氩离子凝固术治疗Barrett食管67例临床分析

柏健鹰[1],王沂芹[2],赵晓晏[1] (第三军医大学附属新桥医院:1.消化内科;2.肾内科,重庆 400038)

[摘 要] **目的** 评价内镜下氩离子凝固术(APC)对Barrett食管(BE)的疗效及安全性。**方法** 内镜下对67例BE施行APC治疗,通常全周型以间隔1周分2~3次治疗,舌型以1次或间隔1周分2次治疗,岛型1次治疗。术后口服质子泵抑制剂奥美拉唑片,治疗时间最少2个月或至反流症状消失。观察疗效及并发症。末次APC治疗后1个月行内镜检查,其后每隔3个月进行一次内镜随访,随访时间持续1年。**结果** 末次治疗后1个月行内镜检查61例患者BE完全消除(91.0%),无严重并发症发生。随访1年,11例再次发现柱状上皮。**结论** APC对BE的治疗安全有效,其长期效果需要大样本试验观察。

[关键词] 氩离子凝固术;Barrett食管;治疗

[中图分类号] R735.1;R454.2 [文献标识码] A [文章编号] 1672-5042(2009)03-0165-02

Effect of argon plasma coagulation on the Barrett's esophagus

BAI Jian-ying, WANG Yi-qin, ZHAO Xiao-yan (Department of Gastroenterology, Xinqiao Hospital, Third Military Medical University, Chongqing 400037, China)

Abstract: Objective To evaluate the effect of argon plasma coagulation on the Barrett's esophagus. **Methods** A total of 67 patients with BE underwent argon plasma coagulation to completely ablate Barrett's mucosa, and Omeprazole (20 mg, Bid) was postoperatively received. All patients were followed up with upper gastrointestinal endoscopy once every 3 months. **Results** All patients received 95 times APC totally with no complications occurred. Relapse was observed in 11 patients with columnar epithelium during 1 year follow-up. **Conclusion** APC are effective and safe on BE with low rate of recurrence.

Keywords: argon plasma coagulation; Barrett's esophagus; treatment

Barrett食管(Barrett's esophagus,BE)是指食管下段复层鳞状上皮被化生的单层柱状上皮所替代的一种病理现象,是食管腺癌重要的癌前病变[1-3],危险性较一般人群高30~50倍,其治疗方式一直备受关注。BE治疗的根本理念是消除化生上皮,防止癌变。氩离子凝固术(argon plasma coagulation,APC)作为一种非接触性凝固技术,已广泛应用于内镜下治疗。我院自2005年1月至2007年12月对67例BE就诊患者应用APC治疗,并进行1年随访,现报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

本组BE患者67例,其中男41例,女26例,年龄27~72岁,平均年龄50.7岁。所有患者均于2005年1月至2007年12月期间在我院就诊。主要表现为不同程度的反酸和胸骨后疼痛,部分表现为嗳气、纳差。均经内镜检查和病理活检确诊为BE,其中全周型25例,舌型18例,岛型24例。所有病例病理检查有不同程度的肠上皮化生。所有患者均签署手术同意书,并自愿配合随访。BE诊断标准参照日本食管疾病研究会2000年修订标准[4]及我国Barrett食管诊治共识(2005重庆草案)[5],胃镜下以胃食管结合部为基准,对齿状线明显上移或食管下段有橘红色粘膜,在相应部位活检证实有化生的柱状上皮,即诊断为BE。

1.2 器械及操作方法

Pentax 2940型及2970K型电子胃镜。ERBE ICC200、APC300,氩气流量为2.0 L/min,电凝指数为A60,功率为45 W。将探头置于BE远端,沿食管纵轴往返移动,均匀凝固Barrett粘膜,使病变粘膜呈灰白色改变或者部分碳化。通常全周型以间隔1周分2~3次治疗,舌型以1次或间隔1周分2次治疗,岛型1次治疗。

1.3 质子泵抑制剂应用及随访

术后应用质子泵抑制剂奥美拉唑片20 mg,Bid,治疗时间最少2个月或至反流症状消失。末次APC治疗后1个月行内镜检查,其后每隔3个月进行1次内镜随访,随访时间持续1年。每次检查参照以前的内镜描写记录,在原来的描述部位多次四象限取组织标本。

2 结果

2.1 治疗效果

67例患者共进行95次APC治疗,平均每例1.4次(1~4次)。每次治疗平均耗时约10 min。末次治疗后1个月行内镜检查61例患者BE完全消除(91.0%),6例患者在原病灶处发

[作者简介] 柏健鹰(1972-),男,重庆市铜梁县人,主治医师,讲师,硕士,主要从事胃肠道疾病方面的研究。电话:(023)68774604

[通讯作者] 赵晓晏,电话:(023)68755604

[收稿日期] 2009-02-13 [修回日期] 2009-03-20

现岛状橘红色粘膜,活检证实 3 例(4.5%)为化生的柱状上皮,再次接受 APC 治疗后进入随访。

2.2 不良反应

8 例(11.9%)患者术后出现轻度胸骨后、剑突下疼痛或原有症状加重,1 周内症状均缓解。所有患者均无发热、消化道出血、吞咽困难、食管狭窄及穿孔发生。

2.3 随访结果

66 例(98.5%)患者完成 1 年随访,1 例(1.5%)在第二次随访后失访。治疗后 1 年随访有 11 例患者原病灶区发现岛状橘红色粘膜,病理证实为柱状上皮,其中 5 例在第 6 个月随访时发现,均为 LSBE;2 例在第 9 个月随访时发现,LSBE 及 SSBE 各 1 例;4 例在第 12 个月随访时发现,均为 SSBE。

