

缩短操作时间,提高操作成功率。内镜下黏膜及肌切开取异物存在以下难点:(1)颈段食管空间狭窄,内镜操作较为困难;(2)治疗中咽反射反应及肌肉收缩会增加内镜治疗的难度;(3)电切中产生的烟雾会刺激咽部出现呛咳;(4)切口处若大量出血会导致误吸。笔者总结经验如下:(1)对于食管高位隧道建立,要求手术者有良好的控镜技术;(2)由于术区空间狭窄,术中可应用锥形透明,容易进入隧道进行异物探查;(3)适量黏膜下注射生理盐水,及时处理裸露的血管,可减少出血;(4)隧道方向与异物所在局域上缘即短隧道法,避免因异物体积小而不易发现。因此,内镜操作者与助手的配合极为关键,同时还需麻醉医师密切合作,以减少穿孔、出血、误吸等并发症。

**利益冲突** 所有作者声明不存在利益冲突

## 参 考 文 献

- [ 1 ] Hong KH, Kim YJ, Kim JH, et al. Risk factors for complications associated with upper gastrointestinal foreign bodies[J]. World J Gastroenterol, 2015, 21 ( 26 ): 8125-8131. DOI: 10.3748/wjg.v21.i26.8125.
- [ 2 ] Guelfguat M, Kaplinskiy V, Reddy SH, et al. Clinical guidelines for imaging and reporting ingested foreign bodies[J]. AJR Am J Roentgenol, 2014, 203(1):37-53. DOI: 10.2214/AJR.13.12185.
- [ 3 ] Cai MY, Zhou PH, Yao LQ. Current status of endoscopic resection in China[J]. Dig Endosc, 2012, 24 Suppl 1:166-171. DOI: 10.1111/j.1443-1661.2012.01268.x.

(收稿日期:2019-12-28)

(本文编辑:周昊)

## 内镜超声引导下细针抽吸术诊断胰腺脂肪瘤一例

任大宾<sup>1</sup> 徐萍<sup>1</sup> 王静<sup>1</sup> 张黎<sup>2</sup>

<sup>1</sup>上海市松江区中心医院消化内科 201600; <sup>2</sup>上海市松江区中心医院病理科 201600

通信作者:徐萍,Email:sjzxp@yeah.net

**【摘要】** 本文报道了 1 例胰腺脂肪瘤病例,病变位于胰头部,大小 22 mm×17 mm,内镜超声弹性成像呈黄绿色相间为主,行内镜超声引导下细针抽吸术,病理提示见脂肪细胞及成团的良性腺上皮细胞。根据内镜超声及病理表现证实为胰腺脂肪瘤,比较罕见。

**【关键词】** 胰腺肿瘤; 脂肪瘤; 超声检查; 活组织检查,细针; 诊断

**基金项目:**上海市松江区科学技术攻关项目(2017sjkjgg51)

DOI:10.3760/cma.j.cn321463-20200104-00319

患者男,58 岁,反复上腹部不适 4 个月余。外院腹部超声检查提示胰头部实性占位,遂来我院行进一步检查和治疗。病程中体重无明显减轻,既往无糖尿病史。辅助检查:肝肾功能,CA 19-9、甲胎蛋白等肿瘤标志物无异常。内镜超声检查(endoscopic ultrasonography, EUS)示胰腺头部探及一外形不规则团块,内部回声尚均匀,以稍低回声为主,大小约 22 mm×17 mm(图 1),弹性成像呈黄绿色相间为主,弹性应变率比值 SR 为 0.02,提示质地软,病灶内部无血流信号(图 2)。行内镜超声引导下细针抽吸术(endoscopic ultrasound guided fine-needle aspiration, EUS-FNA)(图 3),病理提示见脂肪细胞及成团的良性腺上皮细胞(图 4)。结合临床、超声及病理表现诊断为胰腺脂肪瘤。

**讨论** 胰腺脂肪瘤是起源于胰腺间叶组织的一种良性肿瘤,而胰腺间叶组织肿瘤只占胰腺肿瘤的 1%~2%,因此极为少见。本病起病隐匿,多因其他原因检查时偶然发现,首例由 Bigard 等<sup>[1]</sup>于 1989 年报道。目前该病国内外仅见报道 50 例<sup>[2]</sup>,国内未见通过 EUS-FNA 诊断该病的报道。胰腺脂肪瘤发病无性别差异,发病年龄从 11 个月婴儿至 70 岁老人。病变可发生于胰腺任何部位,以胰头多见。多数患者无症状,当肿瘤增大到一定程度,可表现为腹部包块对周围组织的压迫症

