21 例,其中伴局部扩张增粗血管 1 例。

3. 超声内镜下表现:15 例行超声内镜检查,其中 4 例为均匀低回声改变,7 例为均匀低回声改变伴不同直径单发或多发囊性回声内部分隔改变,2 例为不均匀回声改变,1 例为无回声改变,1 例无阳性发现;15 例均无周边淋巴结异常发现。根据术前超声内镜表现,仅 5 例患者术前诊断为 GCP。

患者内镜下表现见图 1 及表 2。

三、治疗与转归

治疗方法中行内镜下手术治疗 33 例,外科手术 2 例,治疗过程均顺利完成,内镜手术平均手术时间 86.13 min, 外科手术平均手术时间 230 min。内镜治疗的 33 例患者中,行 ESD 28 例,EMR 5 例,病灶均整块切除,典型病例 ESD 操作见图 2 所示。1 例患者 ESD 术后第 8、16 天出现迟发

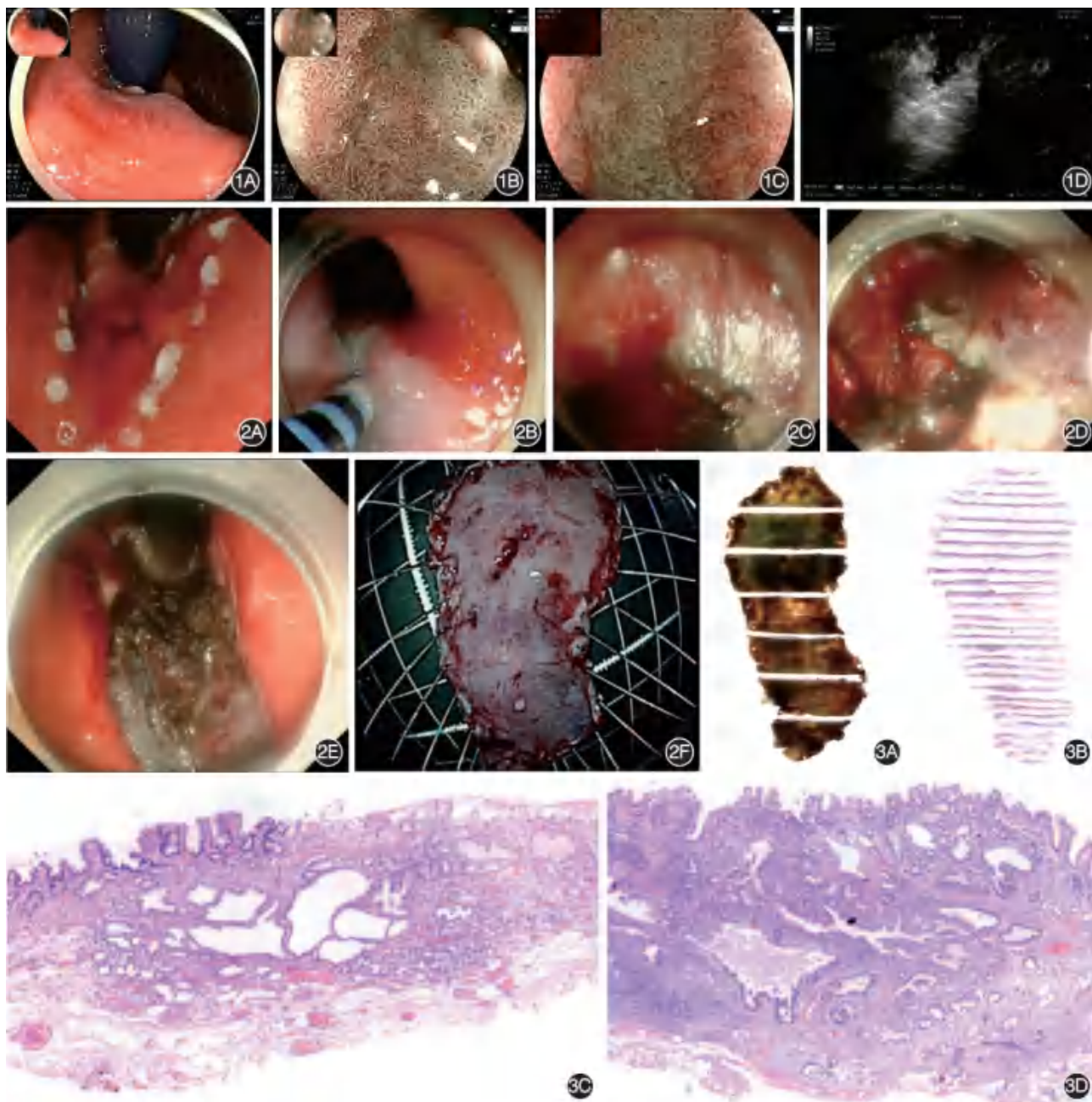


图 1 贲门部位深在性囊性胃炎合并早期胃癌内镜下表现 1A:白光内镜下表现为黏膜病变呈 II a+II c 型;1B、1C:放大内镜可见不规则微表面结构及微血管;1D:超声内镜下均匀低回声伴囊性回声 **图 2** 贲门部位深在性囊性胃炎合并早期胃癌患者行内镜黏膜下剥离术治疗 2A:病灶边缘标记;2B:黏膜下注射及环形切开;2C:剥离黏膜下层;2D:处理黏膜下层血管;2E:术后创面;2F:术后标本 **图 3** 深在性囊性胃炎合并早期胃癌病理 3A:切除病变的大体标本;3B:切除病变标本 HE 染色病理复原图;3C:黏膜肌层及黏膜下层见囊性扩张腺管结构,诊断为深在性囊性胃炎 HE $\times 50$;3D:深在性囊性胃炎合并中分化管状腺癌,可见癌瘤累及深部深在性囊性胃炎 HE $\times 50$

表 2 35 例深在性囊性胃炎患者的内镜下表现及治疗情况

观察指标	结果
白光内镜表现[例(%)]	
平坦型病变	24(68.57)
息肉样隆起	7(20.00)
黏膜下隆起	2(5.71)
堤坝样溃疡	2(5.71)
