

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

2024年7月 第41卷 第7期

CHINESE JOURNAL OF DIGESTIVE ENDOSCOPY

Volume 41 Number 7
July 2024



中华医学会

CHINESE
MEDICAL
ASSOCIATION

ISSN 1007-5232



9 771007 523243

中华消化内镜杂志[®]

CHINESE JOURNAL OF DIGESTIVE ENDOSCOPY

月刊 1996年8月改刊 第41卷 第7期 2024年7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.zhshnjzz.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,100048)
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

2024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

述评

- 重视全链条理念 规范消化道早期癌诊治 505
刘揆亮 李鹏 张澍田

共识与指南

- 常规放大内镜联合病理诊断消化道早期癌专家共识 509
中华医学会消化内镜学分会消化系早癌内镜诊断与治疗协作组
《中华消化内镜杂志》编委会

菁英论坛

- 放大内镜在早期胃癌中的应用进展 528
刘揆亮 李鹏 吴静 张澍田
未分化型早期胃癌内镜黏膜下剥离指征的变迁 532
陈琳 陈超英 郑炜烽 吕宾

论著

- 透壁穿刺与经乳头引流对胰管断裂综合征的远期疗效观察 537
张祉柔 施文 张晟瑜 冯云路 王强 蒋青伟 伍东升
吴晰 杨爱明
超声内镜引导下曲张静脉精准断流术治疗食管胃底静脉曲张
有效性及安全性的初步研究(含视频) 543
王治虹 时晨 曾壮 陈丽红 张倩倩 张辅民 梅雪灿
王曦 孔德润
6~10 mm 肠息肉冷切除术后预防性使用金属夹的价值探讨 550
孙中新 吴璨 杨梅 刘丽 刘榴 周正奎 奚维东 单晶
姜琳 雷雨 孙晓滨
基于智能追溯信息系统的内镜集中管理效果评价 555
傅燕 王姗姗 邓嘉 胡玲
三维消化内镜研制及在活体动物内镜手术的初步应用(含视频) ... 562
刘冰熔 张晓朋 刘丹 李德亮 赵丽霞 张冀豫 周洋洋
刘凯鹏 李沐涵 涂秋月 李静豪 石森 李亚娟 王雪鑫

短篇论著

- 负压吸引法在内镜下经十二指肠乳头保胆取石术中的应用研究 566
王文海 李鹏 王拥军 冀明
- 聚乙醇酸网片联合口服激素对巨大早期食管癌内镜黏膜下剥离术后食管狭窄的预防作用 570
田伟 冯歆夏 吾格兰木·乌斯曼 刘梅

病例报道

- PD-1 抑制剂相关消化道损伤 2 例 574
郭亚慧 陈宏桢 刘茜 姚乐 李辉 尹凤荣 张晓岚
- 胃多发神经内分泌瘤内镜诊治 1 例 577
何嘉伟 何洁
- 累及副乳头的十二指肠上皮性肿瘤内镜诊治 1 例 579
俞殊含 吴大鹏 王耀辉 凌亭生 张其德

综 述

- 人工智能辅助内镜在胃癌前病变及早期胃癌诊断中的应用进展 582
沈耀 占强 安方梅

读者·作者·编者

- 《中华消化内镜杂志》2024 年可直接使用英文缩写的常用词汇 561
- 《中华消化内镜杂志》对来稿中统计学处理的有关要求 573
- 插页目次 549
- 《中华消化内镜杂志》第六届编委会编委名单 554
- 《中华消化内镜杂志》第六届编委会通讯编委名单 554
- 《中华消化内镜杂志》稿约 586

本期责任编辑 许文立 唐涌进

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

本刊投稿方式

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

朱 悦, Email: zhuyue@xhnj.com

钱 程, Email: qian@xhnj.com

许文立, Email: xwl@xhnj.com



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)

