直肠近肛管巨大黏膜下肿物内镜下全层切除术一例

扫码阅读电子版　扫码“胃肠新视野”栏目观看视频

杨霞[1,2]　林生力[2]　李全林[2]　姜琦[3]　周平红[2]
[1]山东第一医科大学附属省立医院消化内科，济南　250021；[2]复旦大学附属中山医院内镜中心，上海　200032；[3]复旦大学附属中山医院厦门医院内镜中心，厦门　361004
通信作者：周平红，Email：zhou.pinghong@zs-hospital.sh.cn

内镜黏膜剥离术（endoscopic submucosal dissection，ESD）目前已被广泛应用于胃肠道肿瘤的治疗。然而为了完整切除消化道管壁来源的，特别是固有肌层深层的病变，须将肿瘤连同消化道管壁全层一并切除，此种内镜切除方法命名为内镜下全层切除术（endoscopic full-thickness resection，EFTR）。EFTR主要应用于消化道黏膜下肿瘤（submucosal tumor，SMT）的治疗。尤其是起源于固有肌层、部分腔外生长、与浆膜层密不可分，且体积较大的黏膜下肿瘤。EFTR治疗的同时伴有主动性穿孔和管壁的缺损，操作难度大、耗时长、学习曲线长，普及和推广仍面临挑战。本视频介绍直肠近肛管处一例巨大黏膜下肿物的内镜下全层切除治疗手术，谨与同道分享。

患者男性，48岁，发现直肠前壁近肛缘处巨大肿物14年余，期间辗转多家医院诊治，CT检查示：直肠下段右前壁巨大软组织影，大小约4.5 cm×4.1 cm，密度较均匀，增强后中度强化，周围未见肿大淋巴结。MR增强检查示：直肠前壁一类圆形异常信号，大小4.3 cm×4.7 cm，边缘清楚，增强扫描呈明显强化，强化略欠均匀，呈腔内外生长，前列腺精囊局部受压，膀胱壁未见异常信号，盆腔未见积液。患者无特殊不适主诉，无腹痛或腰痛、无乏力、恶心呕吐等不适，粪便无变细变软，无便秘、黑粪及便血，无尿频尿急尿痛，体质量无下降。近14年来，肿物稍增大，2021年7月至复旦大学附属中山医院内镜中心行肠镜检查，可见直肠紧邻肛缘一直径至少5 cm隆起灶，表面光滑，边缘可见桥形皱襞，基底较宽，质地硬，不能被推动。患者欲行内镜治疗，入院后经影像科、内镜中心、胃肠外科多学科团队讨论，反复研究其CT及MR影像学特点，考虑直肠来源肿物，因肿块较大，位于直肠前壁，前列腺精囊局部受压，且临近肛缘，腹腔镜手术视野不能充分暴露，遂行EFTR术。

手术过程中，内镜前端置透明帽，黏膜下注射生理盐水+靛胭脂，以保证充分分层，用海博刀（Ⅰ型20150-061，德国爱尔博公司）自肛缘上方剥离肿物表面黏膜至口侧缘，继续使用海博刀分离固有肌层和肿物之间的潜在间隙，发现病灶起源于固有肌层，并向腔外生长，换用IT刀（AF-2417DZ，上海埃尔顿公司）分离腔隙，因病灶巨大，予以全层剥除，术中可见腔外脂肪样组织，结合MR考虑直肠前壁临近脏器-前列腺精囊等解剖结构，后精细操作完整大块全层切除病灶。创面干净，无肿物残留，热活检钳烧灼处理创面。创面止血后予以尼龙绳联合金属夹行荷包缝合，缝合创面满意，扩肛后使用网篮完整取出肿物后，留置肛管。术中出血少，约10 ml，手术过程顺利，共耗时160 min。术后给予禁食、抗生素（三代头孢+奥硝唑）、营养支持等对症支持治疗，患者一般情况良好，无发热、腹痛等不适。术后5 d复查肠镜创面愈合良好，钛夹残留，密闭好，无其他不适。术后5 d出院，术后病理示胃肠间质瘤（大小4.5 cm×4.0 cm×3.5 cm），梭形细胞型，轻度异性，NIH危险度评估：低危。

（收稿日期：2021-08-14）
（本文编辑：朱雯洁）