内镜下黏膜切除术治疗结肠广基息肉的临床可行性分析

李兴红,冯裕容

(利川市人民医院消化内科,湖北 利川 445400)

摘要:目的 探讨结肠较大广基息肉采用内镜下黏膜切除术治疗的可行性及临床效果。方法 该研究为前瞻性分析,选取2013年9月—2015年7月符合入组标准的病人135例,共158个息肉标本,均行内镜下黏膜切除术,将手术切除后的病理组织送病理科进行检查,了解其病理分型情况,记录手术的并发症及成功率,以评价内镜下黏膜切除术治疗结肠较大广基息肉的可行性及有效性。结果 135例病人的结肠广基息肉基底直径均在1 cm以上,>1~≤2 cm者90个,>2~≤3 cm 40个,>3 cm者28个,一次性完整切除134例病人,1例病人转外科手术治疗,成功率达99.26%;出现即刻出血10 mL以上27例,术后迟发性出血13例,经术中处理和保守治疗后均得到痊愈,治疗时间平均为(41±15) min;病理检查管状腺瘤63个,管状绒毛状腺瘤70个,绒毛状腺瘤25个;30个伴高级别上皮内瘤变,42个伴低级别上皮内瘤变,基底切缘组织无病变残留。经过术后1年的临床随访,未发现残留及复发现象。结论 内镜下黏膜切除术治疗结肠较大广基息肉局部复发率低,是安全可行的治疗方法。

关键词:结肠较大广基息肉;黏膜切除术;内窥镜治疗;可行性分析

doi:10.3969/j.issn.1009-6469.2017.05.036

Endoscopic mucosal resection of sessile colonic polyps clinical feasibility analysis

LI Xinghong, FENG Yurong

(Department of Gastroenterology, Lichuan City People's Hospital, Lichuan, Hubei 445400, China)

Abstract: Objective To investigate the feasibility and clinical effect of endoscopic mucosal resection treatment for the large sessile colonic polyps. **Methods** This study was a prospective analysis. The eligible patients from our hospital in September 2013—July 2015 were enrolled in standard 135 cases, with a total of 158 polyps specimens. All the cases carried out endoscopic mucosal resection. The surgical resection histopathological specimens were sent to pathology inspection, to understand the pathological type of each case. The recording and the success rate of surgical complications were evaluated. The feasibility and effectiveness of internal evaluation to endoscopic mucosal resection of large sessile colonic polyps were also investigated. **Results** 135 cases of patients with colon polyps wide base diameter were more than 1 cm, >1~≤2 cm in 90, >2~≤3 cm in 40, >3 cm in 28, a one-time complete resection 134 patients, 1 patient transfer surgery, the success rate of 99.26%; appear instantly hemorrhage 10 mL or more in 27 cases, 13 cases appeared delayed bleeding after intraoperative treatment and conservative treatment were cured. The average treatment time was (41±15) min; pathological examination of 63 of tubular adenoma, tubular villous adenoma in 70, fluff adenoma 25; 30 with intraepithelial high-level intraepithelial neoplasia in the epithelium with low grade in 42, no tissue substrate edge of residual disease. After 1 year after clinical follow-up, residual and recurrent phenomenon was observed. **Conclusions** The local recurrence rate of endoscopic mucosal resection of large sessile colonic polyps is low, which is a safe and feasible treatment.

Key words: Large sessile colonic polyps; Mucosal resection; Endoscopic treatment; Feasibility analysis

随着内镜治疗技术的不断进步与发展,越来越多的肠道息肉疾病得到良好的治疗,其中内镜下黏膜切除术仍为消化系统息肉的重要治疗方法。近年来对于基底较小的息肉可通过内镜下黏膜切除术及圈套器进行治疗,而对于息肉直径较大的情况,内镜下黏膜切除术的治疗还存在一定的风险及争议,因此给临床治疗带来一定的困难^[1]。而消化道黏膜息肉疾病是一种较为隐匿的常见疾病,息肉→腺瘤→癌变是公认的肠道息肉演变模式,具有一

