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1月 第41卷 第1期

CHINESE JOURNAL OF DIGESTIVE ENDOSCOPY

Volume 41 Number 1
January 2024

CHINESE MEDICAL ASSOCIATION

ISSN 1007-5232

·病例报道·

内镜黏膜下剥离术重力牵引治疗结肠憩室内侧向发育型肿瘤1例

项英[1]　赵灏[2]　王亚楠[1]　徐桂芳[1]

[1]南京大学医学院附属鼓楼医院消化内科，南京 210008；[2]山西省阳泉市第一人民医院消化内科，阳泉 045000

通信作者：徐桂芳，Email：xuguifang@njglyy.com

【提要】 结肠憩室内合并肿瘤较少见，通常伴随着早期进展、恶性程度高等特点，早期符合适应证可通过内镜黏膜下剥离术（endoscopic submucosal dissection，ESD）治疗。介绍一例结肠憩室内侧向发育型肿瘤通过重力牵引辅助ESD达到治愈性切除，且术后无并发症，术后瘢痕愈合良好。

【关键词】 憩室，结肠；　侧向发育型肿瘤；　内镜黏膜下剥离术

基金项目：江苏省重点研发计划（社会发展）面上项目（BE2021601）

Gravitational traction-assisted endoscopic submucosal dissection for laterally spreading tumor within a colonic diverticulum: a case report

Xiang Ying[1], Zhao Hao[2], Wang Yanan[1], Xu Guifang[1]

[1] Department of Gastroenterology, Nanjing Drum Tower Hospital, The Affiliated Hospital of Nanjing University Medical School, Nanjing 210008, China; [2] Department of Gastroenterology, Yangquan First People's Hospital, Yangquan 045000, China

Corresponding author: Xu Guifang, Email: xuguifang@njglyy.com

患者女，68岁，因“便秘30年余”，至南京大学医学院附属鼓楼医院门诊。门诊肠镜示全结肠多发大小不等憩室（图1A），乙状结肠见一颗粒样隆起，一侧向憩室内生长，表面充血，有分叶（图1B）。小探头超声检查示乙状结肠黏膜病变局限于黏膜层，黏膜层增厚，黏膜下层完整。小肠三维重建示乙状结肠迂曲冗长，横结肠位置变异伴多发憩室（图1C），无恶性转移征象，为进一步行内镜黏膜下剥离术（endoscopic submucosal dissection，ESD）治疗入住鼓楼医院。患者既往病史无特殊，无吸烟、酗酒史，无高血压、糖尿病病史，有阑尾切除手术史。

入院后完善相关实验室检查，患者术前未服用抗血小板药物及抗凝药物，三大常规（血、尿、便）、凝血功能及消化道常规（CEA、CA19-9、AFP、CA72-4、CA242、CA125）检查未见异常，胃镜示慢性萎缩性胃炎（木村竹本分型C1），胃底见增生性息肉。排除禁忌证后予签署知情同意书并于入院第4天行ESD。手术过程：日本Olympus Q260J内镜前端安装透明帽（D-206-05，Olympus），黄金刀（MK-T-1-195-N，南京微创）在乙状结肠病灶黏膜下注入生理盐水+亚甲蓝+肾上腺素混合液，抬举良好，黄金刀在病变处环周切开黏膜，通过重力牵引，逐步黏膜下剥离，直至完整剥离病变（图2A~2C），热止血钳处理创面，未见活动性出血，随镜取出标本送检，标本大小约3.5 cm×3.0 cm（图2D），手术时间约40 min，术后予禁食、补液。术后第1天，患者出现发热，热峰38.9 ℃，血常规未见明显异常，考虑手术创面大术后创面炎症反应，予物理降温、吲哚美辛栓肛塞、头孢唑肟预防感染，术后第2天患者体温恢复正常后出院。术后病理示（乙状结肠）管状腺瘤伴腺上皮高度上皮内瘤变及局灶癌变（黏膜内腺癌），肿瘤范围约3.3 cm×2.2 cm×0.5 cm，癌变病灶（黏膜内癌）为散在多灶，镜下病变长径0.1~0.3 cm，呈高分化，癌组织累及黏膜肌层，无溃疡，无淋巴管、脉管侵犯，水平切缘、垂直切缘阴性，周围黏膜示慢性肠炎（图3）。3个月后复查肠镜示ESD后瘢痕愈合良好（图4）。

讨论　结肠憩室合并肿瘤通常伴随着早期进展、恶性

DOI：10.3760/cma.j.cn321463-20230522-00419

收稿日期　2023-05-22　　**本文编辑**　周昊

引用本文：项英，赵灏，王亚楠，等. 内镜黏膜下剥离术重力牵引治疗结肠憩室内侧向发育型肿瘤1例[J]. 中华消化内镜杂志，2024，41(1)：71-73. DOI：10.3760/cma.j.cn321463-20230522-00419.

