

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



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)

·病例报道·

内镜黏膜下剥离术治疗下咽部巨大纤维血管性息肉 1 例

陈肖霖¹ 赵巧素¹ 邓茜² 许丰¹¹宁波大学附属李惠利医院消化内科, 宁波 315040; ²宁波市临床病理诊断中心, 宁波 315020

通信作者: 许丰, Email: xufengxh19@163.com

【提要】 咽部和食管纤维血管性息肉是在临床上很少见的病变, 其治疗从外科手术逐步发展为内镜下微创治疗。本文报道了 1 例长约 22 cm 的下咽部巨大纤维血管性息肉, 行内镜黏膜下剥离术治疗, 瘤体切除完整, 患者预后良好。

【关键词】 息肉; 纤维血管性息肉; 咽部; 内镜黏膜下剥离术

Endoscopic submucosal dissection for the treatment of giant fibrovascular polyp of hypopharynx: a case report

Chen Xiaolin¹, Zhao Qiaosu¹, Deng Qian², Xu Feng¹¹Department of Gastroenterology, Lihuli Hospital Affiliated to Ningbo University, Ningbo 315040, China;²Ningbo Clinical Pathology Diagnostic Center, Ningbo 315020, China

Corresponding author: Xu Feng, Email: xufengxh19@163.com

患者男, 69 岁, 因“直肠癌”在我院肛肠外科行“腹腔镜下直肠癌根治术”, 术后恢复期呕吐出一条细长的光滑肿物, 悬在口角处(图 1)。追问病史, 患者诉咽喉不适、有异物感数年, 无咽痛、咯血、呕血, 无声音嘶哑、气急、反酸等不适, 一直未予重视。胸部平扫 CT 检查提示食管内占位(图 2)。胃镜检查提示咽后壁见一巨大黏膜下肿物, 有粗蒂, 病灶粗 2.5 cm, 长 10 cm 以上, 并见黏膜下伴随一粗大静脉, 食管未见明显异常, 考虑下咽部肿瘤(图 3)。经多学科会诊综合评估后, 予内镜黏膜下剥离术(endoscopic submucosal dissection, ESD)治疗(图 4)。进镜至十二指肠降部后退镜观察, 下咽部左侧梨状窝附近可见一条状隆起病灶, 表面光滑, 予黏膜内注射 1:10 000 肾上腺素+靛胭脂+生理盐水混合液, 可见局部黏膜隆起, 再以钩刀切开黏膜, 随后钩刀和 IT 刀沿黏膜下分离病灶, 完整剥离, 术毕创面予热活检钳处理, 观察数分钟创面未见明显出血后结束操作。切除标本大小 22 cm×2 cm(图 5), 术后病理提示间叶源性肿瘤。免疫组化结果: CD34(+)血管, CD117(+)肥大细胞, Desmin(-), Dog-1(-), S-100(-), Ki-67(<5%), Vimentin(+), SMA(+)部分, SOX-10(-), MDM2(+), B-catenin(-)。结合免疫组化结果, 考虑良性纤维血管性息肉(图 6)。ESD 术中和术后均无严重并发症发生, 患者术后第 2 天开始进食流质, 进食后无明显不适, 于术后第 5 天出院。

讨论 纤维血管性息肉, 也被报道为纤维脂肪瘤、血管脂肪瘤, 通常发生在颈段食管, 也可见于咽部^[1]。食管纤维血管性息肉表现为管腔内肿块, 形态各异, 主要呈长条形状, 表面覆盖正常食管黏膜组织, 其蒂通常有血管分布, 可在食管腔内移动, 并可伸入胃内^[1-3]。绝大部分食管纤维血管性息肉通常起源于环咽肌上、食管入口之上的 Killian 三角以及环咽肌以下、食管入口之下的 Laimer 三角, 而这两处的肌肉相对薄弱^[4]。据推测, 由于黏膜下层松弛和食管蠕动的持久牵引作用, 起源于环咽部附近的颈部食管的纤维血管性息肉往往会逐渐变长, 并随着时间的推移逐渐增大^[1,5]。但 Gupta 等^[6]认为小部分食管纤维血管性息肉不能用以上理论来解释。因此, 食管纤维血管性息肉的发病机制还在探究之中。纤维血管性息肉不太可能发生恶变^[7], 但有报道起源于黏膜层的食管息肉发生了表面癌变^[8]。