定潜在的癌症风险,因此对于腺瘤性息肉无论是大小及部位均应当给予去除并行病理组织学检查以了解病变的性质^[2]。结肠较大广基息肉通常是指与黏膜连接较为紧密的且基底较宽的息肉组织,通常该类息肉较带蒂的息肉治疗难度要大,由于息肉与肠道接触的范围较广,因此对黏膜剥离的时候需非常谨慎,稍有不慎就容易导致肠道的穿孔引发大出血的可能,影响病人疾病的治疗效果及预后^[3,4]。近年来随着内镜下黏膜切除术的不断发展,黏膜

剥离虽已经成为治疗较大结肠息肉的一种常规手术方法,但需要反复练习,而且有技术准入制度的限制,不能在基层很好开展,而黏膜切除术及分片切除技术要求相对较低,也能完整的切除病灶组织的黏膜,从而达到与黏膜剥离术相似的治疗的目的^[5],并将取出后的黏膜组织送病理检查以明确其病变性质,以利于临床预后风险的预测及评估,更加个体化的给予病情的随访及治疗,现将利川市人民医院近年来的采用内镜下黏膜切除术治疗结肠广基息肉的临床报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 纳入2013年9月—2015年7月利川市人民医院消化内科收治的符合结肠较大广基息肉的病人135例,共158个息肉标本,平均年龄为 (46.42 ± 11.32) 岁,其中女62例,男73例,临床表现主要为大便习惯改变,伴有不同程度的里急后重、腹泻、腹痛、便血、贫血等症状。本研究经利川市人民医院医学伦理委员会批准,病人均签署知情同意书。

1.2 治疗器械 电子肠镜(EC-530WM, Fujinon), 20 MHz超声内镜(SU-8000 Fujinon), 氩气刀(ERBE VIO 300S + APC2), 钛夹装置(HX-610-135、HX-110UR), 热圈套器(SD-13U-1, OLYMPUS), 黏膜注射针。

1.3 治疗方法

1.3.1 术前评估 所有病人在治疗前均给予白光内镜和超声内镜检查了解病变组织的情况,并了解息肉所处的部位及深度,通过黏膜下探查判断病变的抬举性如何,非抬举征是否为阳性,对位于固有肌层以上至黏膜层且非抬举征为阴性的病人给予黏膜下切除术治疗。

1.3.2 内镜黏膜下切除术治疗 所有病人均在术前评估之后根据息肉的具体情况进行内镜黏膜下切除术,全部给予静脉全身麻醉,氩气刀设置电切功率参数45~50 W,对于粗蒂结肠息肉,应用金属钛夹夹闭蒂根部之后切除;细长型的带蒂息肉,沿根部采用热圈套器高频电凝切除;广基结肠息肉,注射1:10 000肾上腺素盐水到黏膜下,再行黏膜切除或者内镜下分片黏膜切除。

1.3.3 内镜黏膜下切除术后处理 在内镜下黏膜切除术后嘱病人绝对卧床休息,采用基本的对症治疗,止血、补液,预防感染,并加强病情的监测,应当特别注意迟发性出血的可能性,及时采取有效的干预及治疗措施。

1.3.4 随访观察 对纳入本研究的病例行至少1年以上的随访观察,了解其后续的恢复情况,并在6个月及1年的时候行常规的内镜检查以了解病变

复发及恢复情况。

2 结果

2.1 内窥镜下表现情况 本研究中158个结肠较大广基息肉均给予了内镜下黏膜切除术或分片切除术,基底直径: $>1 \sim \leq 2$ cm 90个, $>2 \sim \leq 3$ cm 40个, >3 cm 28个;息肉形态:岛状不规则76个,扁平隆起82个;其他表现(不计重叠):表面光滑41个,黏膜粗糙不平52个,表面糜烂30个,充血水肿20个,伴术前散在自发出血15个。

