·病例报道·

内镜下切除巨大食管支气管源性囊肿1例(含视频)

于航[1]　戎龙[1]　蔡云龙[1]　张继新[2]
[1]北京大学第一医院内镜中心,北京 100034;[2]北京大学第一医院病理科,北京 100034
通信作者:戎龙,Email: ronglong8@vip.sina.com

扫码查看操作视频

【提要】 支气管囊肿是一种罕见的先天性畸形,由胚胎发育异常引起。食管壁内支气管囊肿在临床上并不常见。本文报道1例位于食管壁黏膜下层的巨大支气管源性囊肿,并进行了内镜下整块切除。

【关键词】 支气管源性囊肿;　食管;　内镜黏膜下剥离术
基金项目:中央高水平医院临床科研项目北京大学第一医院院内交叉研究专项(2024IR01)

Endoscopic submucosal dissection for a giant bronchogenic cyst located in the wall of esophagus (with video)

Yu Hang[1], Rong Long[1], Cai Yunlong[1], Zhang Jixin[2]
[1]Endoscopy Center, Peking University First Hospital, Beijing 100034, China; [2]Department of Pathology, Peking University First Hospital, Beijing 100034, China
Corresponding author: Rong Long, Email: ronglong8@vip.sina.com

患者男,36岁,因“体检发现食管占位2个月”入院。患者2个月前体检行肺部CT发现食管占位,进一步行上消化道造影检查发现食管胸上段(胸4~6椎体水平)管腔扩张,腔内可见充盈缺损,大小约3.1 cm×3.0 cm×8.2 cm(左后×前后×上下),边缘光滑,钡剂通过略受阻(图1)。胃镜检查提示食管距门齿20 cm可见10 cm×5 cm宽基隆起,基底部宽约4 cm,表面光滑,活动度好,考虑黏膜下病变。为进一步诊疗收入我院。患者既往体健,无手术、外伤史,无消化道肿瘤家族史。入院体格检查及实验室检查无异常。入院后完善胸部增强CT提示颈1~5椎体水平食管中上段腔内可见多个呈串分布的囊性灶(图2),部分囊内密度稍高,增强扫描未见强化,累及范围约10.4 cm,局部管腔狭窄,食管壁光滑。考虑患者食管巨大黏膜下病变诊断明确,拟行内镜下切除。术前超声内镜检查(endoscopic ultrasonography, EUS)可见起源于食管壁黏膜下层的无回声团块,局部可见中高回声改变,提示该处为囊性病灶(图3)。考虑到本处病灶虽然体积巨大,但病灶完全局限于食管壁黏膜下层,因此采用内镜黏膜下剥离术(endoscopic submucosal dissection, ESD)对病灶进行整块切除(见视频),术后病理检查发现黏膜下层存在囊性结构,囊腔内衬有纤毛柱状上皮和单层鳞状上皮,囊肿旁可见成熟的脂肪组织、软骨成分及小型腺体,最终病理诊断为支气管源性囊肿(图4)。

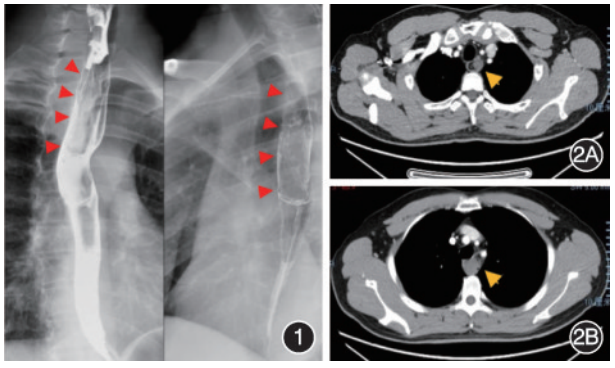


图1　上消化道造影提示食管胸上段管腔扩张,腔内可见充盈缺损(红色箭头)　**图2**　增强CT提示食管中上段多个呈串分布的囊性灶(黄色箭头)

讨论　支气管源性囊肿是一种罕见的良性先天性畸形,由胚胎发育异常引起。异常胚胎发育阶段决定着支气管源性囊肿的发生部位,大部分位于纵隔和肺部,但也可能出现在腹膜后、胸腺、食管等其他部位[1-3]。虽然支气管源性囊肿属于良性疾病,但囊肿增大后可压迫周围组织引起并发症及恶性病变,因此对于此类病变建议切除治疗。

