·病例报道·

内镜超声下胰管会师术治疗胰管内占位性病变一例

熊伟[1]　郭学刚[2]　张林慧[2]　任贵[2]　罗冰[2]　潘阳林[2]
[1]福建医科大学孟超肝胆医院消化内镜室，福州 350025；[2]空军军医大学西京消化病医院消化六科，西安 710032
通信作者：潘阳林，Email：49255980@qq.com

【提要】 超声内镜引导下胰管穿刺引流术（endoscopic ultrasonography-guided pancreatic duct drainage，EUS-PD）是 ERCP 胰管插管失败后的重要补救措施。本文报道一例十二指肠乳头癌切除术后出现复发性胰腺炎，经超声内镜诊断为胰管内占位性病变，ERCP 插管失败后行超声内镜引导下会师术（EUS-guided rendezvous，EUS-RV），术中成功取出胰管内占位性病变，获得病理诊断，并解除胰管梗阻，术后无并发症发生。。

【关键词】 腔内超声检查；　胰腺炎；　穿刺术；　引流
DOI：10.3760/cma.j.cn321463-20200413-00816

The endoscopic ultrasound-guided rendezvous for pancreatic duct lesion：a case report

Xiong Wei[1], Guo Xuegang[2], Zhang Linhui[2], Ren Gui[2], Luo Bing[2], Pan Yanglin[2]
[1]Department of Digestive Endoscopy, Mengchao Hepatobiliary Hospital of Fujian Medical University, Fuzhou 350025, China; [2]Department of Gastroenterology, Xijing Hospital Affiliated to Air Force Medical University, Xi'an 710032, China
Corresponding author: Pan Yanglin, Email: 49255980@qq.com

患者女，62 岁，主因“十二指肠乳头切除术后 7 月，间断上腹痛、发热 2 周”入院。患者 7 个月前因梗阻性黄疸于外院诊断为十二指肠乳头占位，行 ERCP 胆道支架植入及十二指肠乳头活检，病理示乳头绒毛管状腺瘤伴局灶高级别上皮内瘤变，后行内镜下十二指肠乳头切除术（endoscopic papillectomy，EP），术后病理示十二指肠乳头癌，侵及黏膜肌层。2019 年 7 月出现间断上腹痛伴发热，于外院化验血淀粉酶1 650 U/L，血脂肪酶 3 200 U/L。腹部超声示十二乳头占位性病变不除外，肝内外胆管、主胰管扩张。诊断为急性胰腺炎、EP 术后复发不除外，予对症治疗症状缓解，但腹痛、发热症状仍反复发作，遂入院。入院后查肝功示总胆红素25.8 μmol/L、碱性磷酸酶 143 U/L、γ-谷氨酰转肽酶138 U/L，血淀粉酶 481 IU/L，肿瘤标志物未见异常。超声内镜检查示胆胰管扩张，主胰管末端实性占位性病变（0.7 cm×0.6 cm）（图 1）。考虑患者胰腺炎反复发作，且胰管末端存在占位性病变，有 ERCP 指征。1 周后行 ERCP，术中成功进入胆管，造影见胆总管轻度扩张，胆汁排流畅，因 EP 术后瘢痕改变，反复尝试胰管插管未能成功（图 2）。因术前超声内镜提示存在胰管末端占位及胰管扩张，遂决定行超声内镜引导下胰管穿刺引流术（endoscopic ultrasonography-guided pancreatic duct drainage，EUS-PD），EUS 引导下经胃使用 19 G 穿刺针穿刺进入胰体部扩张胰管（图 3），置入 0.025 inch（1 inch = 2.54 cm）弯头导丝，6 Fr 囊肿切开刀扩张穿刺道，导丝超选顺行进入十二指肠，造影见胰管及十二指肠显影（图 4），保留导丝，更换十二指肠镜，于十二指肠降段找到导丝（图 5），循导丝逆行进入胰管，6 mm 柱状球囊扩张胰管狭窄部位，造影示胰管扩张，胰管末端占位（图 6），球囊取出胰管内不规则团状组织（图 7），置入胰管支架。团块组织病理示至少为高级别上皮内瘤变（图 8）。因无法判断胰管内局部是否存在病变残留，与患者家属沟通后决定追加外科手术。2 周后行胰十二指肠切除术（图 9），术后病理示胰胆管慢性炎急性活动，局部鳞状上皮化生，浆细胞、嗜酸性粒细胞浸润伴间质纤维化。切缘、淋巴结未见肿瘤细胞（图 10）。术后随访 3 个月，患者病情稳定，无明显不适症状。