本例为中老年女性患者,有暖气、上腹胀等临床症状。胃镜下表现为多发息肉样隆起性病变,且直径 ≤ 2.0 cm,白光及 BLI+放大色素胃镜下表现符合神经内分泌瘤^[2],病理(免疫组化)提示 G1 期,胃泌素及胃泌素-17 等检查均升高,提示胃泌素依赖型(G-NENs 1 或 2 型)。胃镜下见黏膜肥厚水肿,病灶处部分溃疡形成,胃底、体多点活检病理未提示慢性萎缩性胃炎(自身免疫性),且胃泌素显著升高($>1\ 000$ ng/L),壁细胞抗体及内因子抗体阴性,因此考虑 G-NENs 2 型可能性大。而 G-NENs 1 型通常伴有慢性萎缩性胃炎(自身免疫性胃炎),且有恶性贫血及胃泌素升高(不超过 1 000 ng/L),壁细胞抗体及内因子抗体常为阳性,上述与患者表现均不符。关于叶酸正常、维生素 B12 下降的原因,考虑可能是患者术后长期口服伏诺拉生抑制胃酸分泌所致。目前仅有桥本甲状腺炎表现支持该型诊断,因此 G-NENs 1 型可能性小。另外,G-NENs 3 型胃泌素多为正常,病灶通常大于 2 cm,单发为主,病理分级 G3 期多见,易出现腹腔外转移,根据该病例特点,此型暂不考虑。综上所述,本病例考虑 G-NENs 2 型可能性大。

欧洲神经内分泌瘤学会(ENETS)建议:G-NENs 2 型病灶直径 <1 cm,无脉管癌栓、局限于黏膜下层,建议内镜随访^[3];病灶直径 ≥ 1 cm,无脉管癌栓、局限于黏膜下层,建议个体化内镜随访或内镜切除。美国国家综合癌症网络(NCCN)指南认为:病灶 <2 cm,可考虑内镜监测或内镜切除明显可见肿瘤。G-NENs 2 型转移比例在 10%~30%,肿瘤相关死亡率 $<30\%$ ^[4]。此型恶性程度低于 G-NENs 3 型,转移较

少,但仍需密切观察,积极寻找原发病灶后尽可能手术切除,随访复查胃镜及影像学等检查。结合患者本人意愿,胃体小弯处约 15 mm 隆起性病变行诊断性 ESD,其余息肉样隆起中较大者行 EMR 作为大块组织活检送病理,较小者则行电凝毁损治疗,由于患者病灶较多,且为 R0/R1 切除,建议按照 3 个月、6 个月、12 个月复查胃镜,后续根据复查情况可适当放宽复查时间。由于目前影像学检查未发现胃以外肿瘤性改变,建议患者进一步完善 Ga68-PETCT 或生长抑素受体扫描(SRS)检查,以协助明确原发肿瘤病灶,但基于患者个人因素,同意后期随访有条件再行该项检查,此为本例不足之处。

利益冲突 所有作者声明不存在利益冲突

参 考 文 献

- [1] CSCO 神经内分泌肿瘤专家委员会. 中国胃肠胰神经内分泌肿瘤专家共识[J]. 临床肿瘤学杂志, 2013, 18(9):815-832. DOI: 10.3969/j.issn.1009-0460.2013.09.012.
- [2] 朱飞,申高飞,刘真真,等. 放大内镜窄带成像对于胃神经内分泌肿瘤的诊断价值[J]. 中国中西医结合消化杂志, 2022, 30(5): 351-354. DOI: 10.3969/j.issn.1671-038X.2022.05.09.
- [3] Exarchou K, Hu H, Stephens NA, et al. Endoscopic surveillance alone is feasible and safe in type I gastric neuroendocrine neoplasms less than 10 mm in diameter[J]. Endocrine, 2022, 78(1): 186-196. DOI: 10.1007/s12020-022-03143-3.
- [4] 徐天铭,李景南. 胃神经内分泌肿瘤的精准诊治[J]. 胃肠病学, 2018, 23(7):385-390.