放大内镜下表现[例(%)] ^a	
边界线阳性	24(100.00)
不规则微表面结构	22(91.67)
不规则微表面血管	21(87.50)
超声内镜下表现[例(%)] ^b	
均匀低回声	4(26.67)
均匀低回声伴囊性回声	7(46.67)
不均匀回声	2(13.33)
无回声	1(6.67)
无阳性发现	1(6.67)
治疗方式[例(%)]	
内镜下切除	33(94.29)
外科手术	2(5.71)
治疗时间(min, 范围)	
内镜下切除	4~215
外科手术	190~270
合并肿瘤性病变[例(%)]	27(77.14)
合并早期胃癌及癌前病变[例(%)]	24(68.57)
内镜下整块切除	24(100.00)
内镜下 R0 切除	23(95.83)
内镜下切除术后并发症[例(%)]	
出血	1(2.86)
穿孔	0(0.00)
复发	1(2.86)

注:^a24 例病变术前放大内镜检查;^b15 例病变术前超声内镜检查;R0 切除指完整切除

性出血,遂再次行内镜下止血,包括凝血钳电凝、组织夹夹闭血管断端治疗,持续予以抑酸药物等治疗,后逐渐恢复饮食后顺利出院。所有患者经电话及内镜随访 24 个月,1 例内镜术后 5 个月复发,行胃大部切除术及周围淋巴结清扫术。患者治疗情况见表 2。

四、病理结果分析

35 例 GCP 患者中,合并肿瘤性病变 27 例,其中 1 例合并低级别异型增生,4 例合并高级别异型增生,11 例合并分化型黏膜内癌,7 例合并分化型黏膜下层浅层浸润癌,2 例合并分化型进展期腺癌,1 例合并神经内分泌肿瘤,1 例合并印戒细胞癌侵犯黏膜肌层,典型 GCP 合并早期胃癌病理结果可见图 3。病理学形态除 GCP 表现外,伴肠上皮化生 26 例,伴慢性萎缩性胃炎 25 例。GCP 合并肿瘤性病变患者,内镜下治疗术后病理显示,GCP 合并早期胃癌及癌前病变比例 68.57%(24/35),23 例为 R0 切除,1 例基底切缘未净,合并脉管侵犯,术后 5 个月于原位复发,后追加外科手术治疗。