www.zhxhnjzz.com

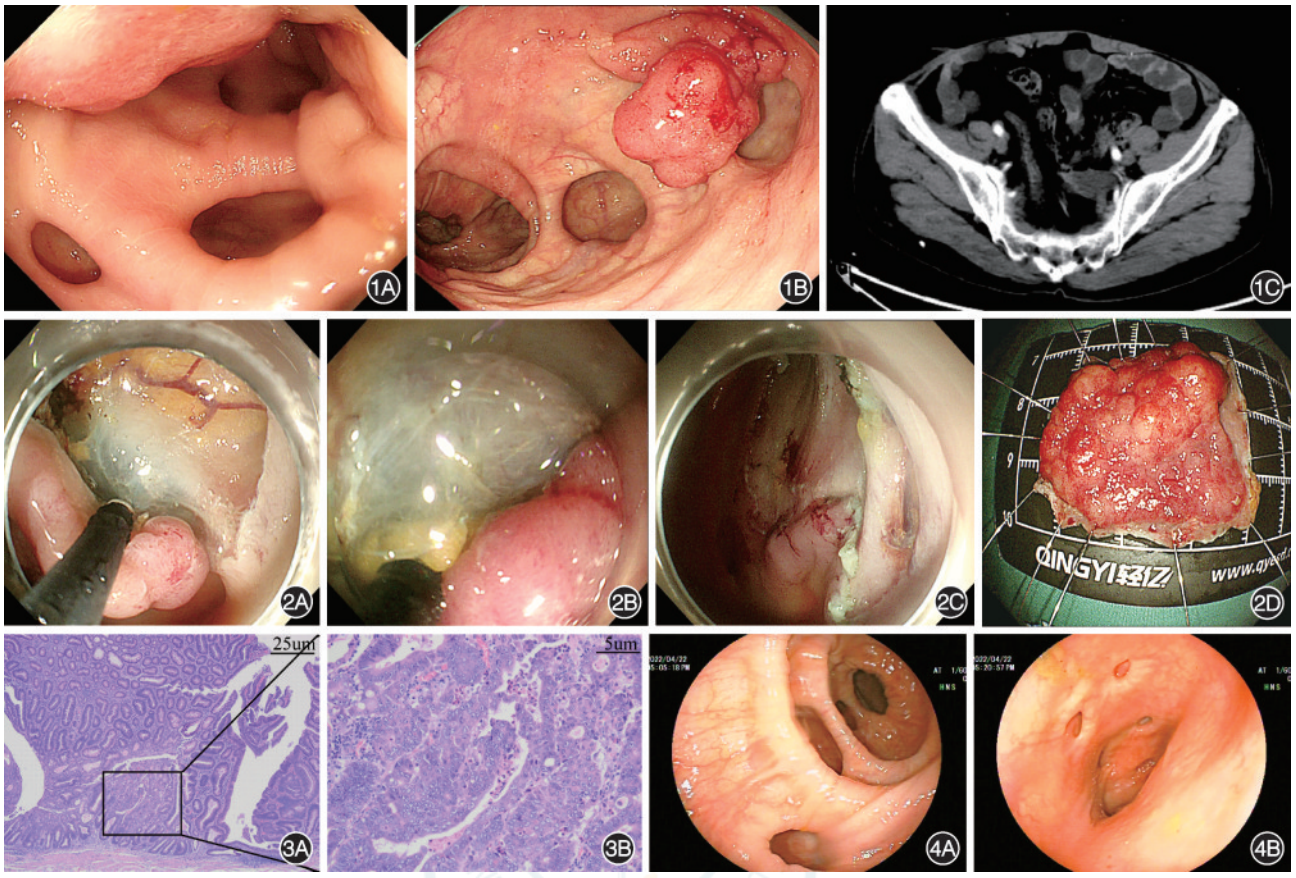


图 1　结肠憩室患者术前评估　1A：白光肠镜提示结肠多发大憩室；1B：结肠黏膜病变，部分病变向憩室内生长；1C：小肠 CT 评估病变深度及病变广度　**图 2**　内镜黏膜下剥离术（ESD）重力牵引治疗结肠憩室内侧向发育型肿瘤过程　2A：重力牵引；2B：黏膜下注水；2C：ESD 术后创面；2D：ESD 术后病灶　**图 3**　结肠憩室内侧向发育型肿瘤患者乙状结肠处病变术后病理　3A：病变示管状腺瘤伴瘤上皮高度上皮内瘤变　HE　×40；3B：病变示黏膜内腺癌　HE　×200　**图 4**　内镜黏膜下剥离术（ESD）治疗结肠憩室内侧向发育型肿瘤患者 3 个月后复查肠镜　4A：结肠多发憩室；4B：结肠憩室内侧向发育型肿瘤 ESD 术后瘢痕