位于食管壁内的支气管源性囊肿在临床中较为少见,

DOI:10.3760/cma.j.cn321463-20251113-00442
收稿日期　2025-11-13　　**本文编辑**　朱悦
引用本文:于航, 戎龙, 蔡云龙, 等. 内镜下切除巨大食管支气管源性囊肿1例(含视频)[J]. 中华消化内镜杂志, XXXX, XX(XX): 1-2. DOI: 10.3760/cma.j.cn321463-20251113-00442.

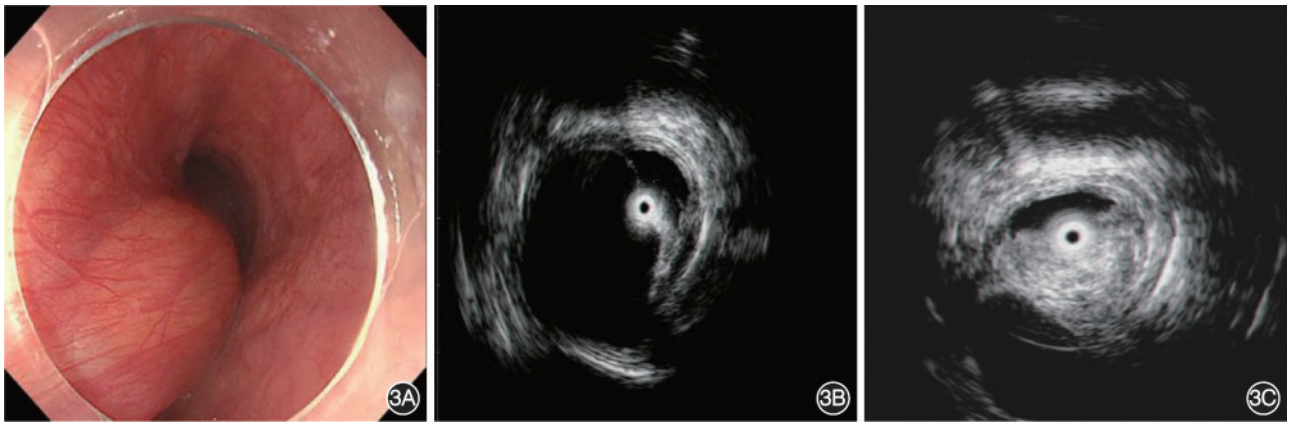


图3　食管巨大黏膜下病变内镜表现　3A：胃镜可见食管距门齿20 cm椭圆形宽基隆起，表面黏膜光滑；3B：超声内镜可见起源于食管壁黏膜下层的无回声团块；3C：超声内镜下病灶局部可见团块状高回声区域

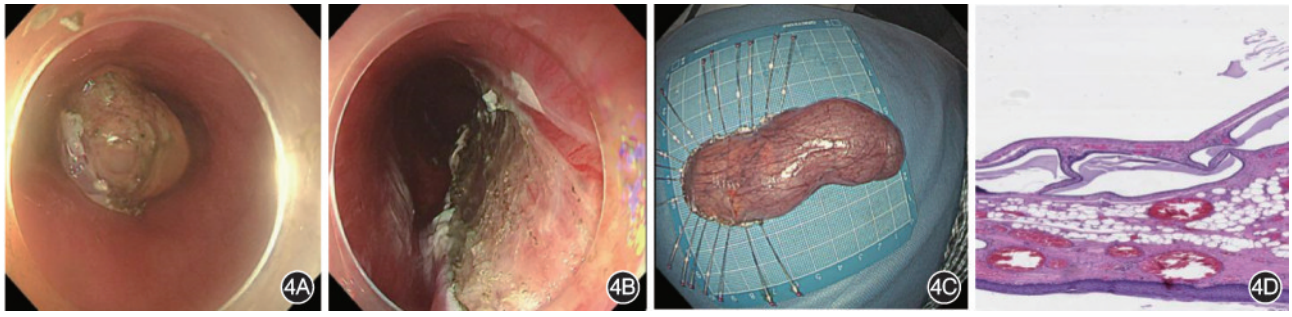


图4　食管巨大黏膜下病变内镜切除及病理表现　4A：内镜黏膜下剥离术完整切除病变；4B：术后创面；4C：术后标本；4D：组织病理发现食管壁间质内形成囊肿，被覆纤毛柱状上皮，符合支气管源性囊肿诊断　HE　×10

