

克罗恩病结肠狭窄内镜下切开术 1 例报告

向丽园 崔伯塔 张发明*

(南京医科大学第二附属医院消化医学中心, 南京 210011)

文献标识: B

文章编号: 1009-6604(2019)10-0940-02

doi: 10.3969/j.issn.1009-6604.2019.10.020

内镜下切开术已应用于内镜黏膜下剥离术^[1]等,但在克罗恩病(Crohn's disease, CD)导致结肠纤维性狭窄的患者中鲜见报道。我科 2018 年 3 月成功实施内镜下切开治疗 CD 结肠狭窄 1 例,随访 14 个月,疗效满意,报道如下。

1 临床资料

女,47 岁,因反复左下腹痛十余年入院。患者十年来腹痛反复发作,先后经柳氮磺吡啶、泼尼松口服、肠内营养等治疗,病情反复,曾发生肠梗阻。2 年前肠镜示距肛门 35cm 可见肠腔环周型狭窄,镜身无法通过。小肠磁共振示回肠末端、降结肠肠壁增厚,降结肠局部肠管稍狭窄,外院诊断 CD。患者于 2018 年 3 月入我院治疗。入院查体:左下腹压痛,无反跳痛,未触及包块。实验室血液检查均正常。小肠磁共振示第 2 组小肠肠壁增厚,肠腔见局限性狭窄,乙状结肠降结肠交界处肠壁稍增厚,肠腔狭窄,狭窄段长约 15.23 mm(图 1)。结肠镜示乙状结肠与降结肠交界处见一狭窄环,内镜无法通过(图 2A)。由于小肠磁共振示乙降结肠交界处狭窄段肠壁稍增厚,轻度强化,周围结构清晰,无瘘管、脓肿及增大淋巴结,肠镜下该狭窄环周围无溃疡,结合小肠磁共振鉴别纤维性狭窄和炎性狭窄的方法^[2]及内镜表现,综合考虑该狭窄处为纤维性狭窄,遂行肠镜下狭窄环切开术(图 2)。肠镜透明帽辅助,对乙降结肠交接段狭窄环,用钩刀[Olympus 公司, KD-620LR, 4.5 mm × 1.3 mm × 1650 mm, 国食药监械(进)字 2014 第 3250214 号]放射状切开 2 处,达肌层,最后补充切开时,出现肉眼可见直径约 2 mm 穿孔,用 3 枚钛夹(南京微创医学科技股份有限公司, ROCC-D-26-195-C, 2.6 mm × 1950 mm)局部夹闭。术后给予禁食、莫西沙星抗感染,生长抑

素抑制消化液分泌,肠外营养等治疗。术后当晚患者腹痛进行性加重,左下腹有压痛及反跳痛,考虑局部穿孔刺激腹膜;术后第 1 天查白细胞 $19.7 \times 10^9/L$,超敏 C 反应蛋白 67.4 mg/L;术后第 2 天腹痛明显缓解,开始少量饮水;术后第 3 天开始肠内营养;术后第 5 天肠内营养无不适,复查血常规、超敏 C 反应蛋白正常,停用抗生素;术后第 7 天病情稳定出院。出院后口服营养粉剂,逐步过渡为普通饮食。2019 年 5 月(术后 14 个月)随访:1~2 次成形便/d,在排便前偶有轻微腹痛;肠镜见狭窄环切开处平坦,周围黏膜光滑,肠镜可顺利通过(图 3),虽可见纤维环存在,但是肠镜能通过,未再次切开。

2 讨论

CD 治疗包括药物、肠内营养、粪菌移植^[3]、内镜以及手术等综合治疗。内镜治疗作为介入炎症性肠病(inflammatory bowel disease, IBD)的手段,主要包括内镜下球囊扩张、切开、支架置入、经内镜肠道植管术^[4,5]。2015 年 Bharadwaj 等^[6]提出长度 < 4 cm 的良性纤维性狭窄、无严重合并症者适合内镜治疗,长度 > 4 cm、多段、成角、可疑恶性的狭窄、存在狭窄相关的瘘管、脓肿等相对不适用。对满足内镜治疗适应证的 CD 合并狭窄,球囊扩张较广泛应用。支架置入可作为难治性 CD 狭窄的治疗方式之一,但自发移位率较高,临床疗效不确切^[4]。

2017 年 Lan 等^[7]报道该内镜下切开技术主要用于球囊扩张疗效不佳或操作困难的狭窄。本例术前行影像学评估明确狭窄环位于乙降结肠交界,长度约 15.2 cm,为纤维性狭窄。与球囊扩张相比,此处狭窄环内镜下切开有效率高,维持时间长,狭窄复发率更低^[8],故选择内镜下切开治疗。内镜下切开