累及副乳头的十二指肠上皮性肿瘤内镜诊治 1 例

俞殊含¹ 吴大鹏¹ 王耀辉² 凌亭生¹ 张其德¹

¹南京中医药大学附属江苏省中医院消化内镜中心,南京 210029;²南京中医药大学附属江苏省中医院病理科,南京 210029

通信作者:张其德,Email:qidez@163.com

【摘要】 十二指肠上皮性肿瘤发病率低,非乳头部大面积上皮肿瘤经内镜下切除报道较少,诊治尚未形成标准化。笔者报道了 1 例累及副乳头的十二指肠大面积上皮性肿瘤,行内镜黏膜下剥离术切除,手术过程顺利,切除标本 60 mm \times 50 mm,为小肠黏膜组织,部分区腺体高级别上皮内瘤变,水平、垂直切缘阴性。

【关键词】 十二指肠肿瘤; 上皮性肿瘤; 副乳头; 大面积; 内镜黏膜下剥离术

基金项目:江苏省卫生健康委老年健康科研课题(面上)(LKM2022003)

DOI: 10.3760/cma.j.cn321463-20230829-00440

收稿日期 2023-08-29 本文编辑 顾文景

引用本文:俞殊含,吴大鹏,王耀辉,等. 累及副乳头的十二指肠上皮性肿瘤内镜诊治 1 例[J]. 中华消化内镜杂志, 2024, 41(7): 579-581. DOI: 10.3760/cma.j.cn321463-20230829-00440.



Endoscopic diagnosis and treatment of duodenal epithelial neoplasm involving minor papilla: a case report

Yu Shuhan¹, Wu Dapeng¹, Wang Yaohui², Ling Tingsheng¹, Zhang Qide¹

¹Digestive Endoscopy Center, Jiangsu Province Hospital of Chinese Medicine, Affiliated Hospital of Nanjing University of Chinese Medicine, Nanjing 210029, China; ²Department of Pathology, Jiangsu Province Hospital of Chinese Medicine, Affiliated Hospital of Nanjing University of Chinese Medicine, Nanjing 210029, China

Corresponding author: Zhang Qide, Email: qidez@163.com

患者男,55岁,因“上腹痛2个月,外院胃镜检查发现十二指肠降部隆起性病变伴低级别上皮内瘤变”入院。既往史:“直肠癌”术后16年;“横结肠癌”术后11年,曾行化疗;“左输尿管癌”术后2年;结肠内镜黏膜切除术后穿孔外科修补术后半年,左下腹见造瘘口。入院后腹部CT平扫及增强:腹腔未见明显淋巴结肿大,余呈术后改变。放大染色内镜检查:十二指肠降部可见过半周大面积隆起,位于主乳头上方,副乳头未见,肿瘤境界清楚,窄带光成像放大模式可见境界清楚的上皮肿瘤,表面密集排列的不规则腺管,白色不透明物质(white opaque substance, WOS)阳性,靛胭脂染色后境界更明显(图1),诊断为十二指肠降部早期上皮性肿瘤。结合既往多次外科手术史及内镜治疗若发生并发症仍

需外科介入处理的情况,建议患者择期外科手术,但反复沟通相关风险后,患者及其家属坚持选择ESD治疗。ESD于气管插管麻醉下进行,行隧道式剥离,术中遇见副乳头,沿黏膜下副乳头肌束上方精细完整剥离,创面热活检处理局部血管,创面约3/4周径,金属夹闭合部分创面(图2),经鼻腔置入三腔营养管,负压侧管放在降部处创面附近,头端置入创面肛侧远部。术后预防性抗生素、抑酸、维持水电解质平衡治疗。1d后肠功能正常,腹部无压痛、发热,经营养管注水;2d后经营养管行肠内营养;3d后拔除营养管,停抗生素,经口流质饮食;4d顺利出院。术后病理:切除标本60mm×50mm,为小肠黏膜组织,部分区腺体高级别上皮内瘤变(图3),水平、垂直切缘阴性。