讨 论

GCP 是指胃腺体向黏膜肌层以下生长,并可见腺体呈囊性扩张的良性疾病。目前病因尚不明确,可能与缺血、慢性炎症、异物、幽门螺杆菌感染、EB 病毒感染等因素引起的胃黏膜损伤相关,其中慢性炎症可发生于胃部术后,特别是吻合口部位^[5-7]。本研究中,5 例患者既往曾有内镜及外科手术史,其中 2 例 GCP 发生于术后吻合口部位。本研究中 GCP 以贲门位置发生最为多见,占 51.43%(18/35)。5 例患者存在幽门螺杆菌感染,25 例患者有慢性萎缩性胃炎。另外,本研究中 GCP 患者男女比例 4:1,年龄 54~83 岁,平均 68.26 岁,与既往报道的发病人群构成及年龄相近^[1-2,4-5]。

GCP 缺乏典型的临床症状,多在内镜检查及术后被发现^[13],本研究中最常见症状为上腹部疼痛,占 31.43%(11/35),其次为反酸烧心、腹胀、贫血、进食哽咽感等,无症状者占 25.71%(9/35)。GCP 在白光内镜下可观察到大体形态多为黏膜平坦型病变,占 68.57%(24/35),其中以 0-II a 及 0-II a+II c 型病灶为主,占 66.67%(16/24)。当 GCP 合并早期胃癌及癌前病变时,可在放大内镜下观察到病变区与周围正常黏膜存在分界线,并可观察到不规则的微表面结构及微血管。GCP 在内镜下也可表现为隆起型病变、黏膜下隆起等,需要与胃癌、间质瘤、淋巴瘤、增生性息肉等鉴别,本研究中 9 例内镜下为息肉样隆起及胃黏膜下隆起表现,2 例合并进展期胃癌,表现为堤坝样溃疡病变。

由于内镜下活检取材表浅,GCP 很难在常规胃镜下活检明确,本研究中均为术后病理明确。既往研究发现超声内镜对 GCP 术前诊断有帮助,可提高术前诊断率,超声内镜下可表现为无回声、伴小囊的低回声和伴黏膜增厚的不均匀回声^[13-14]。本研究中,超声内镜下,GCP 主要表现为 3 种回声模式,包括均匀低回声(73.33%,11/15),其中部分病例可同时观察到不同直径单发或多发囊性回声内部分隔改变(46.67%,7/15),另外观察到为不均匀回声改变(13.33%,2/15)及无回声改变(6.67%,1/15)。超声内镜可观察到病灶深部表现,在术前辅助诊断 GCP 中有一定价值,但明确诊断需要结合病理。本研究观察的病例中仅有部分观察到囊性回声改变,可能与对此病认识不够、经验缺乏有关,但因回顾性研究,缺失超声内镜动态影像资料,是否与超声内镜探头的不同频率有关需要进一步对比研究。

对于单纯性 GCP 病灶,目前缺乏长期随访数

据,有学者认为其可能为一种癌前疾病,与胃癌发生关系密切,发现后需考虑手术切除治疗^[6-10],但目前暂无明确共识及指南。本研究纳入 GCP 均为术后病理证实,初步数据显示难以在内镜下直接确诊 GCP。GCP 合并肿瘤性病变需积极治疗,可选择内镜下手术及外科手术治疗,对于内镜下评估及术前病理考虑为合并早期胃癌或癌前病变,可首选内镜下切除治疗,方式包括 ESD、EMR,具备创伤小、并发症少、术后恢复较快、未破坏胃部整体解剖结构等优势^[13-17],既往报道发现 ESD 治疗 GCP 的完整切除率可达 92%^[13],术后随访无严重并发症发生,随访未见复发,预后良好。由于患者个人因素无法进行内镜手术者,需要进行密切随访。

