

· 病例报道 ·

经内镜逆行阑尾切除术治疗阑尾锯齿状腺瘤一例
(含视频)

张岩 张予蜀

南京医科大学附属南京医院 南京市第一医院消化内科 210006

通信作者:张予蜀, Email: zhangyushu@hotmail.com



扫码查看视频

【摘要】 本文介绍 1 例经内镜逆行阑尾切除术治疗阑尾锯齿状腺瘤,结合文献探讨内镜下治疗阑尾锯齿状腺瘤的可行性及长期实用性。

【关键词】 阑尾; 锯齿状腺瘤; 内镜下切除术

基金项目: 国家自然科学基金青年基金(81700458)

DOI:10.3760/cma.j.cn321463-20190509-00337

患者男,68 岁,因“间断腹泻半年”入院。患者半年前无明显诱因出现间断腹泻,3~4 次/d,稀水样便,无血便、黑便,无明显腹痛、腹胀。门诊肠镜检查:横结肠多发息肉,阑尾开口隆起。病理:阑尾慢性活动性炎,横结肠息肉管状腺瘤。既往有双眼视网膜病变,否认高血压、糖尿病、冠心病病史。患者一般情况可,入院后再次行结肠镜检查,插镜后见回盲部息肉位于阑尾开口内,呈绒毛状,透明帽推移并展开阑尾瓣膜亦无法窥见全貌(图 1)。向家属交代病情后,家属同意行内镜下阑尾切除术并签署知情同意书。患者全身麻醉后气管插管,CO₂ 注气,取右侧卧位。肠镜安装透明帽(日本奥林巴斯, D-201-13404)后插镜至回盲部,充分冲洗后暴露阑尾开口及病变,在阑尾开口周围约 1 cm 予中国安瑞 MFK (multi-functional knife) 啄木鸟 I 刀标记;生理盐水+肾上腺素+靛胭脂混合液行黏膜下注射,啄木鸟 I 刀半周切开黏膜,逐步分离黏膜下层,暴露肌层,切开肌层及浆膜约 5 mm 后伸入啄木鸟陶瓷刀(O 刀)扩大创面直至内镜头端进入腹腔内,啄木鸟 I 刀和 O 刀联合剥离阑尾系膜,热止血钳电凝裸露血管,完整暴露阑尾形态并游离(图 2);最后圈套器套住阑尾头端拖入回盲部内,从根部完整切除阑尾。内镜再次插入腹腔内,予大量生理盐水+庆大霉素液冲洗吸引,创面予多枚钛夹(日本奥林巴斯, HX-610-135L)联合尼龙绳(日本奥林巴斯, HX-20U-1)封闭(图 3)。手术过程中,取脐水平线与左侧腋前线交点处插入 20 mL 空针排气。回盲部封闭完全后充分注气,针管内未见气体溢出。术后病理示阑尾锯齿状腺瘤(图 4),患者无并发症,于 3 d 后出院。

讨论 Liu 等^[1]2018 年报道了世界上首例经盲肠阑尾切除术,术后病理为潴留性囊肿。2019 年又报道一例,病理为绒毛管状腺瘤伴低级别上皮内瘤变^[2]。而急性阑尾炎内镜下阑尾切除则见于 2017 年 Artifon 等^[3]的报道。阑尾锯齿状腺瘤是一种良性但有恶变倾向的肿瘤,与传统腺瘤不同之处在于它具有锯齿状结构和独特的形态学改变。锯齿状

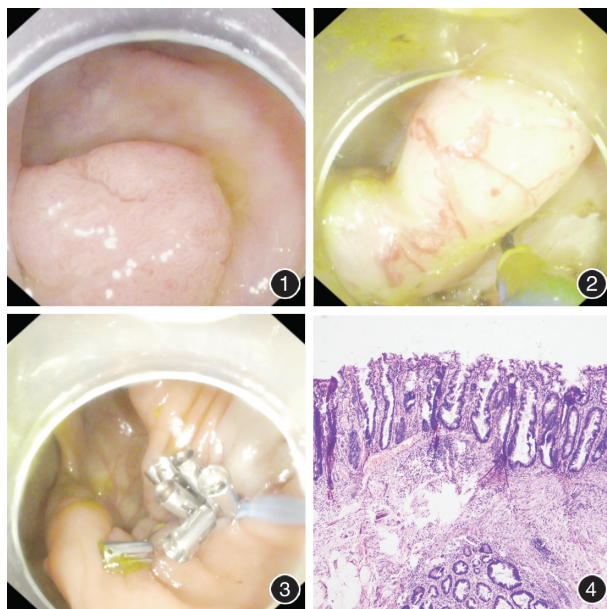


图 1 内镜下见阑尾开口处大小约 1.0 cm×1.0 cm 隆起,表面绒毛状 图 2 用 MFK 啄木鸟刀将阑尾系膜游离 图 3 术后创面予尼龙绳联合金属夹封闭 图 4 术后病理示锯齿状腺瘤:隐窝上皮内折呈锯齿状,隐窝底部呈水平,隐窝上皮无明显异型 HE ×10

腺瘤主要发于结直肠,而发生于阑尾内的非常罕见,仅有 7.39% 阑尾标本来自锯齿状病变。由于阑尾锯齿状腺瘤缺乏特征性症状,导致术前诊断相对困难,多数因表现为急性阑尾炎行手术切除而明确诊断。内镜下阑尾切除具备解剖层次清晰、创伤小、并发症少等优势^[4-5]。MFK 啄木鸟刀结合了 O 刀及 I 刀两种常用内镜黏膜下剥离术手术器械的功能,根据不同切割条件和病灶可实现镜下刀头切换,大幅度提高手术效率及安全性。我们中心报道了第 1 例经内镜逆行阑尾切除术治疗锯齿状腺瘤,相信随着手术器械及内镜的

