

## 134 例 Barrett 食管的内镜特点

徐立宇<sup>1</sup>, 钦丹萍<sup>2</sup><sup>1</sup>浙江医院 老年医学科, 浙江 杭州 310013;<sup>2</sup>浙江省中医院 消化内科, 浙江 杭州 310013)

**摘要:**[目的]探讨 Barrett 食管(BE)的内镜诊断特点。[方法]回顾性分析 2016 年 1 月~2018 年 1 月医院内镜中心诊断的 134 例 BE 患者资料。[结果]2 年时间里共完成 10679 例胃镜检查,内镜下诊断可疑 BE 134 例(1.25%),病理确诊 BE72 例,占 0.67%(72/10679)。134 例患者中男 53 例,女 81 例;年龄 19~81 岁,平均 52.1 岁。根据镜下形态分,全周型占 25.4%(34/134),舌型占 22.4%(30/134),岛型占 52.2%(70/134);长节段 BE 占 5.2%(7/134),短节段 BE 占 94.8%(127/134)。[结论]BE 多见于中年人,BE 诊断需内镜与病理相结合,本研究中以岛型及短节段 BE 型多见。为预防和减少食管腺癌发生,临床内镜医师需加强对 BE 的认识,规范活检方法,提高 BE 活检率。

**关键词:**Barrett 食管;内镜病理;诊断**doi:**10.3969/j.issn.1671-038X.2019.03.10**中图分类号:**R44 **文献标志码:**A

## Endoscopic characteristics of 134 cases of Barrett's esophagus

XU Li-yu<sup>1</sup>, QIN Dan-ping<sup>2</sup><sup>1</sup>Department of Geriatrics, Zhejiang Hospital, Zhejiang, Hangzhou 310013, China; <sup>2</sup>Department of Gastroenterology, Zhejiang Provincial Hospital of TCM, Zhejiang, Hangzhou 310013, China)

Corresponding author: XU Li-yu, E-mail: xuliyuchao@163.com

**Abstract:**[Objective]To investigate the endoscopic characteristics of Barrett's esophagus (BE). [Methods]Data of 134 BE patient from January 2016 to January 2018 were analyzed retrospectively. [Results]Of the 10679 endoscopies performed, 134 patients (1.25%) were diagnosed. Of the 134 patients, 0.67% (72/10679) were confirmed to have BE after histologic analysis of the biopsies. There were 53 males and 81 females in the 134 cases, with age of 19-81 years old, the mean age was 52.1 years old. According to the submirror morphology, the full-week type accounts for 25.4% (34/134), the tongue type accounts for 22.4% (30/134), the island type accounts for 52.2% (70/134), the long segment BE is 5.2% (7/134), and the short segment BE was 94.8% (127/134). [Conclusion]BE was most frequently seen in middle-aged, BE should be diagnosed with endoscopy and pathology. The island type and short segment BE type occurred in most patients. In order to prevent and reduce the occurrence of esophageal adenocarcinoma, clinicians might be needed to strengthen the understanding of BE, regulate the biopsy method, and improve the probe biopsy rate.

**Key words:** Barrett's esophagus; endoscopy pathology; diagnosis

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替代的一种病理现象,可伴有或不伴有肠上皮化生。其中伴肠上皮化生者属于食管腺癌的癌前病变,其癌变的危险性较一般人群高<sup>[1]</sup>。近年来国内外食管腺癌

的发病率呈上升趋势,因此,BE 的正确规范的对预防和减少食管腺癌发生有重要的意义。本研究是对我院消化内镜中心 2016 年 1 月~2018 年 1 月诊断为 BE 的 134 例回顾性分析。

**1 资料与方法****1.1 一般资料**

2016 年 1 月~2018 年 1 月我院消化内镜中心内镜诊断为 BE 的 134 例患者。

收稿日期:2018-11-19

作者简介:徐立宇,男,主治医师,硕士研究生,研究方向:老年消化

通讯作者:徐立宇, E-mail: xuliyuchao@163.com

## 1.2 方法

对内镜诊断为 BE 的患者资料进行回顾性分析、总结。

## 2 结果

### 2.1 BE 的发病情况

在 2 年时间里我院有 15 名消化医师共完成 10 679 例胃镜检查,内镜下诊断可疑 BE 134 例(1.25%),其中男 53 例,女 81 例;年龄 19~81 岁,平均 52.1 岁。134 例内镜下诊断可疑 BE 患者均食管黏膜活检,最终病理确诊 BE 72 例,占总内镜检查的 0.67%(72/10 679)。