本研究纳入的 35 例病例采取的治疗方式包括内镜下切除术及外科手术,在 GCP 合并肿瘤性病变的 27 例病例中,合并早期胃癌及癌前病变者共 24 例,RO 切除 23 例,1 例显示基底切缘未净,合并脉管侵犯,术后 5 个月原位复发,追加外科手术治疗,完整切除率达 95.83%(23/24)。所有病例未发生穿孔、死亡等严重并发症,1 例患者 ESD 术后第 8、16 天出现迟发性出血,遂再次予内镜下止血治疗。

总之,GCP 在临床中较为少见,因缺乏典型临床症状、内镜下表现,术前诊断较困难,常常在内镜及外科术后经病理明确。内镜下形态表现以 0-II 型为主,对于发生于贲门部位的浅表隆起型病灶,需考虑本病存在。超声内镜对于病变辅助诊断有一定帮助,对于观察到黏膜下层均匀低回声伴有囊状结构改变时需高度怀疑 GCP 可能。GCP 合并早期胃癌及癌前病变可应用放大内镜观察病变表面微结构及微血管,判断病变范围,进一步可行内镜下切除治疗,具有安全、有效、创伤小等特点。本研究样本量较小、为单中心回顾性研究,需在未来进行更大规模的研究,积累更多 GCP 诊治经验,特别是术前诊断、内镜手术方式、术后病理评估。

