

· 论 著 ·

胃镜黏膜下剥离术治疗 40 例食管平滑肌瘤

王 军, 胡 轲, 樊丽琳, 李 平, 兰 丽, 闫庆军, 陈东风[△]

(第三军医大学大坪医院消化内科, 重庆 400042)

摘 要:目的 探讨胃镜黏膜下剥离术治疗食管平滑肌瘤的效果、并发症。方法 采用内镜下食管平滑肌瘤剥离切除术治疗 40 例食管平滑肌瘤患者, 用针刀、IT 刀及 L 型刀剥离、切除病变, 并及时止血。结果 结果 40 例患者食管平滑肌瘤顺利一次性完全切除, 无穿孔及大出血, 3 个月后, 40 例患者复查胃镜显示创面已愈合, 未见平滑肌瘤复发。结论 胃镜黏膜下剥离术治疗食管平滑肌瘤肿瘤是一种安全、有效、创伤小的治疗方法。

关键词:食管; 平滑肌瘤; 胃镜黏膜下剥离术

doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2011.14.016

文献标识码:A

文章编号:1671-8348(2011)14-1393-02

Endoscopic submucosal dissection for treating esophageal leiomyomas in 40 cases

Wang Jun, Hu Lu, Fan Lilin, Li Ping, Lan Li, Yan Qingjun, Chen Dongfeng[△]

(Department of Gastroenterology, Daping Hospital, Third Military Medical University, Chongqing 400042, China)

Abstract: Objective To evaluate the effects and complications of endoscopic submucosal dissection(ESD) for treating esophageal leiomyomas. **Methods** 40 patients were diagnosed esophageal leiomyomas by endoscopy and endoscopic ultrasonography(EUS). We separated the surrounding tissue of tumor by hook knife and acusector or insulation knife, and dissected the tumor, as well as hemostasis. **Results** 40 lesions in the patients were all one-time excised successfully, and the removal rate was 100%. No complications such as hemorrhage and perforation, appeared in the surgery and postoperation. No recurrence was found after operation. **Conclusion** Endoscopic submucosal dissection is a safe, effective technique for treatment of esophageal leiomyomas

Key words: esophagus; leiomyomas; endoscopic submucosal dissection

食管平滑肌瘤是临床上较常见的食管良性肿瘤, 治疗有多种方法, 随着内镜治疗技术的发展, 内镜治疗成为重要的治疗手段^[1-4]。本院采用胃镜黏膜下剥离术治疗 40 例食管平滑肌瘤, 取得良好疗效, 现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 2009 年 1 月至 2010 年 10 月本院胃镜和超声胃镜诊断食管平滑肌瘤 40 例, 男 25 例, 女 15 例, 年龄 30~68 岁, 平均年龄 45 岁。其中, 无临床症状 20 例, 吞咽不适 15 例, 胸骨后疼痛 11 例, 反酸 10 例, 烧心 6 例, 上腹痛 3 例。所有患者行胃镜和超声胃镜检查, 胃镜下表现: 食管呈半球或椭圆形黏膜隆起, 向腔内突起, 隆起直径 0.5~2.5 cm, 基底宽大, 无蒂, 表面光滑, 用活检钳触诊可在黏膜下滑动; 隆起直径 0.5~1.0 cm 24 例, 1.1~2.0 cm 11 例, 2.0~2.5 cm 5 例; 食管上段 8 例, 食管中段 20 例, 食管下段 12 例。超声内镜显示, 病灶位于黏膜肌层 30 例, 固有肌层浅层 10 例, 瘤体超过 2.5 cm, 位于固有肌层深层患者被剔除。所有患者行胃镜黏膜下剥离术治疗, 术后切除完整标本送病理检查均证实为平滑肌瘤。

1.2 方法 术前常规胃镜和超声胃镜检查及完善凝血酶原时间、血常规、心电图、血型、备血。镇静、麻醉成功后, 进镜找到病灶, 第 1 步: 氩气刀在病变表面黏膜周边先标记切除范围, 用内镜注射针在病灶基底周围注射含亚甲蓝的 1:10 000 盐水肾上腺素, 一般注射 2~6 点, 每点 0.5~1 mL, 使病灶黏膜隆起, 见插 II 图 1、2; 第 2 步: 用针刀、IT 刀、L 型刀剥离病变, 在剥离过程中多次黏膜下注射, 保持病灶与肌层分离, 最后完整切除病变, 见封 3 图 3、4。切除病灶后对于创面可见的小血管, 应用氩离子凝固术(APC)治疗, 切取下的组织进行病理切片检查, 术后禁食 1 d 后半流质饮食 3 d, 并予抑酸、止血、预防感染等治疗, 术后 1、6 个月随访胃镜。