3 讨论

BE 是由英国心胸外科医生 Barrett 在 1950 年首次报道,并以他的名字命名的。该病是食管下段腺癌唯一公认的癌前病变[1-3]。BE 的一般发生率为0.25% ~3.90%,而反流性食管炎病人的发病率可高达 10% ~20%[6]。BE 最多见于白种人,黑人和亚洲人相对较少。BE 内镜检出率为 1% ~4%,年龄分布曲线呈双高峰(0 ~5 岁,48 ~80 岁),以中年居多(40 ~50 岁)。男女均可发病,男女之比 3:1。平均 5% ~10% 的 BE 发展为食管腺癌,且与贲门腺癌有一定关系。在原发性食管腺癌中,有 50% 来自 BE[7]。Barrett 上皮组织学分型可分为胃底型、贲门型及特殊肠化型,其中以特殊肠化型最易癌变,因此提高肠化的诊出率显得极为重要[5-8]。在 Barrett's 腺癌的切除标本中,非典型增生灶的检出率为 70% ~100%,而 BE 中的非典型增生则是癌前病变,是腺癌发生的先兆,可见 BE 与食管腺癌的发生密切相关。

该病的治疗原则包括控制反流和祛除化生的癌前组织。近年来不断发展的内镜技术因创伤小、并发症少而广受重视。有学者认为内镜下损毁 Barrett 上皮是有效的预防化生的柱状上皮癌变的治疗方法[9]。APC 方法是一种热凝固技术,其原理是通过氩离子携带热能,作用于病灶处化生粘膜,使其发生凝固坏死,形成一定深度的粘膜损伤(完全消除肠化粘膜损伤深度至少达 0.6 mm),因再生上皮发生肠化生的概率很小,从而能达到消除 BE 的治疗目的[10-11]。

本研究运用 APC 治疗 BE,并在术后应用质子泵抑制剂防止反流,结果证实了 APC 对 BE 治疗的有效性及安全性。Barrett 粘膜能完全消除,11.9% 患者发生轻微胸痛等症状,均能经质子泵抑制剂控制,无严重并发症发生。98.5% 的病例完成 1 年随访。15.2% 的病例再次发现岛状 Barrett 粘膜,其复发率与国外报道相似[12-14]。值得关注的是其中 6 例患者为 LSBE,其临床意义尚需进一步观察及大样本的证实。目前研究对导致 BE 复发的原因认识不一,本文认为导致复发的原因可能与 BE 的长度、治疗后是否有柱状上皮残留、APC 的使用技术和功率设置以及 PPI 的剂量与维持时间有关。

总之,APC 对于 BE 消除是安全有效的,但 BE 上皮消除后能维持多久,长段 BE 是否需加大功率、扩大治疗范围,是否有必要长期维持抑酸治疗,是否需要对所有 BE 患者进行干预治疗,仍存有争议[15],还需更大样本更长时间的随访观察。

[参考文献]

[1] Spechler SJ. Clinical practice. Barrett's esophagus[J]. N Engl J Med,2002,346(11):836 - 842.

[2] Shaheen N, Ransohoff DF. Gastroesophageal reflux, Barrett esophagus, and esophageal cancer: scientific review[J]. JAMA,2002,287(15): 1972 - 1981.

[3] Haggitt RC. Barrett's esophagus, dysplasia, and adenocarcinoma[J]. Hum Pathol,1994,25(10):982 - 993.

[4] 青木照明,寒川三郎. 胃食管反流病和 Barrett 食管病[J]. 日本医学介绍,2002,23(1):4 - 5.

[5] 房殿春,许国铭,赵晶京. Barrett 食管诊治共识(2005 重庆草案)[J]. 胃肠病学和肝病学杂志,2006,15(1):80 - 81.

[6] Kleeff J, Friess H, Liao Q, et al. Immunohistochemical presentation in non-malignant and malignant Barrett's epithelium[J]. Dis Esophagus, 2002,15(1):10 - 15.

[7] Pera M, Cameron AJ, Trastek VF, et al. Increasing incidence of adenocarcinoma of the esophagus and esophagogastric junction[J]. Gastroenterology,1993,104(2):510 - 513.

[8] 赵晶京,房殿春,徐承平,等. Barrett 食管放大内镜下分型与组织病理学关系的研究[J]. 中华消化内镜杂志, 2005,22(3):154 - 157.

[9] 邹多武. 抑酸对 Barrett 食管的治疗价值[J]. 中华消化杂志,2006, 26(2):121 - 122.

[10] Grade AJ, Shah IA, Medlin SM, et al. The efficacy and safety of argon plasma coagulation therapy in Barrett's esophagus[J]. Gastrointest Endosc,1999,50(1):18 - 22.

[11] Deviere J. Argon plasma coagulation therapy for ablation of Barrett's esophagus[J]. Gut,2002,51(6):763 - 764.

[12] Schulz H, Miehlke S, Antos D, et al. Ablation of Barrett's epithelium by endoscopic argon plasma coagulation in combination with high-dose omeprazole[J]. Gastrointest Endosc,2000,51(6):659 - 663.

[13] Morris CD, Byrne JP, Armstrong GR, et al. Prevention of the neoplastic progression of Barrett's oesophagus by endoscopic argon beam plasma ablation[J]. Br J Surg,2001,88(10):1357 - 1362.

[14] 史念珂,马跃美,邢敬龙,等. 贲门癌围手术期十二指肠胃食管反流的研究[J]. 局解手术学杂志,2007,16(3):164 - 166.

[15] 薛寒冰. Barrett 食管诊断和治疗 - 美国胃肠病学会芝加哥会议总结[J]. 胃肠病学,2005,10(3): 182 - 186.

(编辑:郭光金)