食管纤维血管性息肉患者早期通常无明显症状, 症状出现时息肉往往已经很大, 最大可达 26 cm^[3]。由于食管纤维血管性息肉的形态特征, 患者可有一些特殊的临床表现, 如息肉样物反流、吞咽后缓解等。通过回顾文献, Ferrari 等^[1]发现食管纤维血管性息肉患者就诊时最常见的症状是吞咽困难, 其次是息肉样物反流和异物感, 部分患者也会有体重减轻、胸痛、贫血、咳嗽、窒息等表现。贫血表现主要是由于长纤维血管息肉(>15 cm)尖端溃疡引起的隐匿性出

DOI: 10.3760/cma.j.cn321463-20220515-00266

收稿日期 2022-05-15 本文编辑 顾文景

引用本文: 陈肖霖, 赵巧素, 邓茜, 等. 内镜黏膜下剥离术治疗下咽部巨大纤维血管性息肉 1 例[J]. 中华消化内镜杂志, 2023, 40(6): 489-490. DOI: 10.3760/cma.j.cn321463-20220515-00266.



血^[5,7]。虽然出血、息肉反流误吸在临床上较为少见,但会对患者造成严重危害。目前已有 7 例患者因息肉反流误吸而死亡的报道^[1]。本例患者的息肉呈长条状,起源于咽后壁,粗蒂,黏膜下伴有粗大静脉,因重力作用而下垂于食管腔内,故而患者前期仅有咽喉不适、有异物感,且症状并不明显,未引起患者的重视,直到后来患者因呕吐致肿物外露口腔外,该息肉才被发现,还没有发生较为危险的并发症。

食管纤维血管性息肉在临床上很少见,诊断较为困难。补充检查在确定病变的性质和起源方面起着重要作用。胸部 X 线片和上消化道钡剂造影检查可作初步筛查^[1,7]。颈胸 CT、MRI 可提供肿块的信号特征、与周围器官组织的关系、营养血管等信息,对临床治疗具有重要指导作用^[1-2,7]。PET-CT 不仅可以提供了上述信息,还能提供息肉内不同位置的额外 FDG 值,进一步帮助确定了病变的良恶性性质^[7]。胃镜和超声内镜检查对食管纤维血管性息肉的诊断和鉴别诊断很重要。胃镜能更准确地描述病变的位置、大小和表面,相较于影像学检测更为直观。内镜下食管纤维血管性息肉通常表现为相对较大的腔内肿块,可移动并覆盖正常的食管黏膜^[7]。然而,这些息肉有时会在正常黏膜覆盖其表面时逃过诊断,并因不易发现蒂而被误诊为恶性肿瘤^[1,7]。超声内镜检查不仅可以了解息肉的起源位置、大小和血管分布,还可通过细针穿刺提高活检阳性率^[2]。组织病理学是诊断金标准,纤维血管息肉的主体由纤维组织、脂肪组织和血管组织组成,上面覆盖着鳞状上皮^[7]。

完整的手术切除是治疗食管纤维血管性息肉的最好方法。巨大纤维血管息肉被定义为最大直径>5 cm 的息肉,其治疗方式主要是外科开放性切除术、经胸腔镜切除术^[1]。近年来,随着内镜技术的发展,ESD 正逐步成为一种最新的有效治疗手段,它已被证明是一种安全治疗巨大纤维血管息肉的方法^[1-2,7],并且创伤小、术后恢复快。尽管如此,过往十年中,国内外关于 ESD 应用于下咽部巨大粗蒂纤维血管息肉治疗的报道并不多,其主要原因是下咽部解剖位置狭小,并有环状软骨、咽后壁等结构的阻挡,使得 ESD 的操作难度大大提高。既往有报道 ESD 治疗常需要借助支撑喉镜的暴露^[9],而本例患者没有借助支撑喉镜的暴露,顺利完成了粗蒂巨大息肉的完整切除,大小约 22 cm×2 cm。巨大

纤维血管息肉的基底部可能有丰富的血供,切除基底部时需尽量减少出血。若早期止血不利,焦痂形成,视野受限,而下咽部的手术视野本就狭小,使得手术时间延长甚至手术失败。该息肉的粗蒂部黏膜下伴随有一条粗大静脉,使得本病例的手术难度再次提高,故而在切除病灶时需十分小心。