程度高、生存率低等特点，需要定期监测来实现早诊、早治。结肠多发憩室往往影响内镜观测视野，而透明帽辅助可有效提高腺瘤检出率[1-3]。本例患者以长期便秘为主要临床表现，术前使用透明帽辅助肠镜评估病灶位置及大小，并通过 CT 及超声内镜评估病灶浸润深度未超过黏膜下层、未见转移等，符合 ESD 治疗适应证。

憩室内肿瘤位置增加了内镜下手术难度，Muramoto 等[4]通过用镊子牵引将憩室反转至结肠腔内，并使用牵引装置进行 ESD，对憩室内病灶予内镜下切除。注水 ESD 通过结肠腔内抽吸气体并注入无菌水或生理盐水后，可以不经黏膜下注射而切除病变，对于结肠憩室内肿瘤也可整块切除[5-6]。ESD 对于接近憩室或延伸到憩室的结肠腺瘤都能做到很好地切除，R0 切除率达 95.0%~96.3%，治愈性切除率达 88.9%~90.0%[7]，剪式刀（日本住友电木公司锹形甲虫刀 Jr）可辅助 ESD 对累及结肠憩室的 EMR 术后复发肿瘤形成的纤维瘢痕进行解剖，减少穿孔等并发症[8]。本例患者病变位于乙状结肠，我们利用重力牵引，实现对病变完整剥离，为治愈性切除，未出现出血、穿孔等并发症，手术较成功。

结肠憩室本身容易合并出血，结肠憩室出血占下消化道出血的 23.0%~41.6%[9-10]，结肠憩室合并肿瘤行 ESD 会增加出血的风险。ESD 术后出血的危险因素包括肿瘤位置、肿瘤大小和抗血小板药物，肿瘤位于直乙部以下易术后迟发性出血（*OR*=6.49，95%*CI*：1.96~21.42，*P*=0.002），对于这类患者，术后应严密监测[11]。憩室病合并憩室炎的结肠癌发病率约为无憩室炎的 2.2 倍，既往未进行结肠镜筛查的憩室炎患者患结肠癌的风险为结肠镜筛查患者的 2.72 倍，对于诊断憩室病的患者应常规进行结肠镜检查[12]。本例患者术后病理提示憩室存在炎症，乙状结肠病变为管状腺瘤并局灶癌变（黏膜内腺癌）。患者便秘 30 年余，既往未常规结肠镜检查，无法评估憩室及炎症存在情况，但疾病进展存在一定相关性，有结肠癌发生的高危风险，故术后应关注症状，每年定期复查肠镜。

该例报道对于憩室病患者的管理具有一定借鉴意义，常规结肠镜筛查对这类患者可起到早诊断、早治疗的作用。另外，ESD 对于结肠憩室合并肿瘤患者可做到治愈性切除，术前应做好相关评估，包括浸润深度，有无淋巴转移等。目前对于憩室炎合并肿瘤 ESD 术后淋巴转移风险缺乏大数据研究，对这类患者术后应定期随访，评估淋巴转移的风险。

利益冲突　所有作者声明不存在利益冲突

www.zhxhnjzz.com

参 考 文 献

[1] Cohn KH, Weimar JA, Fani K, et al. Adenocarcinoma arising within a colonic diverticulum: report of two cases and review of the literature[J]. Surgery, 1993, 113(2):223-226.

[2] Nomi M, Umemoto S, Kikutake T, et al. A case of carcinoma arising in a diverticulum of the transverse colon[J]. Gan To Kagaku Ryoho, 2014, 41(12):1680-1682.

[3] Kim SY, Park HJ, Kim HS, et al. Cap-assisted chromoendoscopy using a mounted cap versus standard colonoscopy for adenoma detection[J]. Am J Gastroenterol, 2020, 115(3):465-472. DOI: 10.14309/ajg.0000000000000510.

[4] Muramoto T, Ohata K, Negishi R, et al. Successful endoscopic submucosal dissection for a tumor located completely within a colonic diverticulum after inversion of the diverticulum using a traction device[J]. VideoGIE, 2021, 6(12): 559-561. DOI: 10.1016/j.vgie.2021.09.005.

[5] Amato A, Radaelli F, Spinzi G. Underwater endoscopic mucosal resection: the third way for en bloc resection of colonic lesions? [J]. United European Gastroenterol J, 2016, 4(4):595-598. DOI: 10.1177/2050640615617635.