利益冲突 所有作者声明不存在利益冲突

作者贡献声明 刘荣、程芮、刘思茂:撰写文章、病例信息收集;周巧直、周艳华、宗晔:内镜图片整理、审阅;岳冰:病理诊断及病理信息收集;李鹏、张澍田:文章指导及修改

参 考 文 献

- [1] Littler ER, Gleibermann E. Gastritis cystica polyposa. Gastric mucosal prolapse at gastroenterostomy site, with cystic and infiltrative epithelial hyperplasia[J]. Cancer, 1972, 29(1): 205-209. DOI: 10.1002/1097-0142(197201)29: 1<205::aid-cnrc2820290130>3.0.co;2-j.
- [2] Franzin G, Novelli P. Gastritis cystica profunda[J]. Histopathology, 1981, 5(5): 535-547. DOI: 10.1111/j.1365-2559.1981.tb01817.x.
- [3] Namikawa T, Kawanishi Y, Fujisawa K, et al. Gastric adenocarcinoma at the anastomotic site 50 years after gastrojejunostomy: a case report[J]. Mol Clin Oncol, 2017, 7(2): 249-251. DOI: 10.3892/mco.2017.1309.
- [4] Yu XF, Guo LW, Chen ST, et al. Gastritis cystica profunda in a previously unoperated stomach: a case report[J]. World J Gastroenterol, 2015, 21(12):3759-3762. DOI: 10.3748/wjg.v21.i12.3759.
- [5] Béchade D, Desramé J, Algayres JP. Gastritis cystica profunda in a patient with no history of gastric surgery[J]. Endoscopy, 2007, 39(Suppl 1):E80-81. DOI: 10.1055/s-2006-945070.
- [6] Mitomi H, Iwabuchi K, Amemiya A, et al. Immunohistochemical analysis of a case of gastritis cystica profunda associated with carcinoma development[J]. Scand J Gastroenterol, 1998, 33(11): 1226-1229. DOI: 10.1080/00365529850172610.
- [7] Song YL, Park JY, Kim YB, et al. A case of gastritis cystica profunda associated with high grade tubular adenoma[J]. Korean J Gastroenterol, 2004, 43(1):52-55.
- [8] 程南平, 刘端祺, 周兰. 深在性囊性胃炎与胃癌[J]. 国外医学肿瘤学分册, 1984, 11(1):12-15.
- [9] Laratta JL, Buhtoiarova TN, Sparber LS, et al. Gastritis cystica profunda: a rare gastric tumor masquerading as a malignancy [J]. Surg Sci, 2012, 3(3): 158-164. DOI: 10.4236/ss.2012.33031.
- [10] Kim JH, Jang SY, Hwang JA, et al. A ten-year follow-up of a case with gastric adenoma accompanied with gastritis cystica profunda treated by endoscopic submucosal dissection[J]. Korean J Gastroenterol, 2012, 59(5): 366-371. DOI: 10.4166/kjg.2012.59.5.366.
- [11] 国家消化系统疾病临床医学研究中心, 中华医学会消化内镜学分会, 中国医师协会消化医师分会. 胃内镜黏膜下剥离术围术期指南[J]. 中华消化内镜杂志, 2017, 34(12): 837-851. DOI: 10.3760/cma.j.issn.1007-5232.2017.12.001.
- [12] Yao K, Anagnostopoulos GK, Ragunath K. Magnifying endoscopy for diagnosing and delineating early gastric cancer [J]. Endoscopy, 2009, 41(5): 462-467. DOI: 10.1055/s-0029-1214594.
- [13] Xu G, Peng C, Li X, et al. Endoscopic resection of gastritis cystica profunda: preliminary experience with 34 patients from a single center in China[J]. Gastrointest Endosc, 2015, 81(6): 1493-1498. DOI: 10.1016/j.gie.2014.11.017.
- [14] 朱博群, 诸炎, 秦文政, 等. 深在性囊性胃炎内镜下的特征性表现及治疗策略:基于单中心的回顾性研究[J]. 中国临床医学, 2018, 25(2): 167-172. DOI: 10.12025/j.issn.1008-6358.2018.20170993.
- [15] 龚帅, 杨世英, 薛寒冰, 等. 深在性囊性胃炎 40 例临床诊治分析[J]. 中华消化内镜杂志, 2019, 36(7): 483-486. DOI: 10.3760/cma.j.issn.1007-5232.2019.07.005.
- [16] 邓万银, 林瀛, 何利平, 等. 深在性囊性胃炎合并早期胃癌的内镜诊治初步探讨[J]. 中华消化内镜杂志, 2015, 32(9): 591-594. DOI: 10.3760/cma.j.issn.1007-5232.2015.09.003.
- [17] 余洋, 赵春临, 常宁, 等. 深在性囊性胃炎的诊断与治疗[J]. 中国实用医刊, 2018, 45(10): 25-27. DOI: 10.3760/cma.j.issn.1674-4756.2018.10.008.

广告



一次性内窥镜超声吸引活检针
NA-U200H系列



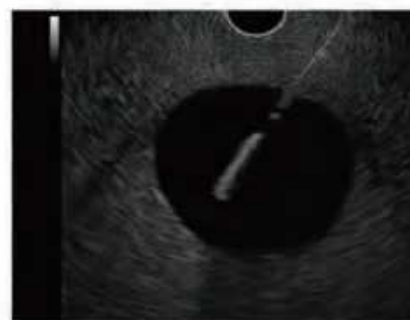
穿刺针不易变形

穿刺针采用了高弹性材质，具有出色的形状保持力。即使通过弯曲部后针也不易变形，耐久性强。



全角度顺畅插入

采用柔软的线圈型鞘管针，内镜位于最大弯曲角度时也可顺畅穿刺。易于位于胰头等困难部位病变的穿刺。



针尖可视性提升

通过增加针尖表面的半球形凹槽的密度，提高了穿刺针在超声图像下的可视性。

奥林巴斯(北京)销售服务有限公司

北京总部：
北京市朝阳区新源南路1-3号平安国际金融中心A座8层
代表电话：010-58199000

本资料仅供医学专业人士阅读。
禁忌内容或注意事项详见说明书。
所有类比均基于本公司产品，特此说明。
规格、设计及附件如有变更，请以产品注册信息为准。
一次性内窥镜超声吸引活检针 国械注进20202020038
沪械广审(文)第250116-02511号

OLYMPUS

GE090SV V01-2007

ISSN 1007-5232

CN 32-1463/R

邮发代号：28-105

国内定价：25.00 元