

• 病例报告 Case report •

内镜直视联合 X 线导向介入治疗食管气管瘘一例

武 贝, 茅爱武, 吴绍秋

【关键词】 食管癌; 食管气管瘘; 内窥镜; 放射学, 介入性

中图分类号: R735.1 文献标志码: D 文章编号: 1008-794X(2013)-07-0615-02

Direct vision endoscopy combined with fluoroscopy-guided interventional management for the treatment of esophagotracheal fistula: report of one case WU Bei, MAO Ai-wu, WU Shao-qiu. *Interventional Therapeutic Center, Shanghai St. Luke's Hospital, Shanghai 200050, China* (J Intervent Radiol, 2013, 22: 615-616)

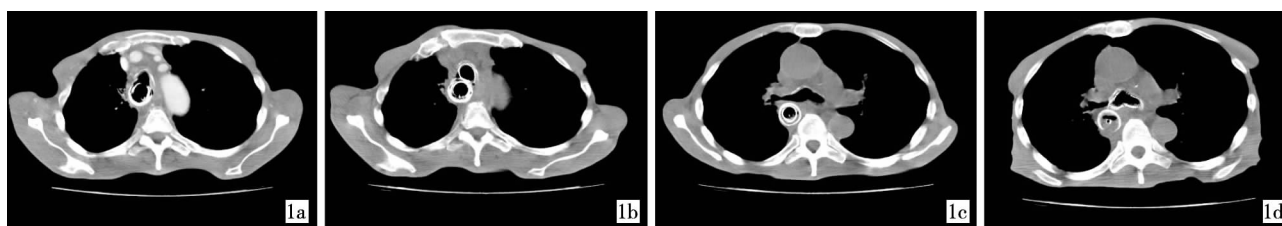
Corresponding author: MAO Ai-wu, E-mail: maoaw@sohu.com

【Key words】 esophageal cancer; esophagotracheal fistula; endoscopy; radiology, interventional

本文报道 1 例食管癌术后并发食管气管瘘 (esophago-tracheal fistula, ETF) 患者, 该患者中上段食管癌行手术切除后出现食管-胃吻合口瘘, 后进展为 ETF。现将治疗过程及体会报道如下。

患者男, 69 岁。4 年前因食管中上段癌于外院行手术切除, 术后病理结果不详, 术后出现食管-胃吻合口瘘, 在当地医院行食管覆膜支架置入堵瘘, 术后瘘口封闭。2 年前患者出现进食后呛咳, 经检查示 ETF, 于当地医院再次置入 2 枚食管支架堵瘘后症状消失。来我院前患者再次出现进食后呛咳, 当地医院诊断为“复杂性 ETF”, 考虑再次支架置入困难,

予胃管鼻饲等保守支持治疗。入我院后即行颈胸腹部 CT 检查明确瘘口部位以及与相关脏器关系, 考虑到患者食管内已存有 3 枚支架, 再经食管放置支架堵瘘不现实, 且患者年龄较大, 直接取食管支架风险较大, 决定采取经气管置入覆膜支架封堵瘘口的治疗方案。4 d 后置入定制的气管支架 1 枚, 术后予胃管持续负压引流。9 d 后根据复查胸部 CT 示食管支架邻近气管隆突分叉处, 为防止后续取食管支架过程中压迫气管引起患者窒息, 决定再置入 Y 型气管覆膜支架 1 枚支撑气管后在 X 线监视联合内镜直视下取出外院后置入的 2 枚食管支架 (图 1)。



1a CT 可见食管气管瘘的瘘口 1b 置入气管覆膜支架 1 枚 1c 食管支架邻近气管隆突分叉处 1d 置入 Y 型气管覆膜支架 1 枚

图 1 ETF 检查治疗过程图像

取食管支架术前禁食、禁水 6 h 以上, 给予抗生素和补液。患者取平卧位于 DSA 检查床上, 先口服泛影葡胺行食管造影, 明确瘘口部位及大小。患者头部向介入医师侧转, 咽部表面喷雾麻醉, 置咬口器, 经口插入内镜观察病变部肿瘤浸润情况并寻找可通过的腔隙, 内镜检查发现患者在外院置入的 2 枚食管支架下口已经被增生增生的肉芽组织包埋 (图 2)。随后将鳄鱼钳经内镜活检孔插入送至 2 枚食管支架的远端, 在 X 线监视和内镜直视下反复尝试用鳄鱼钳抓取支架

下口边缘的金属丝, 将支架下口的金属丝从增生的肉芽组织中剥离出来, 再通过常规方法将 2 枚支架一并取出, 术中如有食管黏膜出血, 则通过内镜注入冰生理盐水与肾上腺素之混合液止血。

最后再次造影, 明确无食管穿孔等并发症的发生。6 d 后再次造影复查发现食管狭窄, 遂置入 1 枚食管覆膜支架。次日经胸部 CT 及食管造影提示支架堵瘘完全 (图 3)。

