《中华消化内镜杂志》校样

·病例报道·

阑尾粪石结肠镜下表现为盲肠黏膜下肿瘤1例

盈梅[1]　周平红[2]　李全林[3]
[1]山东第一医科大学第二附属医院，泰安 271000；[2]复旦大学附属中山医院内镜中心，上海 200032；[3]上海市内镜微创协同创新中心，上海 200032
通信作者：李全林，Email：li.quanlin@zs-hospital.sh.cn

【提要】 1例阑尾开口的黏膜下肿瘤患者，内镜黏膜下剥离术（endoscopic submucosal dissection，ESD）中证实为阑尾腔内粪石嵌顿，遂行阑尾壁内段切除并阑尾开口成形术。提示阑尾粪石嵌顿拟误诊为盲肠黏膜下肿瘤者，予内镜下阑尾壁内段切除并阑尾开口成形术可作为这类病变鉴别诊断和治疗手段。

【关键词】 粪便嵌塞；　阑尾；　内镜黏膜下剥离术；　盲肠黏膜下肿瘤

A case of appendiceal fecalith presenting as submucosal tumor of the cecum under colonoscopy

Ying Mei[1], Zhou Pinghong[2], Li Quanlin[3]
[1]Department of Gastroenterology The Second Affiliated Hospital of Shandong First Medical University, Tai'an 271000, China; [2]Endoscopy Center, Zhongshan Hospital, Fudan University, Shanghai 200032, China; [3]Shanghai Collaborative Innovation Center of Endoscopy, Shanghai 200032, China
Corresponding author: Li Quanlin, Email: li.quanlin@zs-hospital.sh.cn

患者女，39岁，因“查体行肠镜检查发现盲肠黏膜下隆起1月”来复旦大学附属中山医院就诊。患者无腹泻、便秘、便血、恶心呕吐、反酸烧心等症状，精神状态、食欲良好，体重无明显变化。肠镜检查见阑尾开口旁见一长径1.5 cm大小的隆起性病变，表面黏膜光滑，阑尾口处黏膜光滑，无充血、糜烂。超声肠镜检查于病灶处，探及一低回声占位，边界尚清，截面大小约1.2 mm×9.0 mm，来源于黏膜下层（图1）。遂诊断为盲肠黏膜下肿瘤（黏膜下层来源），考虑间质瘤可能，拟行内镜黏膜下剥离术（endoscopic submucosal dissection，ESD），以期切除肿瘤并明确病理。

术前签署手术知情同意书。术中探查见阑尾旁一长径1.5 cm大小隆起性病变，表面黏膜光滑（图2A）。ESD过程如下，（1）标记：肿块边缘予Dual刀进行标记（图2B）；（2）黏膜下注射：采用生理盐水+靛胭脂溶液进行黏膜下注射（图2C）；（3）预切开：Dual刀沿隆起边缘行环周预切开；（4）阑尾壁内段切除：沿隆起周边行黏膜下剥离，术中探查见阑尾壁内段，切开后可见粪石，考虑黏膜下肿物为阑尾腔内粪石嵌顿，遂采用圈套器切除阑尾壁内段及其内粪石（图2D、2E）；（5）阑尾开口成形术：热活检钳仔细处理创面裸露血管，沿阑尾开口残端周边依次夹闭创面，金属夹一侧位于阑尾腔内，另一侧位于阑尾开口周围盲肠肠壁（图2F、2G）。

手术过程顺利，手术用时约40 min，术中、术后无出血和穿孔，病变回收送病理检查。术后予禁食禁水、补液对症治疗。术后第2天患者无发热、腹痛等不适，顺利出院。术后病理诊断：（阑尾）黏膜慢性炎，伴固有层内淋巴滤泡形成。患者术后恢复可。

讨论　阑尾是盲肠内后壁附着的一段细长盲管，长5~8 cm，直径0.5~0.8 cm，其基底部在盲肠内后侧，回盲瓣下方约2.5 cm处。阑尾黏膜下肿瘤是较罕见的一类临床疾病，但种类较多，常见的有神经内分泌肿瘤、黏液囊肿、浆液性肿瘤、腺癌、脂肪瘤、平滑肌瘤、平滑肌肉瘤、间质瘤等，术前诊断有一定难度。对于无法除外恶性潜能等黏膜下肿瘤，ESD是符合适应证患者的有效手段。然而，阑尾黏膜下肿瘤行ESD手术，难度大，常见并发症有出血、穿孔、急性阑尾炎等。近年来，对于阑尾开口部位的病变，内镜下阑尾切除手术开展得越来越多，这类病变的传统手术方式为外科手术，主要有包括单纯的阑尾切除术、部分盲肠的阑尾切除术、回盲部切除术或右半结肠切除术等[1]。

DOI：10.3760/cma.j.cn321463-20241108-00303
收稿日期　2024-11-08　　**本文编辑**　周昊
引用本文：盈梅，周平红，李全林. 阑尾粪石结肠镜下表现为盲肠黏膜下肿瘤1例[J]. 中华消化内镜杂志，XXXX，XX(XX)：1-2. DOI：10.3760/cma.j.cn321463-20241108-00303.