2.2 内镜黏膜下切除结肠广基息肉治疗情况 纳入研究的135例病人158个病灶均在完善术前检查后行一次内镜黏膜下结肠广基息肉切除术,其中有134例病人成功,仅有1例出现手术意外转外科手术,为直径为4 cm的巨大广基息肉,在黏膜切除的时候出现难以控制的出血并发穿孔而立即转外科进行手术治疗,手术成功率达99.26%;手术时间: $\geq 30 \sim < 40$ min 46例, $\geq 40 \sim < 50$ min 67例, $\geq 50 \sim < 60$ min 22例;在治疗中并发有不同程度的少量术中出血,其中0.5~10 mL的出血量病例数最多:0~5 mL 50例, $>5 \sim \leq 10$ mL 58例, $>10 \sim \leq 15$ mL 26例, >15 mL 1例;除1例病人意外发生肠穿孔转外科,其他病人均未出现严重的术后并发症:计有即刻出血超过10 mL 27例,迟发性出血13例,腹痛、发热各1例;术中出血较轻采用电凝处理,较重采用钛夹止血,均得到有效控制,术后对症支持治疗,采用抗生素预防感染,处理腹痛、发热等情况,病情得到了有效的控制,迟发性出血的病人经过控制饮食及使用止血药保守治疗痊愈。

2.3 内镜黏膜下结肠广基息肉切除病理检查 纳入研究病人均行内镜下息肉切除治疗并进行病理检查,研究结果显示,管状-绒毛状腺瘤70个,管状腺瘤63个,绒毛状腺瘤25个,其中伴高级别上皮内瘤变30个,伴低级别上皮内瘤变42个,基底部分未见切缘恶性细胞残留。

2.4 随访研究及预后情况 纳入治疗后的病人均进行了为期1年以上的随访,并在6个月及1年的时候采用内窥镜检查了解病人的病情恢复情况,病人的创面在半年复查的时候基本痊愈,形成的红色瘢痕,在1年的时候基本消失,经过1年的随访未发现病人残留及复发现象。

3 讨论

消化道息肉是消化系统的常见病及多发病,其中结肠较大广基息肉又是消化道息肉的一种重要形式,腺瘤性息肉的表达较高,具有一定的恶变可能,因此一旦发现需要进行积极的切除治疗以控制息肉的发展^[6]。近年来随着内镜技术的不断提高

及发展,黏膜下息肉切除技术也得到了长足的进步,是目前最常用于临床的息肉切除技术,其操作简单,给病人带来的痛苦少,因此已经在各大临床医院开展应用^[7]。但是由于息肉类型的不同,其操作方法有所差异,对于各类带蒂息肉主要采取的是热圈套器电切治疗,而对于广基及无蒂息肉类型,还需要根据息肉的具体部位及大小情况进行充分注射隆起后一次性圈套,收紧圈套器时尽量避开黏膜下肌层然后电切,若预计不能避开肌层则分片边缘切治疗,尤其对于较大的结肠广基息肉,若直接采取圈套器息肉切除术容易伤及深层肌层组织,引发外膜穿孔或者大出血,因此对于此类息肉病人内镜切除术存在一定的争议,尚未达成共识^[8-10]。

内镜下黏膜分片切除术是近年来发展起来的结肠广基息肉治疗方法,具有重要的临床价值,可在术中分步完成直径1 cm以上的结肠广基息肉切除,其息肉切除深度可达黏膜下层,大大拓宽了内镜下治疗的适应证,使得一些之前难以在镜下完成的手术得以高效率完成,免去了外科手术切除的痛苦,在临床上应用效果显著^[11-12]。本研究通过收集135例结肠广基息肉切除治疗,134例获得了成功,仅有1例病人转外科手术治疗,大大提高了治疗的有效率,并缩短了治疗时间,成功率达99.26%。

临床上由于结肠广基息肉以腺瘤为主,因此具有一定的恶性性,主要表现为浸润性生长,另外由于黏膜下血管较为丰富,因此给结肠广基息肉的操作带来了困难,出血难以避免。出血可导致操作视野的模糊,息肉的切除操作较为盲目,可能进一步诱发穿孔的可能性,导致不得不终止操作,因此有效防止术中出血对治疗效果尤为关键^[13]。对于较为明显的黏膜切开时出血需要在治疗过程中采用热活检止血,避免使用钛夹以影响接下来的切除术,促进手术能够顺利进行^[14]。