讨论　十二指肠乳头肿瘤患病率为 0.04%～0.12%，既往治疗以外科为主，但术后病死率高达 1%～9%[1-2]。内镜诊疗技术的发展使十二指肠乳头肿瘤内镜下切除成为可能，但内镜切除术后病变残留或复发率高达 5%～10%[3]，因此精准的术前评估对于肿瘤的完整切除及降低术后残留有着至关重要的作用。超声内镜、胰胆管内超声及 ERCP 均可有效评估十二指肠肿瘤范围、T 分期及是否累及胆胰管，同时可取活检获得病理诊断，是重要的术前评估方式。而 EUS-PD 是 ERCP 胰管插管失败后的重要补救措施[4]。有报道 EUS 引导下胰管穿刺引流术的技术

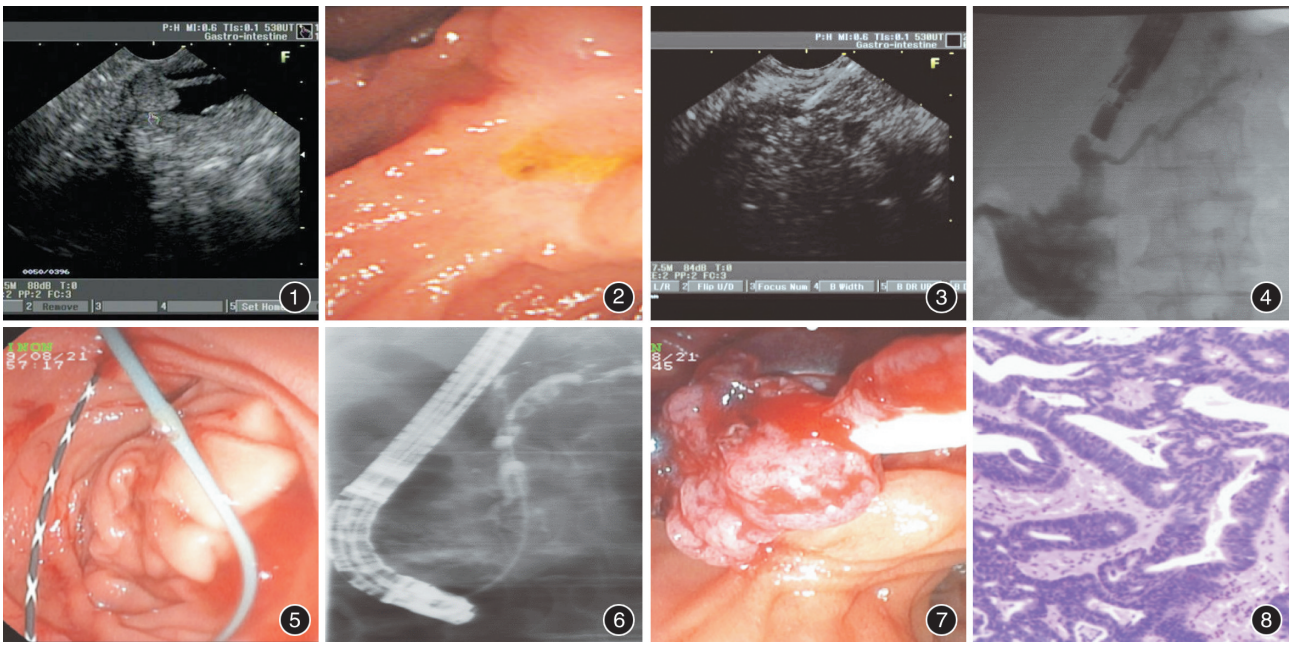


图 1　内镜超声检查示胰管末端占位性病变　**图 2**　十二指肠乳头呈术后改变　**图 3**　内镜超声检查示穿刺针穿入扩张胰管　**图 4**　囊肿刀扩张穿刺道，导丝超选进入十二指肠，造影见胰管及十二指肠均显影　**图 5**　十二指肠降段找到导丝　**图 6**　造影显示胰管扩张，胰管末端占位　**图 7**　球囊取出不规则团块状组织　**图 8**　病理提示至少为高级别上皮内瘤变　HE　×400