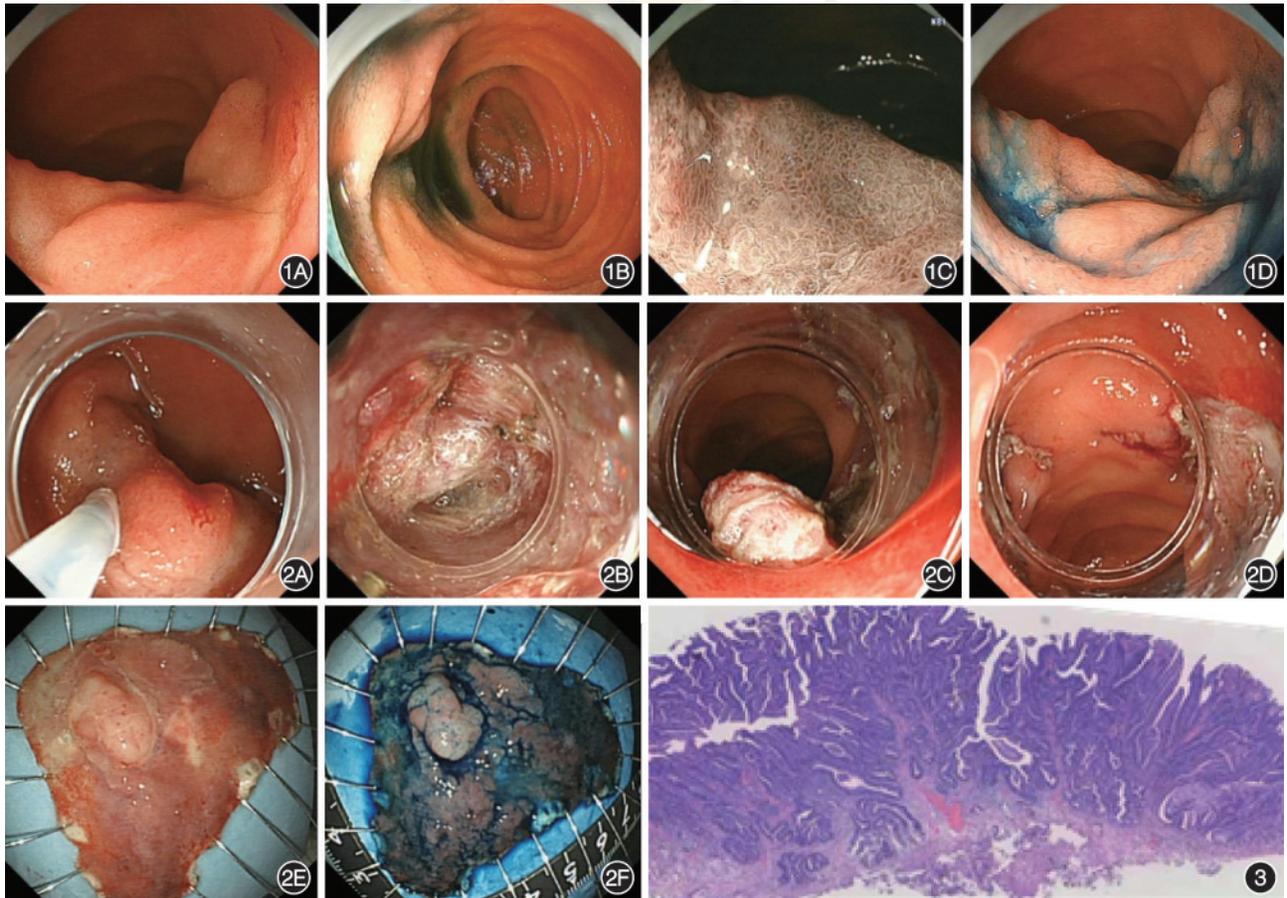


图1 入院后放大染色内镜检查 1A:白光模式下见十二指肠降部大面积隆起性病变;1B:白光模式下十二指肠降部主乳头;1C:窄带光成像放大模式下见表面密集的腺管,分布不规则,白色不透明物质阳性;1D:靛胭脂染色后境界清楚 **图2** 十二指肠降部隆起性病变的内镜黏膜下剥离术治疗 2A:黏膜下注射抬举病变;2B:锥形帽进入隧道内剥离;2C:剥离后的副乳头;2D:剥离后的创面;2E:切除后固定的标本;2F:靛胭脂染色后的标本 **图3** 术后病理提示高级别上皮内瘤变 HE ×10