2 结 果

40 例患者的食管平滑肌瘤均一次性切除成功。术中和术后观察, 所有病例创面愈合良好, 均无出血、穿孔、食管狭窄等并发症发生。术后病理检查显示, 均为平滑肌瘤。22 例治疗后 1~2 d 内觉胸骨后隐痛, 经抑酸等治疗后缓解。术后 1 周复查内镜, 剥离处均形成圆形或椭圆形人工溃疡, 随访 3 个月, 溃疡已愈合成红色或白色瘢痕。

3 讨 论

食管平滑肌瘤是最常见的食管良性肿瘤, 多发生在食管中下段。其临床症状主要有吞咽不适、进食不畅、胸骨后不适、烧心、反酸、上腹痛等不典型症状。瘤体在 3 cm 以上可以产生梗阻症状, 直径小于 3 cm 者临床症状较少, 多在胃镜检查时被发现^[5-8]。食管平滑肌瘤位于黏膜肌层和固有肌层, 以位于黏膜肌层偏多, 但由于其表面覆盖正常的食管黏膜, 故常规胃镜检查不能对其起源做出准确判断, 需靠超声内镜(endoscopic ultrasonography, EUS)进行诊断。在 EUS 下, 食管平滑肌瘤表现为边界清楚的低回声区, 内部回声均匀并围以高回声包膜带等影像学特征^[8-10]。作者通过 EUS 检查, 不但明确病变性质, 而且能够明确病变的大小、数目和层次起源, 40 例患者均经 EUS 明确为黏膜肌层或固有肌层浅层后, 才行黏膜下剥离术治疗。

食管平滑肌瘤的治疗方法有多种。肿瘤的大小、起源和生长方式是决定治疗方法的主要因素。目前认为, 对于来源于固有肌层深层者, 尤其是直径大于 3 cm 以上者, 因食管壁较薄且缺少完整的浆膜层, 高频电切除不仅操作困难, 难于完全切除, 而且有可能出现食管穿孔等并发症, 故不宜采用内镜高频电切除术^[11-12]。对于 3.0 cm 以内, 来源于黏膜肌层或固有肌层浅层、向腔内生长的平滑肌瘤, 主张采用内镜下治疗。内镜下有多种方法治疗食管平滑肌瘤, 有圈套器或透明帽法进行圈套切除、套扎术, 也有经双通道内镜下剥离术治疗食管黏膜下肿瘤,

[△] 通讯作者, Tel:(023)68757741; E-mail:chendf1981@126.com。

以及近年开展的内镜黏膜下剥离术或挖除术治疗消化道黏膜下肿瘤^[13-15]。作者认为对于来源于黏膜肌层的病变,理论上采用ESD技术,无论大小,都可以内镜下治疗,对于固有肌层的病变,如果是外生型或直径大于3 cm,内镜下治疗困难和穿孔风险较大,不适合黏膜下剥离术治疗。作者对10例起源于固有肌浅层的,向腔内生长的病变进行黏膜下剥离术,进而内镜直视下钝性分离瘤体,最终完全切除,无穿孔和出血发生,体现了内镜黏膜下剥离术的优势。由于食管腔内病变有限,对于小于1.0 cm的24例小病灶,直接进行黏膜切除术较困难,因此作者采用ESD,比较容易将病变切除。

食管黏膜层较薄,黏膜下层的血供丰富,预防出血和止血是手术成功的关键环节。食管内进行ESD操作应注意黏膜预切开要深至黏膜下层,否则操作过程中容易出血。进行剥离时,仔细观察,遇到小血管时,先电凝,再电切,常能避免出血发生。剥离时还应注意边剥离,边止血,如果出血,可用氩气刀、热活检钳、针刀等电凝止血,如果仍然不能止血可采用钛夹夹闭,但将增加进一步操作的难度。术后应仔细观察创面,对于裸露的血管应电凝,防止迟发性出血。

参考文献:

[1] 张庆斌,梅宏,陈志昌,等. 10 例食管平滑肌瘤的外科治疗[J]. 贵州医药,2007,31(3):257.
[2] 樊培新,张宇峰. 食管平滑肌瘤 16 例诊治体会[J]. 临床合理用药杂志,2010,3(20):118.
[3] 赵昌学,宋艳苹. 电视胸腔镜辅助下胸部小切口治疗食管平滑肌瘤[J]. 中国内镜杂志,2010,16(1):91-92.
[4] 任旭,徐晓红,孙秀芝,等. 经内镜切除消化道黏膜下肿瘤[J]. 中华消化内镜杂志,2005,22(1):22-24.
[5] 姜泊,巩兰波. 食管良性肿瘤[J]. 中国实用内科杂志,2010,30(08):687-689.
[6] Mutrie CJ,Donahue DM,Wain JC,et al. Esophageal leiomyoma;a 40-year experience[J]. Ann Thorac Surg,2005,79:1122-1125.