* 通讯作者, E-mail: fzhang@njmu.edu.cn

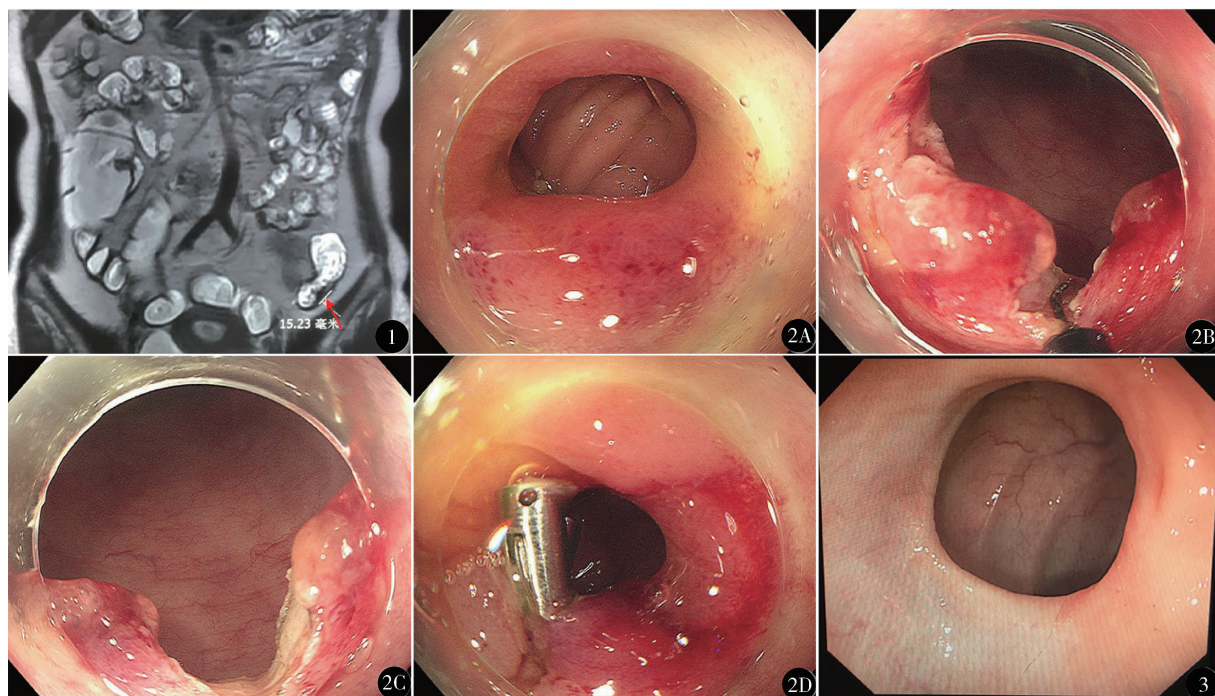


图1 小肠磁共振见乙降结肠交界处长度为15.23 mm狭窄段 图2 内镜下狭窄环切开术 A.内镜下乙降结肠交界处见一狭窄环,内镜无法通过;B.内镜下切开过程;C.钩刀切开后达肌层;D.术中穿孔后钛夹局部夹闭 图3 术后14个月复查肠镜,见狭窄环,但黏膜光滑,肠镜可顺利通过

穿孔率低,但出血风险更高^[8]。本例内镜下切开术在最后补充切开时出现穿孔,但及时发现并行钛夹夹闭,提示术中切开过深,穿孔风险增加,但穿孔不是中转手术的必须,术后短时间(12~24 h)出现急腹症可能短期不可避免,但在有效夹闭的基础上密切观察病情,患者可能免于手术补救。术后14个月复查肠镜虽然见狭窄环,但是内镜可以顺利通过,暂时不需要再次切开,如果再次出现梗阻症状或者内镜不能通过,可以再次切开。综上,内镜下切开术治疗纤维性狭窄,充分的术前准备,良好的内镜操作技术非常重要。

参考文献

- 1 王伟,何晓荣,王域玲,等. 内镜黏膜下剥离术在食管早期癌及癌前病变治疗中的价值. 中国微创外科杂志,2017,17(5):393-396,401.
- 2 朱建国,张发明,刘斐,等. 功能磁共振在克罗恩病中的应用:磁共振定量动态增强和扩散加权成像的相关性研究. 临床放射学杂志,2015,34(11):1778-1782.

- 3 Wang H, Cui B, Li Q, et al. The safety of fecal microbiota transplantation for Crohn's disease: findings from a long-term study. Adv Ther,2018,35(11):1935-1944.
- 4 吴现瑞,郑晓彬,沈博. 炎症性肠病合并肠腔狭窄的内镜治疗. 中华炎性肠病杂志,2018,2(1):19-22.
- 5 Peng Z, Xiang J, He Z, et al. Colonic transendoscopic enteral tubing: A novel way of transplanting fecal microbiota. Endosc Int Open,2016,4(6):E610-E613.
- 6 Bharadwaj S, Fleshner P, Shen B. Therapeutic armamentarium for stricturing Crohn's disease: Medical versus endoscopic versus surgical approaches. Inflamm Bowel Dis,2015,21(9):2194-2213.
- 7 Lan N, Shen B. Endoscopic Stricturectomy with needle knife in the treatment of strictures from inflammatory bowel disease. Inflamm Bowel Dis,2017,23(4):502-513.
- 8 Lan N, Shen B. Endoscopic stricturectomy versus balloon dilation in the treatment of anastomotic strictures in Crohn's disease. Inflamm Bowel Dis,2018,24(4):897-907.

(收稿日期:2019-05-07)

(修回日期:2019-07-18)

(责任编辑:李贺琼)