利益冲突 所有作者声明不存在利益冲突

参 考 文 献

- [1] Ferrari D, Bernardi D, Siboni S, et al. Esophageal lipoma and liposarcoma: a systematic review[J]. World J Surg, 2021,45(1): 225-234. DOI: 10.1007/s00268-020-05789-4.
- [2] Acar N, Acar T, Cengiz F, et al. Endoscopic resection for giant oesophageal fibrovascular polyp[J]. Ann R Coll Surg Engl, 2020,102(4):e89-90. DOI: 10.1308/rcsann.2020.0008.
- [3] I H, Kim JS, Shim YM. Giant fibrovascular polyp of the hypopharynx: surgical treatment with the biapproach[J]. J Korean Med Sci, 2006, 21(4): 749-751. DOI: 10.3346/jkms.2006.21.4.749.
- [4] 姜维,王拥军. 食管纤维血管性息肉诊断及治疗研究进展[J]. 中华医学杂志, 2016, 96(42):3434-3436. DOI:10.3760/cma.j.issn.0376-2491.2016.42.019.
- [5] Lee SY, Chan WH, Sivanandan R, et al. Recurrent giant fibrovascular polyp of the esophagus[J]. World J Gastroenterol, 2009,15(29):3697-3700. DOI: 10.3748/wjg.15.3697.
- [6] Gupta M, Chaudhary N, Gupta M. Fibrovascular polyp of the oropharynx[J]. Singapore Med J, 2011,52(2):e35-36.
- [7] Nie D, Zong Y, Li J. Difficult endoscopic resection of a giant esophageal fibrovascular polyp: case report and literature review[J]. J Int Med Res, 2021, 49(8): 3000605211039801. DOI: 10.1177/03000605211039801.
- [8] Caceres M, Steeb G, Wilks SM, et al. Large pedunculated polyps originating in the esophagus and hypopharynx[J]. Ann Thorac Surg, 2006, 81(1): 393-396. DOI: 10.1016/j.athoracsur.2005.05.106.
- [9] Liang Z, Zang Y, Jing Z, et al. Hypopharyngeal spindle cell lipoma: a case report and review of literature[J]. Medicine (Baltimore), 2021, 100(18): e25782. DOI: 10.1097/MD.00000000000025782.

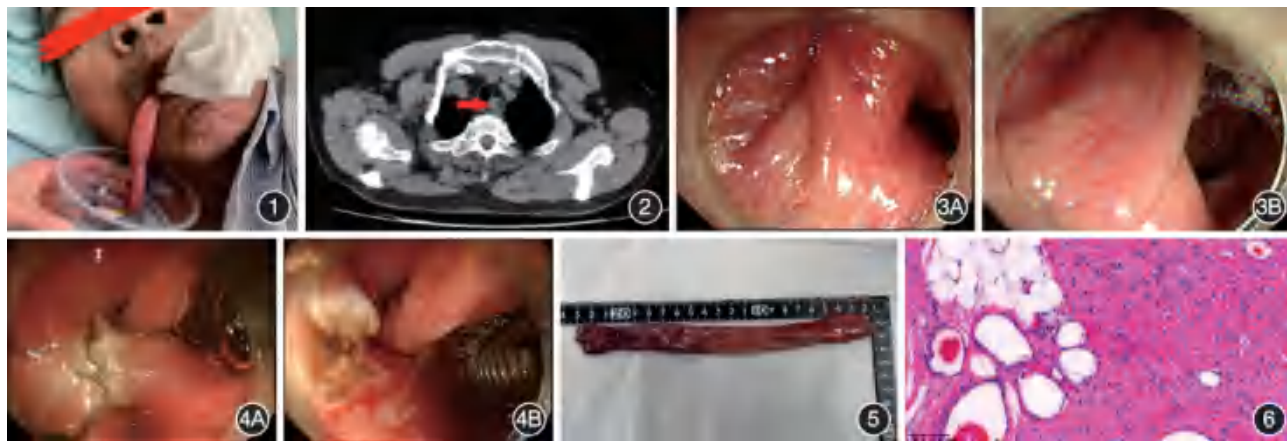


图1 患者术前表现,可见一条细长的光滑肿物悬于口角处 图2 胸部平扫CT提示食管内占位 图3 内镜检查所见 3A:内镜下可见肿物基底部;3B:内镜下可见肿物垂向食管腔内 图4 内镜黏膜下剥离术中操作 4A:钩刀切开黏膜;4B:黏膜下剥离病灶 图5 内镜黏膜下剥离术后标本 图6 内镜黏膜下剥离术后病理提示间叶源性肿瘤 HE ×20

PENTAX
MEDICAL



阔“视”界 大有可为

ELISU10

超声电子上消化道内窥镜：国械注进 20213060225
超声电子上消化道内窥镜：国械注进 20213060226
超声电子上消化道内窥镜：国械注进 20213060227
沪械广审（文）第 260623-25522 号
生产商：豪雅株式会社
生产商地址：东京都新宿区西新宿六丁目 10 番 1 号
禁忌内容或注意事项详见说明书

广告