[7] 魏建强,张华,杨景伟,等. 食管平滑肌瘤诊治 23 例分析[J]. 中国误诊学杂志,2008,15(8):3739.
[8] 夏银献. 食管平滑肌瘤 7 例报告[J]. 重庆医学,1998,27(1):64.
[9] Lee SJ,Paik YH, Lee DK, et al. The diagnostic value of endoprobe for small esophageal leiomyomas derived from the muscularis mucosae[J]. Yonsei Med J,2005,46(1):61-65.
[10] 彭勇贵,代建华,房殿春,等. 内镜超声在消化道黏膜下肿瘤诊断与治疗中的价值[J]. 中华消化内镜杂志,2006,23(2):102-105.
[11] 杨爱明,陆星华,钱家鸣,等. 内镜超声指导食管黏膜下肿瘤的黏膜切除术[J]. 中华消化内镜杂志,2007,24(2):91-93.
[12] Priego P,Lobo E,Alonso N,et al. Surgical treatment of esophageal leiomyoma;an analysis of our experience[J]. Rev Esp Enferm Dig,2006,98(5):350-358.
[13] Bolzan U,Spatola J,Chiarenza C,et al. Endoscopic resection of esophageal leiomyoma with elastic band ligation[J]. Gastroenterol Latinoam,2005,35:165-168.
[14] Shimura T,Sasaki M,Kataoka H,et al. Advantages of endoscopic submucosal dissection over conventional endoscopic mucosal resection[J]. J Gastroenterol Hepatol,2007,22(6):821-826.
[15] Chiu PW, Lee YT, Ng EK. Resection of esophageal leiomyoma using an endoscopic submucosal dissection technique[J]. Endoscopy,2006,38:E4.
[16] 周平红,姚礼庆,徐美东,等. 内镜黏膜下剥离术治疗消化道固有肌层肿瘤[J]. 中华消化内镜杂志,2008,25(1):22-25.

(收稿日期:2011-01-08)

(上接第 1392 页)

[2] Inoue H,Minami H,Kaga M,et al. Endoscopic mucosal resection and endoscopic submucosal dissection for esophageal dysplasia and carcinoma[J]. Gastrointest Endosc Clin N Am,2010,20(1):25-34.
[3] Espinel J,Pinedo E,Rascarachi G. Endoscopic mucosal resection with a multiband ligator for the treatment of Barrett's high-grade dysplasia and early gastric cancer[J]. Rev Esp Enferm Dig,2009,101(6):403-407.
[4] 姜泊. 早期消化道肿瘤的内镜治疗[J]. 继续医学教育,2007,21(3):13-15.
[5] Jin ZD. The application of endoscopic ultrasonography in the digested diseases[J]. Chin J Gastroenterol Hepatol,2009,18(1):5-9.
[6] Zhu Q,Cao HX. The role of EUS on diagnosis of Pancreatic disease From radiology,cytology to molecular biology[J]. Chin J Gastroenterol Hepatol,2009,18(1):10-11.
[7] 张卫国,王惠芳,童强,等. 微探头超声内镜及射频诊断和治疗十二指肠囊肿的价值[J]. 胃肠病学和肝病学杂志,2008,11(11):919-920.

[8] Larghi A,Lightdale CJ,Memeo L,etal. EUS followed by EMR for staging of high-grade dysplasia and early cancer in Barrett's esophagus[J]. Gastrointest Endosc,2005,62:16-23.
[9] 丁小云,俞杏平,谢双林,等. 内镜超声指导下黏膜切除术治疗消化道病变[J]. 中国内镜杂志,2009,15(7):693-696
[10] Shah SM,Sussman D,Jorda M,et al. EUS with EMR of an inflammatory myofibroblastic tumor of the stomach. Gastrointest Endosc,2008,67(3):561-563.
[11] 于恩达,孟荣贵,徐洪莲,等. 内镜黏膜切除术治疗大肠广基大息肉[J]. 中华消化内镜杂志,2005,22(5):12-16.
[12] Arebi N,Swain D,Suzuki N,et al. Endoscopic mucosal resection of 161 cases of large sessile or flat colorectal polyps[J]. Scand J Gastroenterol,2007,42(7):859-866.
[13] Oh YS,Early DS,Azar RR. Clinical applications of endoscopic ultrasound to oncology[J]. Oncology,2005,68(426):526-537.

(收稿日期:2011-01-08)