《中华消化内镜杂志》校样

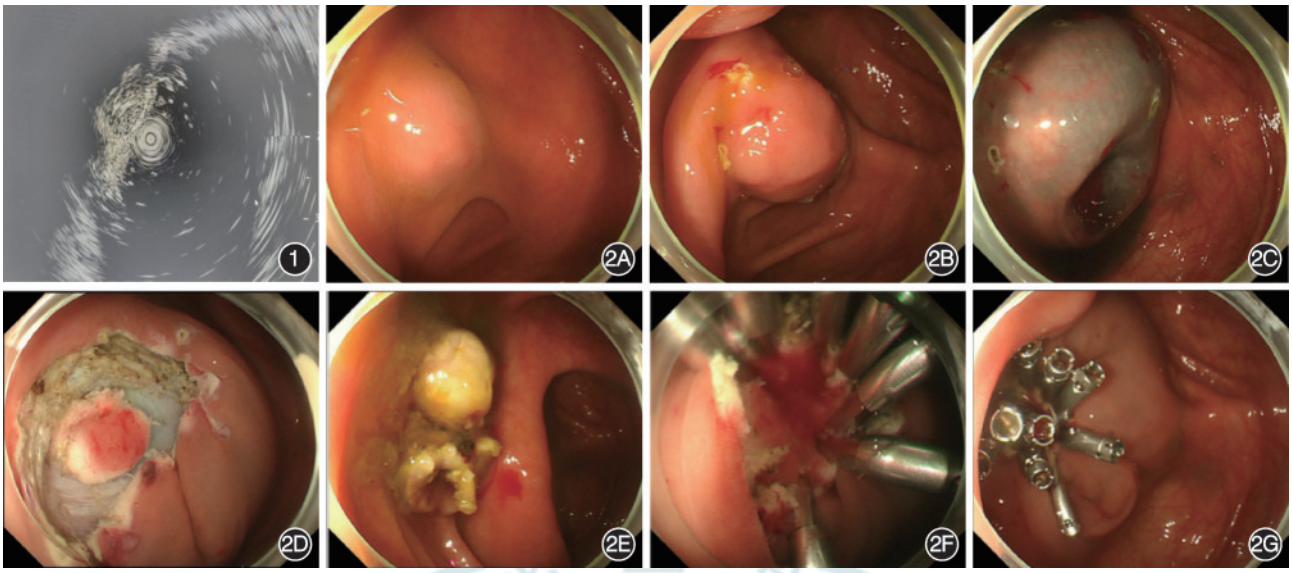

图 1　超声肠镜见一约 1.2 mm×9.0 mm 低回声占位，边界尚清，来源于黏膜下层　**图 2**　内镜下阑尾壁内段切除并阑尾开口成形术过程 2A：阑尾旁见一黏膜下隆起，表面黏膜光滑；2B：肿块边缘进行标记；2C：黏膜下注射，黏膜下病变不抬举，边缘切开后证实黏膜下肿物为阑尾腔内粪石嵌顿；2D、2E：圈套器切除阑尾壁内段及粪石；2F、2G：予阑尾残端周边沿阑尾开口的轴向走行进行阑尾开口成形

本文报道了 1 例阑尾壁内段阑尾粪石，表现为黏膜下肿瘤样病变的病例。考虑粪便进入阑尾管腔排空缓慢浓缩而成阑尾粪石，易导致阑尾腔梗阻并发阑尾炎。本病例存在阑尾粪石，并未出现梗阻性阑尾炎，因此结肠镜下所见阑尾开口处及周围黏膜光滑，无充血、水肿、糜烂、溃疡，亦无脓液渗出，盲肠肠壁内段阑尾管腔内的粪石内陷到邻近盲肠的黏膜下层，形成黏膜下肿瘤样病变[2]。

针对这一病例，我们进行了内镜下阑尾壁内段切除并阑尾开口成形术，既解决了阑尾粪石的问题，又保留了阑尾功能。为防止夹闭阑尾开口导致阑尾炎的发生，术后行阑尾开口成形术。此术式的灵感来源于十二指肠乳头切除术后壶腹部成形术[3-4]。操作的方法是自远端向近端应用可旋转组织夹夹闭创面直至阑尾开口，但避免夹闭阑尾开口。在操作过程中，沿阑尾开口的轴向走行对创面进行夹闭，维持原有轴向。同时注意夹闭不要过紧，需留有一定的空间，保证阑尾引流通畅。

利益冲突　所有作者声明不存在利益冲突

参　考　文　献

[1] 吕靖芳，汤庆超. 中国阑尾肿瘤多学科综合治疗专家共识(2021 版)[J]. 中华结直肠疾病电子杂志, 2021, 10(3): 225-231.

[2] Kimura T, Goi T, Kidoguchi Y, et al. A case of diverticulum of the appendiceal base resembling a submucosal tumor of the cecum under colonoscopy: a hitherto undescribed lesion[J]. BMC Gastroenterol, 2022, 22(1): 262. DOI: 10.1186/s12876-022-02337-3.

[3] 韩泽龙, 刘明, 罗晓蓓, 等. ESD 成功切除十二指肠乳头腺瘤 1 例[J]. 现代消化及介入诊疗, 2020, 25(2): 150-152. DOI: 10.3969/j.issn.1672-2159.2020.02.004.

[4] 周宇航, 黄永辉, 常虹, 等. 预防性夹闭创面在内镜下十二指肠乳头切除术中的价值[J]. 中国微创外科杂志, 2022, 22(8): 621-626. DOI: 10.3969/j.issn.1009-6604.2022.08.003.