其临床表现因囊肿大小而异，多数患者无症状，或仅表现为轻度吞咽困难、进食哽噎感[4]。由于临床症状缺乏特异性，这类病变常在常规体检中被偶然发现。本例患者无临床症状，在常规体检中通过胸部CT发现长径超过10 cm的巨大食管占位，后续上消化道造影及胸部增强CT检查均明确发现食管腔内囊性占位病变。EUS是评估支气管源性囊肿的重要手段之一。食管支气管源性囊肿在EUS下主要表现为无回声或低回声改变。本例患者EUS发现病灶主体为无回声团块，局部可见中高回声改变，增强CT也提示部分囊腔内密度稍高，考虑与囊内含有黏稠碎片物质以及脂肪组织有关。有研究认为EUS引导细针穿刺活检有助于本病的诊断[5]，然而考虑囊液穿刺后可能导致纵隔感染等不良后果，本例术前未行穿刺活检。在既往文献报道中，食管壁支气管源性囊肿多位于食管固有肌层内，部分较大、较深并向腔外明显生长的病灶需要外科手术切除[6]。然而EUS发现本例巨大支气管源性囊肿主要位于食管壁黏膜下层，整体位置表浅，因此可以通过ESD切除。由于食管腔空间有限、瘤体巨大，因此本例在剥离过程中，从口侧环半周切开黏膜层、建立黏膜瓣后，充分利用重力自牵引作用，沿黏膜下层向肛侧剥离。瘤体的主体剥离后，对病变肛侧的黏膜进行背侧离断，最终通过ESD超级微创的方式完整切除了病变，从而减少了手术创伤、加快了术后恢复。

综上所述，食管支气管源性囊肿属于良性先天畸形，但有压迫周围组织脏器造成并发症的风险，建议切除治疗。影像学检查及EUS均有助于我们对病变的部位、大小、性质进行综合评估，以制定最佳的治疗策略。位于食管固有肌层、外生为主的病灶常常需要外科手术切除，而位置表浅、局限于黏膜下层的病变，可通过ESD完整切除。

利益冲突　所有作者声明不存在利益冲突

参　考　文　献

[1] Altieri MS, Zheng R, Pryor AD, et al. Esophageal bronchogenic cyst and review of the literature[J]. Surg Endosc, 2015,29(10):3010-3015. DOI: 10.1007/s00464-015-4082-4.

[2] Ballehaninna UK, Shaw JP, Brichkov I. Subdiaphragmatic bronchogenic cyst at the gastroesophageal junction presenting with dysphagia: a case report[J]. Surg Laparosc Endosc Percutan Tech, 2013, 23(4): e170-172. DOI: 10.1097/SLE.0b013e31828e3e54.

[3] 谭韡，周巍，操寄望. 食管支气管源性囊肿5例临床特点分析[J]. 胃肠病学和肝病学杂志，2021,30(2):150-152. DOI: 10.3969/j.issn.1006-5709.2021.02.007.

[4] Chen L, Ye L, Hu B. Gastrointestinal: endoscopic submucosal tunnel dissection for an esophageal bronchogenic cyst[J]. J Gastroenterol Hepatol, 2023,38(1):9. DOI: 10.1111/jgh.15906.

[5] Han C, Lin R, Yu J, et al. A case report of esophageal bronchogenic cyst and review of the literature with an emphasis on endoscopic ultrasonography appearance[J]. Medicine (Baltimore), 2016, 95(11): e3111. DOI: 10.1097/MD.0000000000003111.

[6] Yang X, Zong Y, Zhao HY, et al. Complete excision of esophageal bronchogenic cyst by endoscopic submucosal tunnel dissection: a case presentation[J]. BMC Gastroenterol, 2019,19(1):155. DOI: 10.1186/s12876-019-1072-3.