日趋成熟,这将会成为消化内科常规开展的治疗之一。

利益冲突 所有作者声明不存在利益冲突

(本文视频地址: <http://www.xhnj.com/video/1008664.htm>)

参 考 文 献

- [1] Liu BR, Song JT, Liu ZH, et al. Endoscopic transcecal appendectomy: the first human case report[J]. *Gastrointest Endosc*, 2018, 87(1): 311-312. DOI: 10.1016/j.gie.2017.07.015.
- [2] Liu BR, Ullah S, Ye L, et al. Endoscopic transcecal appendectomy: a novel option for the treatment of appendiceal polyps[J]. *VideoGIE*, 2019, 4(6): 271-273. DOI: 10.1016/j.vgie.2019.03.004.
- [3] Artifon E, Uemura RS, Furuya Júnior CK, et al. Endoluminal

appendectomy: the first description in humans for acute appendicitis[J]. *Endoscopy*, 2017, 49(6): 609-610. DOI: 10.1055/s-0043-107611.

- [4] Longacre TA, Fenoglio-Preiser CM. Mixed hyperplastic adenomatous polyps/serrated adenomas. A distinct form of colorectal neoplasia[J]. *Am J Surg Pathol*, 1990, 14(6): 524-537. DOI: 10.1097/0000478-199006000-00003.
- [5] Yuyucu Karabulut Y, Savaş B, Kurşun N, et al. Serrated lesions of the appendix: do they differ from their colorectal counterparts? [J]. *Turk J Gastroenterol*, 2014, 25(1): 29-34. DOI: 10.5152/tjg.2014.4056.

(收稿日期: 2019-05-09)

(本文编辑: 钱程)

肝外胆管黏液性乳头状腺癌伴胶样癌浸润合并复发性胆总管结石一例

巫雪茹 赵思 缪林 张秀华

南京医科大学第二附属医院消化内科 210011

通信作者: 张秀华, Email: 1129wy@sina.com

【摘要】 胆管乳头状黏液性肿瘤是一类少见且特殊的胆道系统肿瘤,以胆管黏膜上皮乳头样或绒毛状增生及分泌黏液引起的胆道梗阻为主要特征,可进一步浸润发展成腺癌。本例由 SpyGlass 发现,经外科病理证实为胆管黏液性乳头状腺癌伴胶样癌浸润。

【关键词】 胆管肿瘤; 黏液性乳头状腺癌; 胶样癌; 胆总管结石

基金项目: 江苏省科技厅重点研发计划(BE2015722)

DOI: 10.3760/cma.j.cn321463-20190528-00378

患者女, 68 岁, 因“反复发热 20 余天”于 2019 年 3 月 25 日入院。6 年前因胆囊结石及胆管结石行胆囊切除术, 其后 6 年间因胆总管结石两次 ERCP 取石。患者自 20 余天前反复出现寒战发热, 最高体温达 39℃, 发热期间伴右上腹痛及恶心、呕吐。当地医院查 MRCP 示肝内外胆管明显扩张, 肝内胆管扩张呈软藤样, 胆总管最大径约 2.4 cm, 肝总管、胆总管内见数枚不规则团块状稍低信号。上腹增强 MRI 可见肝总管、胆总管内壁旁多发乳头状强化。考虑肝总管、胆总管导管内乳头状黏液性肿瘤可能。谷丙转氨酶 364 U/L, 谷草转氨酶 239 U/L, 白蛋白 41.8 g/L, 总胆红素 32.1 μmol/L, 直接胆红素 14.6 μmol/L。白细胞计数 3.92×10⁹/L, 高敏 C-反应蛋白 24.3 mg/L。CA19-9 575 U/mL, 甲胎蛋白及癌胚抗原未见异常。尿色深黄, 尿胆红素++。次日行 ERCP+EPBD+胆道支架置入术+胆道取石术+ENBD, 术中见胆总管扩张至 3.5 cm, 胆总管中段有充盈缺损; 予以柱状气囊扩张乳头口至 1.0 cm, 可见大量乳白色胶冻样黏液流出, 随后用取石球囊将结石拖出至十二指肠; 改用

SpyGlass 进镜见胆管内结节样乳头增生, 白色胶冻样黏液附着, 留置 8.5Fr×9 cm、7Fr×9 cm 两枚胆道支架, 沿导丝置入鼻胆管, 退出内镜(图 1)。内镜下考虑胆管乳头状黏液腺瘤可能, 因该病有恶变可能, 故建议转至外科进一步治疗, 术后病理: “胆管组织”腺癌; “胰腺十二指肠”胆管高中分化乳头状腺癌, 部分组织可见黏液腺癌浸润(图 2); 肠周淋巴结(0/3)及胰周淋巴结(0/3)未见癌转移。术后 4 个月随访患者恢复良好。

讨论 胆管乳头状肿瘤(IPNB)是一种具有精细纤维血管核心, 以胆管黏膜上皮乳头样或绒毛状增生为特征的罕见肿瘤。IPNB 病理上分为良性(腺瘤)、交界性、恶性非浸润性(原位癌)及浸润性(腺癌), 浸润性病变的组织学类型多为管状腺癌及黏液腺癌^[1], 也称胶样癌。28%~37%的 IPNB 能分泌黏液, 通常被称为胆管乳头状黏液性肿瘤(IPMN-B), 与无黏液分泌的 IPNB(IPNB-NM)的病理及预后有较大区别^[2]。

IPMN-B 最常发生于肝内胆管树及肝门^[3], 倾向于沿着胆管黏膜缓慢扩展但仍有侵袭胆管壁发生恶变的可能。同