[6] Hayashi Y, Okada M, Morikawa T, et al. Underwater endoscopic mucosal resection without submucosal injection facilitates en bloc resection of colon adenomas extending into a diverticulum[J]. Clin Endosc, 2021, 54(3): 436-440. DOI: 10.5946/ce.2020.168.

[7] Muramoto T, Ohata K, Sakai E, et al. Endoscopic submucosal dissection for colorectal neoplasms in proximity or extending to a diverticulum[J]. Surg Endosc, 2021, 35(7): 3479-3487. DOI: 10.1007/s00464-020-07795-y.

[8] Takasago T, Kuwai T, Yamaguchi T, et al. Endoscopic submucosal dissection with a scissors-type knife for post-EMR recurrence tumor involving the colon diverticulum[J]. VideoGIE, 2017, 2(8): 211-212. DOI: 10.1016/j. vgie. 2017. 05.002.

[9] Hreinsson JP, Gumundsson S, Kalaitzakis E, et al. Lower gastrointestinal bleeding: incidence, etiology, and outcomes in a population-based setting[J]. Eur J Gastroenterol Hepatol, 2013, 25(1):37-43. DOI: 10.1097/MEG.0b013e32835948e3.

[10] Longstreth GF. Epidemiology and outcome of patients hospitalized with acute lower gastrointestinal hemorrhage: a population-based study[J]. Am J Gastroenterol, 1997, 92(3): 419-424.

[11] Seo M, Song EM, Cho JW, et al. A risk-scoring model for the prediction of delayed bleeding after colorectal endoscopic submucosal dissection[J]. Gastrointest Endosc, 2019, 89(5): 990-998.e2. DOI: 10.1016/j.gie.2018.11.029.

[12] Mortensen LQ, Burcharth J, Andresen K, et al. An 18-year nationwide cohort study on the association between diverticulitis and colon cancer[J]. Ann Surg, 2017, 265(5): 954-959. DOI: 10.1097/SLA.0000000000001794.

·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

ERCP(内镜逆行胰胆管造影术)
EST(经内镜乳头括约肌切开术)
EUS(超声内镜检查术)
EUS-FNA(超声内镜引导细针穿刺抽吸术)
EMR(内镜黏膜切除术)
ESD(内镜黏膜下剥离术)
ENBD(经内镜鼻胆管引流术)
ERBD(经内镜胆道内支架放置术)
APC(氩离子凝固术)
EVL(内镜下静脉曲张套扎术)
EIS(内镜下硬化剂注射术)
POEM(经口内镜食管下括约肌切开术)
NOTES(经自然腔道内镜手术)
MRCP(磁共振胰胆管成像)
GERD(胃食管反流病)
RE(反流性食管炎)
IBD(炎症性肠病)
UC(溃疡性结肠炎)
NSAIDs(非甾体抗炎药)
PPI(质子泵抑制剂)
HBV(乙型肝炎病毒)
HBsAg(乙型肝炎病毒表面抗原)
Hb(血红蛋白)
PaO_2(动脉血氧分压)
$PaCO_2$(动脉血二氧化碳分压)
ALT(丙氨酸转氨酶)
AST(天冬氨酸转氨酶)
AKP(碱性磷酸酶)
IL(白细胞介素)
TNF(肿瘤坏死因子)
VEGF(血管内皮生长因子)
ELISA(酶联免疫吸附测定)
RT-PCR(逆转录-聚合酶链反应)

www.zhxhnjzz.com

南微医学

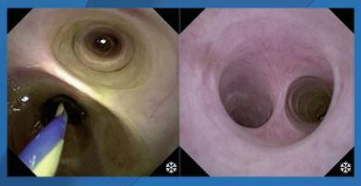
eyeMax 洞察

胰胆成像系统

一次性胰胆成像导管

新品上市

清：高亮光源，清晰成像



灵：四向转角

细：9F纤细管径

大：器械通道直径≥1.8mm

成像控制器

规格型号	导管直径	器械通道直径	有效工作长度	视野角度
CDS22001	9F	≥1.0 mm	2200 mm	120°
CDS11001	11F	≥1.8 mm		

广告

苏械广审(文)第250206－16195号
苏械注准 20212061554　苏械注准 20212061309
南微医学科技股份有限公司生产

禁忌内容或注意事项详见说明书　仅限专业医疗人员使用

400 025 3000 全国服务电话
www.micro-tech.com.cn

南微医学科技股份有限公司
南京高新开发区高科三路10号
025 5874 4269
info@micro-tech.com.cn

PENTAX
MEDICAL

广阔“视”界
大有可为



超声电子上消化道内窥镜：国械注进 20213060225
超声电子上消化道内窥镜：国械注进 20213060226
超声电子上消化道内窥镜：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

广告