讨论 十二指肠上皮性肿瘤发病率低,占全部消化道肿瘤的1%~2%^[1]。近来由于规范化检查及高清内镜普及,十二指肠上皮性肿瘤的发现率及认知度有所提高。由于病变越大癌变概率越高,如果发生黏膜下浸润,就有较高概率的淋巴结转移风险,预后往往不良,所以早期判断病变性质很重要。目前内镜下活检的诊断率只有68%~78%^[2],增加活检次数虽然可以提高诊断率,但肠壁薄,在胰液、胆汁的影响下会引起黏膜下层的纤维化,给后续内镜下切除造成困难。按照食管、胃、大肠早期肿瘤的诊断方法,放大内镜结合窄带光成像的诊断准确率较高,目前同样应用于十二指肠上皮性肿瘤的诊断。Miura等^[3]利用窄带光成像放大内镜结合醋酸染色进行观察,基于病变大体形态分为隆起性和凹陷性,进行染色后分级来诊断病变性质,敏感度、特异度、阳性预测值、阴性预测值和准确率分别为95.8%、97.4%、95.8%、97.4%和96.8%,准确率高于单纯窄带光成像放大内镜,值得临床推广使用。

十二指肠ESD手术操作难度高,主要原因有十二指肠壁薄、走行呈C形、镜身稳定性差、局部注射后隆起效果不佳、切开后难形成黏膜瓣、内镜进入黏膜下层困难等,建议由经验丰富的内镜专家开展。Miura等^[4]报道十二指肠病变ESD使用锥形帽行口袋法,可以维持黏膜下注射液体垫的时间,获得很好的牵引效果,增加镜身的操作稳定性,克服镜身与肠腔的角度,保持良好的剥离层次及视野等。我们的体会如下:(1)病灶过大,特别半周及以上,因腔狭小且位于转角及降部,加之蠕动,操作难度加大,使用隧道法技术优势明显;(2)术中用带附送水的电刀,边切开边注射,节约时间并可解决黏膜下注射液弥散快的影响,优先选择1.5 mm的刀头长度;(3)切边时如果出血,可以用附送水刀注射后止血或更换热止血钳,用柔和功率电凝,降低电凝对肌层的热损伤,避免引起电凝综合征等;(4)术中要注意利用重力的作用,先低后高位,减少注水或出血积聚对视野的干扰;(5)术中剥离时维持稳定恰当的层次,多保留黏膜下层,减少术后并发症的发生;(6)术后创面尽量闭合,但较大创面闭合困难,联合多种方法尽量缩小创面;(7)术后置入负压吸引及营养一体化三腔管,越过创面达远端,负压位于创面附近,吸引分泌的胆汁和胰液,还可以观察有无早期出血并进行早期鼻饲肠内营养;(8)术后预防性抗生素,密切观察腹部体征、体温、肠功能情况,及早发现可能的并发症。

大面积上皮性肿瘤目前没有确切的定义,因部位而异。十二指肠从解剖及组织学上看,属于胃与大肠之间的脏器,但因有胃型肿瘤存在,诊断标准参照胃的,但仍没有形成标准方案。笔者曾在2017年提出大肠病变切除标本短径大于4 cm定义为大面积,而食管病变周径大于3/4周且术后引起狭窄的、十二指肠病变短径大于3 cm的可商定为大面积上皮性肿瘤,相对容易ESD整块切除,以获得高质量精准的病理标本评估^[5]。