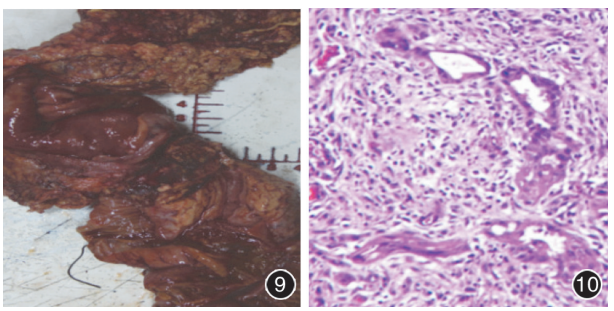


图 9　手术切除标本　**图 10**　术后病理：胰胆管慢性炎急性活动，局部鳞状上皮化生，浆细胞、嗜酸性粒细胞浸润伴间质纤维化　HE　×100

成功率 78%，临床有效率 74.5%，并发症发生率 20%[5]。

EUS-PD 适应证主要包括无法控制的腹痛、复发性胰腺炎、持续的胰-皮瘘、胰管扩张等情况，尝试 ERCP 失败、胰管结石体外震波碎石失败、胰肠吻合口无法到达、胰管断裂等[5]。此例患者属于复发性胰腺炎，且 ERCP 插管失败，因此选择 EUS-PD 治疗是合适的。EUS-PD 具体方式包括顺行支架植入、逆行支架植入以及超声内镜引导下会师术（EUS-guided rendezvous，EUS-RV）三种方式。一般主张优先选择行 EUS-RV，因为它可以通过十二指肠乳头或者胰腺消化道吻合口实现理想的胰液引流，而且跨胃肠壁支架置入术由于需要多次的通道扩张，有引起严重不良反应的风险[6]。本例成功会师并取出胰管占位性病变，患者术后无上述并发症，然而我们无法判断其病变是否为胰管内残留或复发，故追加手术，术后病理证实无残留。因此我们推测 EUS-RV 后 ERCP 可能有机会清除胰管末端残留或复发的早癌病变。

综上，通过诊治该病例，我们的初步经验认为：对于 ERCP 胰管插管失败的胰管梗阻的患者，可采取 EUS-PD。情况允许时应首选 EUS-RV，该方法技术可行、安全有效，但需由具有丰富 ERCP 及 EUS 诊治经验的专家进行操作。

利益冲突　所有作者声明不存在利益冲突

参 考 文 献

[1] Bohnacker S, Seitz U, Nguyen D, et al. Endoscopic resection of benign tumors of the duodenal papilla without and with intraductal growth[J]. Gastrointest Endosc, 2005, 62(4): 551-560. DOI: 10.1016/j.gie.2005.04.053.

[2] 洪德飞，刘亚辉，张宇华，等. 腹腔镜胰十二指肠切除术 80 例疗效分析[J]. 中国实用外科杂志，2016，36(8)：885-888，893. DOI：10.7504/CJPS.ISSN1005-2208.2016.08.17.

[3] 王雷，李兆申. 十二指肠乳头腺瘤内镜切除术临床应用进展[J]. 中华消化内镜杂志，2007，24(4)：315-318. DOI：10.3760/cma.j.issn.1007-5232.2007.04.040.

[4] Will U, Reichel A, Fueldner F, et al. Endoscopic ultrasonography-guided drainage for patients with symptomatic obstruction and enlargement of the pancreatic duct[J]. World J Gastroenterol, 2015, 21(46): 13140-13151. DOI: 10.3748/wjg.v21.i46.13140.

[5] Nakai Y, Kogure H, Isayama H, et al. Endoscopic ultrasound-guided pancreatic duct drainage[J]. Saudi J Gastroenterol, 2019, 25(4): 210-217. DOI: 10.4103/sjg.SJG_474_18.

[6] Kahaleh M, Sharaiha RZ, Kedia P, et al. Mo1372 EUS-guided pancreatic drainage for pancreatic strictures after failed ERCP: a multicenter international collaborative study[J]. Gastrointest Endosc, 2014, 79(5): AB412-413. DOI: 10.1016/j.gie.2014.02.549.

（收稿日期：2020-04-13）

（本文编辑：周昊）