

第五十三届“友谊”消化内镜沙龙——EUS 篇会议纪要

张政¹ 陈光勇² 王拥军¹ 冀明¹ 李鹏¹ 张澍田¹

¹首都医科大学附属北京友谊医院消化分中心 消化健康全国重点实验室 国家消化系统疾病临床医学研究中心 胃肠早癌药械研发北京市重点实验室, 北京 100050; ²首都医科大学附属北京友谊医院病理科, 北京 100050

通信作者: 张澍田, Email: zhangshutian@ccmu.edu.cn

2024 年 11 月 30 日, 第五十三届“友谊”消化内镜沙龙——EUS 篇在广东省深圳市圆满举行。本届沙龙由国家消化系统疾病临床医学研究中心、首都医科大学附属北京友谊医院、吴阶平基金会共同主办。国家消化系统疾病临床医学研究中心主任、首都医科大学附属北京友谊医院院长张澍田教授致大会开幕词。

本次会议主要围绕超声内镜引导穿刺诊断及介入治疗中共同关注的话题展开广泛且深入的讨论。参加本次沙龙讨论的代表有(按姓名笔画排序): 丁震(中山大学附属第一医院)、马颖才(青海省人民医院)、王拥军(首都医科大学附属北京友谊医院)、年卫东(北京大学第一医院)、孙思予(中国医科大学盛京医院)、杨爱明(北京协和医院)、张澍田(首都医科大学附属北京友谊医院)、张政(首都医科大学附属北京友谊医院)、陈光勇(首都医科大学附属北京友谊医院)、赵东强(河北医科大学第二医院)、赵贵君(内蒙古自治区人民医院)、胡锦涛(山东省立医院)、姚方(中国科学院肿瘤医院)、原丽莉(山西医科大学第二医院)、覃山羽(广西医科大学第一附属医院)、冀明(首都医科大学附属北京友谊医院)。参会专家针对特定诊疗问题进行了讨论建议。

一、EUS 引导下弹簧圈置入治疗胃底静脉曲张出血

EUS 引导下治疗胃底静脉曲张的首要原则是处理胃壁内责任血管。仔细探查, 观察血流流向, 推荐在输入血管置入弹簧圈, 诱导胃壁曲张静脉团塌陷, 同时因胃壁曲张血管的阻隔, 异位栓塞风险更低。弹簧圈本身的独特构造可防止组织胶逃逸, 联合治疗后排胶时金属圈与组织胶整体排出, 可有效预防过早排胶导致出血。介入血管造影时发现胃肾分流通道的流速通常很快, 且常存在多支小分流通道, 联合球囊导管逆行经静脉栓塞(BRTO)进行大剂量注射组织胶仍有异位栓塞风险, 因此无论何种方式联合组织胶注射, 推荐小剂量分次注射更安全。

二、EUS 引导下 AXIOS 支架置入治疗胰腺假性囊肿

EUS 引导下 AXIOS 置放有一定失败率, 当囊肿壁与胃壁不粘连时、囊壁较厚时, 需警惕支架移位的问题; 当穿刺点位于胃腔下部时(例如胃窦), 穿刺之后超声内镜移位的风险较高, 导致最终释放支架时不能同轴, 也易导致支架移位; 支架释放失败可通过经自然腔道内镜手术(NOTES)取出。

穿刺时垂直进针可保持胃壁与囊肿壁的距离最短, 如利用导丝引导安全性更好。胰腺颈部至前壁胰瘘导致的假性囊肿通常位于网膜囊内, 进行穿刺或引流操作更安全。而胰尾部囊肿位于网膜囊外, 且与胃壁有不粘连的可能, 当囊肿快速形成时其张力较高, 早期进行穿刺有囊壁爆裂风险; 包裹性坏死粘连胃壁更常见, 操作反而安全。

双蘑菇头支架释放: 支架越长越利于操作, AXIOS 支架长度通常固定为 1 cm, 提拉时拉力不能超过 3 N, 以免将法兰拖出囊腔。推荐释放近端法兰方法: (1) 释放时内镜下进行空间观察, 在看到支架杆(黑/蓝色)时, 再缓慢释放; (2) 将近端法兰释放放在内镜钳道内, 再通过慢慢推拉内镜的方式将法兰移出钳道。

重症胰腺炎合并胰管断裂综合征进行 ERCP 或 EUS 介入操作需警惕加重囊内感染可能, 尤其是过早干预可能加重感染。假性囊肿或包裹性坏死一部分可自行吸收, 或形成消化道瘘口, 其治疗常需多学科讨论, 推荐将经鼻引流管应用于复杂情况的引流及观察。

三、超声内镜引导胃 肠吻合术(EUS-GE)操作失败的原因及解决办法

肠道蠕动较快、肠道不固定, 穿刺时易将肠道推远, 导致直接法 EUS-GE 的失败率较高。双球囊法可固定远端肠管, 注水后进行穿刺较安全, 但仍有距离胃较远导致穿刺失败的可能。利用回收矛的方法可以帮助固定肠管, 有效解决肠管移位问题。

DOI: 10.3760/cma.j.cn321463-20250515-00203

收稿日期 2025-05-15 本文编辑 朱悦

引用本文: 张政, 陈光勇, 王拥军, 等. 第五十三届“友谊”消化内镜沙龙——EUS 篇会议纪要[J]. 中华消化内镜杂志, XXXX, XX(XX): 1-2. DOI: 10.3760/cma.j.cn321463-20250515-00203.