目前为止,对于副乳头早期肿瘤的报道很少,且病灶较

小,多采用十二指肠镜下黏膜切除术。Jinushi等^[6]采用ESD成功治疗了1例,术中意外发现累及副乳头,切除标本大小约27 mm×22 mm,金属夹部分闭合创面,病理为黏膜内癌,属于治愈切除。本例术前内镜检查发现十二指肠降部过半周大面积隆起,位于主乳头上方,副乳头未见,ESD行隧道式剥离,术中遇见副乳头,沿黏膜下副乳头肌束上方精细完整剥离,创面约3/4周径,金属夹闭合部分创面,切除标本60 mm×50 mm,病理提示小肠黏膜组织,部分区腺体高级别上皮内瘤变,水平、垂直切缘阴性,符合治愈性切除标准,无术中及迟发性并发症发生。

十二指肠ESD术后出血及穿孔发生率较高,临床处理棘手,外科手术创伤较大,严重时危及患者生命。文献报道十二指肠ESD术后出血发生率为0%~18.4%^[1,7],穿孔发生率为0%~50%^[4,8]。术后如果能够高质量缝合或覆盖创面,并发症发生率可获得明显降低,这也是临床开展十二指肠ESD必需掌握的技能^[9]。

利益冲突 所有作者声明不存在利益冲突

参 考 文 献

- [1] Endo M, Abiko Y, Oana S, et al. Usefulness of endoscopic treatment for duodenal adenoma[J]. Dig Endosc, 2010, 22(4): 360-365. DOI: 10.1111/j.1443-1661.2010.01014.x.
- [2] Goda K, Kikuchi D, Yamamoto Y, et al. Endoscopic diagnosis of superficial non-ampullary duodenal epithelial tumors in Japan: multicenter case series[J]. Dig Endosc, 2014, 26(Suppl 2):23-29. DOI: 10.1111/den.12277.
- [3] Miura H, Tanaka K, Umeda Y, et al. Usefulness of magnifying endoscopy with acetic acid and narrow-band imaging for the diagnosis of duodenal neoplasms: proposal of a diagnostic algorithm[J]. Surg Endosc, 2022, 36(11): 8086-8095. DOI: 10.1007/s00464-022-09239-1.
- [4] Miura Y, Shinozaki S, Hayashi Y, et al. Duodenal endoscopic submucosal dissection is feasible using the pocket-creation method[J]. Endoscopy, 2017, 49(1): 8-14. DOI: 10.1055/s-0042-116315.
- [5] 张其德, 韩树堂, 贺亚敏, 等. 内镜隧道技术在结直肠大面积侧向发育型肿瘤黏膜下剥离术中的临床应用[J]. 中华消化内镜杂志, 2017, 34(9): 630-634. DOI: 10.3760/cma.j.issn.1007-5232.2017.09.004.
- [6] Jinushi R, Tashima T, Ryoza S. Unexpected minor duodenal papilla during endoscopic submucosal dissection[J]. Dig Endosc, 2022, 34(4):875. DOI: 10.1111/den.14277.
- [7] Yamamoto Y, Yoshizawa N, Tomida H, et al. Therapeutic outcomes of endoscopic resection for superficial non-ampullary duodenal tumor[J]. Dig Endosc, 2014, 26(Suppl 2):50-56. DOI: 10.1111/den.12273.
- [8] Hoteya S, Furuhashi T, Takahito T, et al. Endoscopic submucosal dissection and endoscopic mucosal resection for non-ampullary superficial duodenal tumor[J]. Digestion, 2017, 95(1):36-42. DOI: 10.1159/000452363.
- [9] Kato M, Ochiai Y, Fukuhara S, et al. Clinical impact of closure of the mucosal defect after duodenal endoscopic submucosal dissection[J]. Gastrointest Endosc, 2019, 89(1): 87-93. DOI: 10.1016/j.gie.2018.07.026.