### 2.2 BE 分型情况

根据镜下形态分,全周型占 25.4%(34/134),舌型占 22.4%(30/134),岛型占 52.2%(70/134);LSBE 占 5.2%(7/134),SSBE 占 94.8%(127/134)。134 例中共有 55 例采用布拉格分类记录。其中 100 例是用“齿状线上移”,67 例用“岛状黏膜”来描述 BE。

### 2.3 病理诊断

病理科在病理诊断描述中,72 例均提到“柱状上皮化生”,其中 35 例有“肠上皮化生”。

## 3 讨论

1950 年,英国心胸外科医师 Norman Barrett 描述了食管下段一种红色的黏膜病变,认为那可能是因为食管下端溃疡疤痕收缩而导致胃黏膜被拉入了食管下端,这是首次描述 BE。随后陆续有 BE 的报道,人们逐渐认识到 BE 是一种黏膜化生,并与食管腺癌的发生密切相关。近年来随着内镜技术的发展及普及,对 BE 的认识越来越深入,但 BE 诊断标准尚未完全统一。

2011 年中华医学会消化病学分会的重庆《Barrett 食管诊治共识》中指出诊断 BE,必须明确区分鳞、柱状上皮交界(squamo columnar junction, SCJ)和胃食管结合处(esophagogastric junction, GEJ)。生理情况下,SCJ 和 GEJ 在同一部位。当 GEJ 的近端出现橘红色柱状上皮,即 SCJ 和 GEJ 分离时应该考虑“内镜下可疑 BE”。并明确提出,确诊需要病理显示柱状细胞存在<sup>[1]</sup>。2011 年美国胃肠病学学会强调通过食管组织活检证实存在肠化生才能明确是 BE<sup>[2]</sup>。2013 年英国胃肠病学学会 BE 指南中强调对 BE 的定义要求内镜下可见 SCJ 相对于 GEJ 上移 $\geq 1$  cm,并被组织病理学证实有柱状上皮化生<sup>[3]</sup>。而 2015 年美国胃肠病学学会 BE 指南<sup>[4]</sup>指出不仅内镜下可见 SCJ 相对于 GEJ 上移 $\geq 1$  cm,而且组织病理学需证实有肠上皮化生才能诊断为 BE。国内 2017 年中华医学会消化内镜学分会的万宁《中国巴雷特食

管及其早期腺癌筛查与诊治共识》中也同样强调 SCJ 相对于 GEJ 上移 $\geq 1$  cm,病理证实食管下段正常的复层鳞状上皮被化生的柱状上皮替代,可伴有或不伴有肠上皮化生。

在系列共识及指南中,SCJ 定位明确,但 GEJ 的定义有两种情况。2003 年美国胃肠病芝加哥会议专家组<sup>[4]</sup>认为胃黏膜皱襞的近侧缘是内镜辨认胃食管结合部的一个可靠标志。近几年美国及英国等国专家们推荐用胃黏膜皱襞近侧缘作为 GEJ 定位标志,但还有待更多证据<sup>[3-4,6]</sup>。而有日本学者认为纵行栅状血管网的下端即是胃食管连接处<sup>[7]</sup>。我国 2011 年重庆共识综合采用了 2 种定义,而 2017 年万宁共识<sup>[5]</sup>采用了近端胃黏膜皱襞起始部作为 GEJ。

不同文献中 BE 的患病率差异较大,根据相关文献,我国 BE 患病率为 0.06%~4.55%<sup>[8-9]</sup>,这可能和不同研究的诊断标准不一、医师对 BE 的认识不一、患者地域、饮食习惯不同等有关。国外近期有研究报道人群患病率为 1.3%~1.6%<sup>[10]</sup>。本研究中 2 年时间里共完成 10 679 例胃镜检查,内镜下可疑 BE 占 1.25%(134/10 679),经病理确诊占 0.67%(72/10 679)。与国内研究的患病率调查基本相符。在描述 BE 时,有 74.6%(100/134)内镜描述是用“齿状线上移”,50.0%(67/134)用“岛状黏膜”,可以看出医师对 BE 概念的认识基本清楚。但在诊断 BE 时很少提到 GEJ,有 15 例提到了栅状血管网。可见我院医师在诊断 BE 未强调 GEJ 以及未明确描述 SCJ 和 GEJ 是否分离。