四、超声内镜引导胰管引流术(EUS-PD)操作中面临的问题及解决办法

文献报道的EUS-PD技术难度大,成功率约为80%,胰腺与胃分离导致穿刺时缺少支撑、慢性胰腺炎时胰腺硬度变大可能是其原因。穿刺成功对接率仅有44%,其中导丝脱皮切割、胰管空间小等是主要原因;穿刺后时机往往只有一次,胰液漏出导致胰管很快显示不清;导丝嵌顿的常见位置为胰颈部胰管分叉处。

普通穿刺针设计不利于导丝方向调整,易导致导丝脱皮切割,处理办法:(1)导丝加装外鞘管,可避免导丝切割问题,但会导致造影困难;(2)导丝只进不退,通常只有一次机会;(3)细导丝(0.018英寸),但置放支架时可能支撑力不够。

对于扩张器械的选择,亦各有利弊:10 Fr囊肿切开刀出血风险较大,6 Fr囊肿切开刀在慢性胰腺炎时可能导致扩张的通道较窄而置入附件困难,可再增加7~8 Fr探条进行扩张。

五、消化道黏膜下肿物EUS诊断

黏膜下肿物进行EUS扫查时需结合病史、超声下表现,警惕转移瘤或者恶性可能,尤其在食管下段、贲门至胃底位置,鳞癌易出现此部位黏膜下转移。

白光加装透明帽的方式有助于十二指肠球后壁、球降交界处的黏膜下肿物以及乳头病变的观察,扇扫加水囊有利于球降交界病变的观察。

六、胰腺病变EUS筛查及诊断

EUS对胰腺微小病变(早期胰腺癌)的筛查非常重要,每次EUS都应进行全面扫查,并进行标准化管理。现场细胞学评估(ROSE)可对EUS-FNA获得的细胞量及病变性质进行初步判断,有助于减少穿刺针数,应加强推广。ROSE细胞学诊断的5个层次包括:良性、非典型性、肿瘤(良性和其他)、可疑癌、明确癌。

肿块型自身免疫性胰腺炎与胰腺癌有时鉴别困难,多需进行EUS-FNA明确诊断。慢性胰腺炎晚期胰腺实质钙

化、结石导致回声衰减严重,此时期发生恶变时无论影像学还是超声均很难进行诊断,建议通过EUS-FNA进行鉴别区分。

文献报道胰腺神经内分泌肿瘤漏诊率高达30%~40%,多位于胰尾部,原因是解剖位置上有些胰尾部距离同平面的胃腔较远,且神经内分泌肿瘤通常较小,建议多层面多方向进行EUS扫查,或者通过经降结肠段EUS对胰尾部进行扫查和EUS-FNA,并需警惕多发病变的可能。EUS定位需准确,有利于外科局部手术。胰腺神经内分泌肿瘤临床症状不典型时多不容易寻找,典型的EUS表现为低回声、边界清楚,多普勒可见绕瘤血管环,超声内镜造影可提示富血供。

七、肝脏EUS-FNA相关问题

肝脏病变多样,如转移瘤、结核、血管内皮瘤等多种少见病,进行穿刺病理检查时建议完善患者既往病史及影像学等资料,有利于开展针对性免疫组化,提升诊断效率。EUS-FNA进行肝穿诊断时,穿刺组织内的汇管区应大于10个,肝脏血运丰富会导致凝血较多。与传统肝穿相比EUS-FNA腹痛并发症少,但收费较高。利用扇形穿刺、负压法以及活检穿刺针可提高EUS-FNA获取组织效率,而慢提针芯法是否获益并不确切。

八、经结肠与经食管EUS-FNA的问题

经结肠EUS可扫查下腹部及盆腔病变,增加EUS应用范围,但应注意扇扫进镜的风险以及穿刺致感染的风险。目前EUS白光下可以看到探头先端,进镜时应避免探头先端损伤肠壁,探头的存在加长了弯曲部长度,一定程度上有利于解襟操作。腹膜后纤维化CT上表现为包绕腹主动脉及髂血管分叉处的软组织密度影,其特异性占比约70%,反映出对疾病认识不足,利用经结肠EUS-FNA获得病理较CT引导更安全,有助于寻找此类疾病的病因。

纵隔淋巴结活检方式包括经食管和经支气管,经食管EUS-FNA可以穿到2、4R、4L、5、8区及胃左区域淋巴结。优点是可以在麻醉下进行,针更粗,有利于病理组织病理获取。