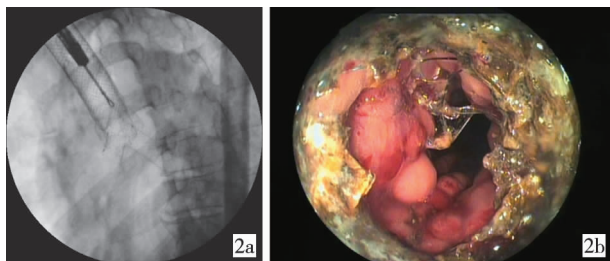
讨论

食管内支架置入是近年来治疗晚期食管癌导致的 ETF 的有效方法, 此法既能封堵瘘口恢复通畅的生理通道, 防止

DOI: 10.3969/j.issn.1008-794X.2013.07.022

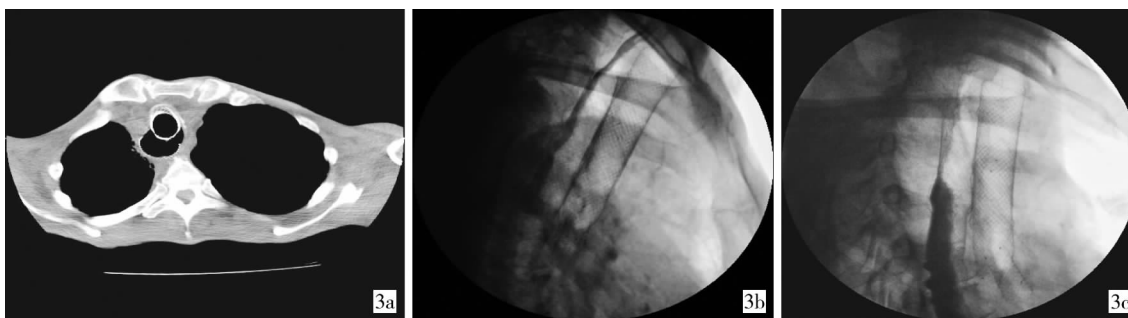
作者单位: 200050 上海市静安区同仁医院介入诊疗中心

通信作者: 茅爱武 E-mail: maoaw@sohu.com



2a X 线监视下鳄鱼钳抓取 2b 内镜直视下见已被鳄鱼钳从肉芽支架下口边缘的金属丝 组织中抓取暴露的支架金属

图 2 取出原断裂支架



3a 胸部 CT 提示支架堵塞完全

3b、3c 食管造影提示支架堵塞完全

图 3 EFT 堵漏后图像

食管腔内病变细节了解不够全面,尤其是因无法直视操控导丝先端前进方向以及缺乏支撑力等原因导致操作盲目,难度加大,手术时间延长,对术中操作导致的出血,亦不能及时吸出,导致患者呛咳,影响手术顺利进行且使医患受 X 线照射剂量相对增加。我中心将内镜直视与 X 线导向操作相联合,使食管支架放置与取出操作的成功率增加,定位精确度及安全度提高,减少了相关并发症的发生率^[2]。国外有学者报道肠镜联合 X 线置入十二指肠和近端空肠支架也取得良好的治疗效果^[3]。

关于支架回收时间的国外文献报道中一般认为支架置入后 4 ~ 7 d、3 ~ 6 周和 8 周不等是取出支架最合适的时间^[4],国内学者的实验研究亦证明支架置入后 2 周 ~ 1 个月^[5],此时取支架的风险较小,相关并发症发生率较低。本病例中 2 枚食管支架已置入 2 年,在架下口已经被增生爬行的肉芽组织包埋的情况下成功取出,无食管破裂、大出血等严重并发症发生,这除与手术操作者精细的操作有关外,也得益于内镜与 X 线监视相配合所带来的准确、安全。

此外,释放食管支架前应先行 CT 检查,如检查示肿瘤同时侵犯食管、气管,则应先行置入气管支架再置入食管支架,以免支架扩张食管时直接压迫或推挤肿瘤压迫临近气管造成窒息,威胁患者生命^[6-7]。

由此可见,内镜直视联合 X 线导向经口放置或取出食管支架的方法可明显提高操作的定位准确性,优势互补,最大程度地减少单一操作所带来的风险,成功率及安全性大大提高,值得临床常规开展。

吸入性肺炎,控制顽固性肺部感染,又能迅速改善患者进食梗阻及呛咳症状,增强患者自身抵抗力,提升生存质量,延长生存期^[1]。但如果食管内置入多枚支架后患者仍存在食管气管瘘则需经气管置入覆膜支架堵塞。

置入食管支架可在内镜直视定位下操作和在 X 线导向下操作为主。由于技术操作为相关专业医师掌握,操作成功率比较高,但因为内镜直视下仅能观察病变近端情况,对整个病变段及远端病变无法掌控,且易出现体外定位准确性欠佳,无法判断支架膨胀情况,操作过程中易并发食管穿孔、误入旁路及定位误差等情况;而单纯在 X 线下操作又容易对

[参考文献]

- [1] Siersema PD. Treatment of esophageal perforations and anastomotic leaks: the endoscopist is stepping into the arena[J]. Gastrointest Endosc, 2005, 61: 897 - 900.
- [2] 张宝阳, 姜昊声, 刘诗义, 等. 内镜直视联合 X 线监视置入支架治疗胃十二指肠恶性梗阻 47 例 [J]. 介入放射学杂志, 2009, 18: 763 - 765.
- [3] Jeurnink SM, Repici A, Luigiano C, et al. Use of a colonoscope for distal duodenal stent placement in patients with malignant obstruction[J]. Surg Endosc, 2009, 23: 562 - 567.
- [4] Repici A, Conio M, De Angelis C, et al. Temporary placement of an expandable polyester silicone-covered stent for treatment of refractory benign esophageal strictures [J]. Gastrointest Endosc, 2004, 60: 513 - 519.
- [5] 朱悦琦, 程英升, 李明华, 等. 暂时性自膨胀贲门支架治疗犬贲门失弛缓症模型的实验研究 [J]. 介入放射学杂志, 2011, 20: 459 - 464.
- [6] 茅爱武, 高中度, 杨仁杰, 等. 经口放置金属支架治疗胃、十二指肠及空肠恶性狭窄 67 例 [J]. 介入放射学杂志, 2001, 10: 42 - 44.
- [7] 韩新巍, 吴刚, 高雪梅, 等. 食管气管双支架的临床应用 [J]. 介入放射学杂志, 2005, 14: 163 - 166.

(收稿日期:2012-11-27)

(本文编辑:俞瑞纲)