状,如造成胆总管、胰管受压和炎症,但未发现合并胰腺炎、胆管梗阻者,这可能与脂肪瘤质地柔软,占位效应轻有关<sup>[3-5]</sup>。

CT 是目前诊断胰腺脂肪瘤最常用的方法,表现为质地均匀的低密度影,CT 值一般在 -70~-120 Hu。由于脂肪瘤血供较少,增强扫描几乎无强化。胰腺脂肪瘤具有包膜是其同胰腺脂肪浸润相鉴别的重要特征,磁共振成像检查对于区分胰腺组织脂肪化和脂肪瘤有一定作用。近年来 EUS 在胆胰疾病诊断中广泛应用,其经胃抵近探查胰腺排除了气体干扰,具有明显优势。EUS 下胰腺脂肪瘤表现为胰腺内实质性占位性病变,多报道呈略强回声,也可呈低回声,边界清晰,可呈分叶状,血流图可见肿物内无明显血流信号,弹性成像呈黄绿色提示质地软。本例报道表现为稍低回声肿物,弹性成像呈黄绿色相间为主,病灶内部无血流信号。

胰腺脂肪瘤的鉴别诊断包括胰腺局部脂肪过多症、囊性畸胎瘤,以及其他脂肪肿瘤如纤维脂肪瘤、脂肪母细胞瘤和脂肪肉瘤。胰腺局部脂肪过多症通常呈现与胰周脂肪的直接接触。囊性畸胎瘤包含钙化和各种不同密度的集合组织。脂肪肉瘤通常比脂肪瘤大(>5 cm),但脂肪瘤与罕见的可生成脂肪的脂肪肉瘤鉴别可能特别困难<sup>[6]</sup>,故通过 FNA 获得

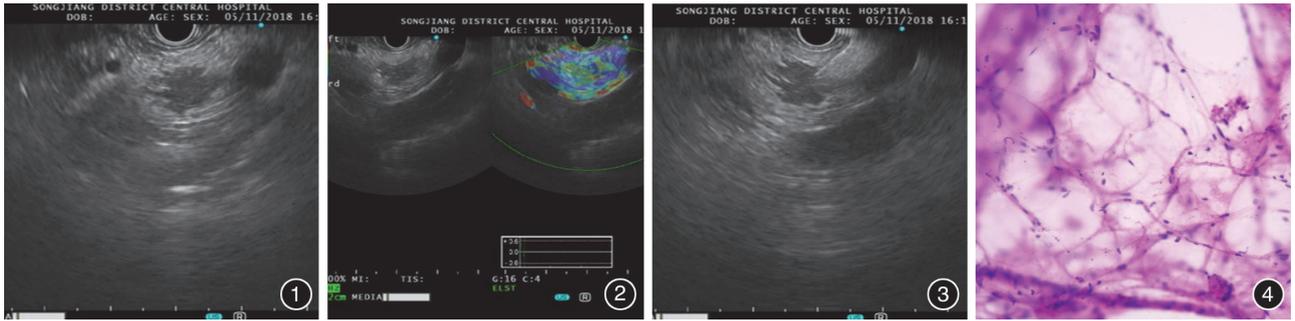


图1 内镜超声下见胰腺头部不规则病变 图2 内镜超声弹性成像呈黄绿色相间为主 图3 使用 COOK 22 G 穿刺针穿刺胰头部病变 图4 显微镜下可见成熟的脂肪细胞 HE ×100

细胞学和(或)病理学等诊断是必要的。脂肪肉瘤的病理成分多为分化不成熟的脂肪细胞,而本例报道 FNA 病理表现为成熟的脂肪细胞。

EUS-FNA 在胰腺脂肪瘤的诊断中能提供超声影像和病理学支持,特别是对影像学不典型的病例,可有效避免不必要的手术,在胰腺脂肪瘤诊断和鉴别诊断中有显著的优势。

利益冲突 所有作者声明不存在利益冲突

#### 参 考 文 献

- [ 1 ] Bigard MA, Boissel P, Regent D, et al. Intrapancreatic lipoma. First case in the literature[J]. Gastroenterol Clin Biol, 1989, 13(5): 505-507.
- [ 2 ] Stadnik A, Cieszanowski A, Bakoń L, et al. Pancreatic lipoma: An incidentaloma which can resemble cancer-analysis of 13 cases studied with CT and MRI[J]. Pol J Radiol, 2012, 77(3): 9-13. DOI: 10.12659/pjr. 883368.
- [ 3 ] Di Matteo FM, Shimpi L, Pandolfi M, et al. EUS diagnosis of pancreatic lipoma: a case report[J]. Gastrointest Endosc, 2006, 64(1): 146-148. DOI: 10.1016/j.gie. 2006. 02. 015.
- [ 4 ] Hois EL, Hibbeln JF, Selamberg JS. CT appearance of incidental pancreatic lipomas: a case series[J]. Abdom Imaging, 2006, 31(3): 332-338. DOI: 10.1007/s00261-005-0362-0.
- [ 5 ] Kransdorf MJ, Bancroft LW, Peterson JJ, et al. Imaging of fatty tumors: distinction of lipoma and well-differentiated liposarcoma [J]. Radiology, 2002, 224(1): 99-104. DOI: 10.1148/radiol. 2241011113.
- [ 6 ] Song T, Shen J, Liang BL, et al. Retroperitoneal liposarcoma: MR characteristics and pathological correlative analysis [J]. Abdom Imaging, 2007, 32(5): 668-674. DOI: 10.1007/s00261-007-9220-6.

(收稿日期:2020-01-04)

(本文编辑:朱悦)