BE 有不同的分类方法,根据累及黏膜的长度分为长节段 BE(LSBE)和短节段 BE(SSBE)。本研究中 LSBE 占 5.2%(7/134),SSBE 占 94.8%(127/134),SSBE 占绝大多数。另外,根据内镜下形态分,全周型占 25.4%(34/134),舌型占 22.4%(30/134),岛型占 52.2%(70/134)。研究中 SSBE、岛型比例高,与国内外系列研究结果基本相符;国际上最为普遍的是布拉格 C&M 分类法,是由 Sharma 等<sup>[11]</sup>在 2006 年提出来的。C(circumferential metaplasia)代表全周型化生黏膜的长度;M(maximal proximal extent of the metaplastic segment)代表化生黏膜的最大长度。在本研究中共有 55 例采用了布拉格分类,说明医师诊断 BE 描述标准化不够。而描述标准化才能更好的研究 BE。

在 134 例内镜下诊断 BE 患者均食管黏膜活检,最终内镜下诊断与病理符合率为 53.7%(72/134),占总内镜检查的 0.67%(72/10 679)。72 例均提到“柱状上皮化生”,其中 35 例有“肠上皮化

生”。大于国内 Su 等<sup>[12]</sup>报道的 16.33%符合率,但符合率总体仍偏低。究其原因,可能有以下几点:①概念模糊:部分医师对 BE 概念不清,对非柱状上皮化生的黏膜进行活检;②活检方法欠佳:部分医师在活检时一般根据经验在认为是柱状上皮的黏膜处活检,而且是取一块标本居多。根据指南,推荐方法是四象限取活检法,即常规从 GEJ 开始向上以 2 cm 的间隔分别在 4 个象限取活检,每个间隔取 8 块以上的黏膜组织能有效提高肠上皮化生的检出率;③病理科医师诊断误差。所以需加强 BE 的认识,规范活检,同时行内镜检查时可借助色素内镜、放大内镜等技术,有助于定位并指导活检,提高活检准确性。

综上所述,目前国内外 BE 的诊断标准不完全统一。诊断描述以及活检方法仍须进一步规范及标准化。

#### 参考文献

- [1] Chinese Medical Association Society of Digestive Diseases. Consensus on diagnosis and treatment of Barrett's esophagus(2011,Chongqing)[J]. Chin J Digest, 2011, 31(8):555-556.
- [2] American Gastroenterological Association; Spechler SJ, Sharma P, Souza RF, et al. American Gastroenterological Association medical position statement on the management of Barrett's esophagus[J]. Gastroenterology, 2011, 140(3):1084-1091.
- [3] Fitzgerald RC, di PM, Ragnath K, et al. British Society of Gastroenterology guidelines on the diagnosis and management of Barrett's oesophagus[J]. Gut, 2014, 63(1):7-42.
- [4] Shaheen NJ, Falk GW, Iyer PG, et al. ACG clinical guideline: diagnosis and management of Barrett's esophagus[J]. Am J Gastroenterol, 2016, 111(1):30-50.
- [5] Chinese Medical Association. Society of Digestive Endoscopy. Chinese consensus on screening, diagnosis and treatment of Barrett's esophagus and its early Adenocarcinoma[J]. Chin J Digest Endosc, 2017, 34(9):609-620.
- [6] Naini BV, Chak A, Ali MA, et al. Barrett's oesophagus diagnostic criteria: endoscopy and histology[J]. Best Pract Res Clin Gastroenterol, 2015, 29(1):77-96.
- [7] Kusano C, Kaltenbach T, Shimazu T, et al. Can Western endoscopists identify the end of the lower esophageal palisade vessels as a landmark of esophagogastric junction? [J]. J Gastroenterol, 2009, 44(8):842-846.
- [8] Zhang RG, Wang CS, Gao CF. Prevalence and pathogenesis of Barrett's esophagus in Luoyang, China[J]. Asian Pac J Cancer Prev, 2012, 13(5):2185-2191.
- [9] Zhang M, Fan XS, Zou XP. The prevalence of Barrett's esophagus remains low in Eastern China. Single-center 7-year descriptive study[J]. Saudi Med J, 2012, 33(12):1324-1329.
- [10] Chen X, Zhu LR, Hou XH. Clinical characteristics of Barrett's esophagus in Chinese[J]. J Gastroenterol Hepatol, 2008, 17(2):102-105.
- [11] Sharma P, Dent J, Armstrong D, et al. The development and validation of an endoscopic grading system for Barrett's esophagus: the Prague C & M criteria [J]. Gastroenterology, 2006, 131:1392-1399.
- [12] Su S, Wang BM, Fang WL, et al. An analysis of the endoscopic and pathological features of the esophagus [J]. Chin J Digest Endosc, 2010, 27(1):20-22.