南微医学 动物实验中心

✓ 标准消化内镜、外科、CT、MR 操作间

✓ 全系引进高端临床诊疗设备

✓ 高规格内镜手术拟真环境

提供动物实验及培训服务

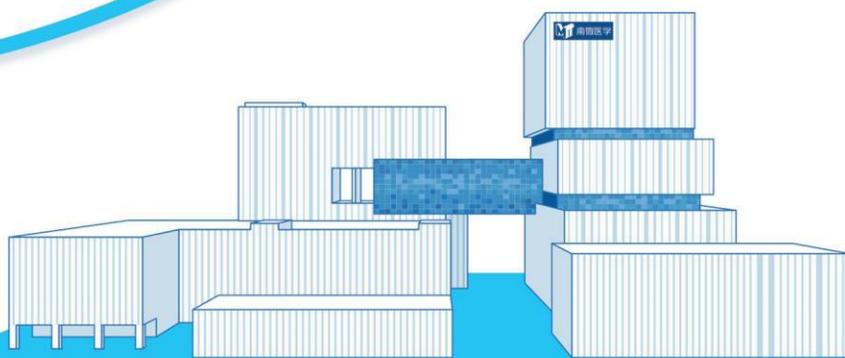
详情请垂询 **400-025-3000**



南微医学科技股份有限公司

南京高新区药谷大道199号

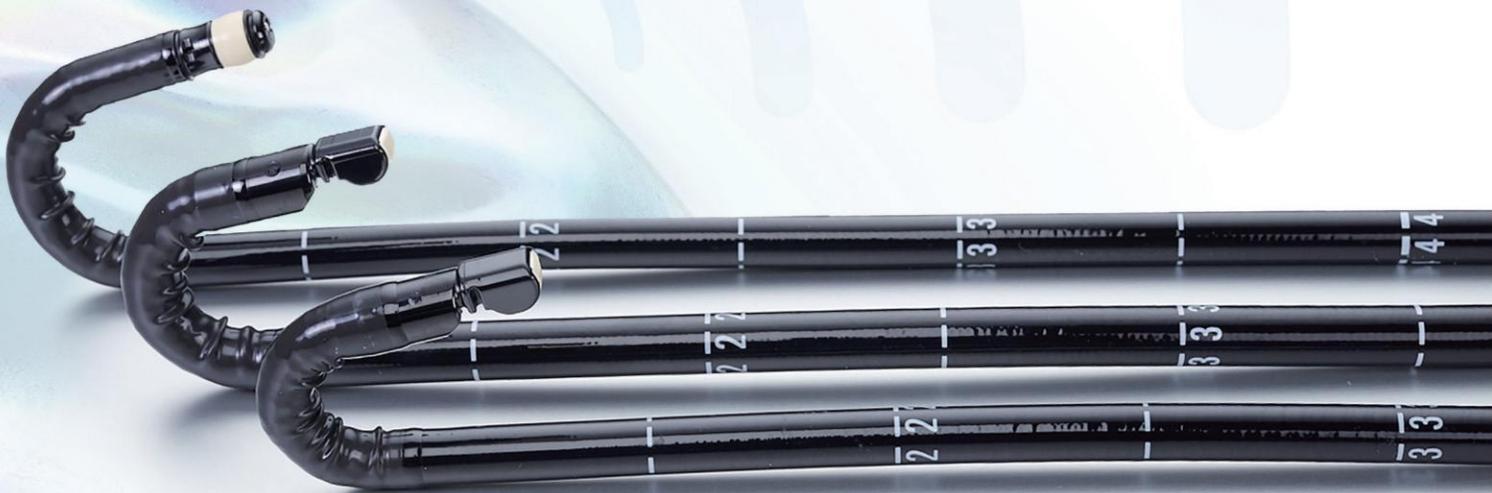
www.micro-tech.com.cn



广告

PENTAX
MEDICAL

广阔“视”界 大有可为



EG34-J10U | EG36-J10UR | EG38-J10UT

宾得医疗器械(上海)有限公司
PENTAX Medical Shanghai Co., Ltd.
地址:上海市富民路 291 号 701 室 200031
Rm701, No.291, Rd Fumin, Shanghai, China 200031
电话/Tel: +86-21-6170-1555
传真/Fax: +86-21-6170-1655
维修热线/Hotline: 400-1020-968

超声电子十二指肠内窥镜:国械注进 20213060225
超声电子十二指肠内窥镜:国械注进 20213060226
超声电子十二指肠内窥镜: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



扫码关注“宾得医疗器械”