内镜下黏膜切除术结肠广基息肉最常见的并发症为穿孔与出血,出血又包括术中出血、术后的迟发性出血,其中术后迟发性出血较为隐匿及常见^[15],本研究中有13例病人出现了术后迟发性出血,对于该并发症应当给予重视,并做好术后的观察及出血防治工作,术中对出血点及裸露的血管应当给予电镜下电凝处理,对粗大的血管采用钛夹夹闭,防止出血的可能性。完善术前、术后的各项检查工作,并保证术中优质护理,尽量降低并发症的发生,做好积极的防治工作。掌握手术适应证及禁忌证也是防治并发症发生的重要手段,术后观察是防治的关键,一旦发生出血情况应当及时进行肠镜检查及治疗,了解出血部位及性质。本研究中术后

迟发性出血病人经过有效及时的保守治疗之后均得到了有效控制。仅有1例出现了出血穿孔现象,成功率大大提高,由于该例病人的病变部位较深且病变组织较大,因此导致操作过程中出血的发生,影响了手术视野。通过本例病人的经验,我们应当在今后给予操作重视,更加重视出血的止血处理,降低视野的模糊性,做好术前的肠道准备。

综上所述,随着结肠广基息肉内镜黏膜下切除术应用技术的不断娴熟,应用范围不断扩宽,局部并发症得到了有效控制,通过本研究我们可见内镜黏膜下切除术对于结肠广基息肉的治疗安全有效,应当不断总结治疗经验,并注重术后观察,降低并发症的发生,进一步提高治疗的安全性。

参考文献

- [1] 于冰,唐星火,吕小平,等. EMR治疗老年结肠无蒂息肉临床应用观察[J]. 广西医科大学学报, 2012, 29(2): 264-266.
- [2] 邹龙,刘红专,蔡华蓉,等. 氩离子凝固术治疗肠息肉电凝切除术后18例出血患者临床观察[J]. 海南医学, 2011, 22(4): 81.
- [3] 张文明,沈俊,张召珍,等. 结肠息肉内镜下特点及治疗[J]. 中国癌症杂志, 2010, 20(8): 621-625.
- [4] SEO GJ, SOHN DK, HAN KS, et al. Recurrence after endoscopic piecemeal mucosal resection for large sessile colorectal polyps[J]. World J Gastroenterol, 2010, 16(22): 2806-2811.
- [5] 吕历. EMR/ESD中黏膜下注射材料的研究进展[J]. 医学综述, 2011, 17(22): 3476-3478.
- [6] AOKI T, NAKAJIMA T, SAITO Y, et al. Assessment of the validity of the clinical pathway for colon endoscopic submucosal dissection [J]. World J Gastroenterol, 2012, 18(28): 3721-3726.
- [7] SAITO Y, URAOKA T, YAMAGUCHI Y, et al. A prospective, multicenter study of 1111 colorectal endoscopic submucosal dissections (with video) [J]. Gastrointest Endosc, 2010, 72(6): 1217-1225.
- [8] 李建国. 结肠腺瘤性息肉诊疗新进展[J]. 国际病理科学与临床杂志, 2011, 31(2): 150-154.
- [9] KALLA R, ALI SM, HENDRICKSE MT. Endoscopic mucosal resection of large colorectal polyps: outcomes from a district UK screening centre [J]. Acta Gastroenterol Belg, 2013, 76(4): 447.
- [10] PROBST A, MESSMANN H. Colorectal adenoma: pro-endoscopic removal [J]. Chirurg, 2011, 82(6): 514-519.
- [11] 尹淑华,王付军. 增生性息肉与锯齿状腺瘤研究现状[J]. 济宁医学院学报, 2011, 34(2): 142-144.
- [12] 杜桂清. 结肠息肉278例临床病理分析[J]. 贵阳医学院学报, 2010, 35(2): 188-189.
- [13] 楼国春,杨建民,柯进晶,等. 大肠息肉内镜漏诊及其相关因素分析[J]. 浙江医学, 2014, 36(2): 98-101.
- [14] 许文安,汪芳裕,施惠. 内镜下黏膜切除术治疗消化道隆起性病变的价值[J]. 南京医科大学学报(自然科学版), 2010, 30(12): 1804-1805.
- [15] SANCHEZ-YAGUE A, KALTENBACH T, RAJU G, et al. Advanced endoscopic resection of colorectal lesions [J]. Gastroenterol Clin North Am, 2013, 42(3): 459-477.

(收稿日期:2016-09-02,修回日期:2017-03-17)