

DEST JOURNAL WATCH



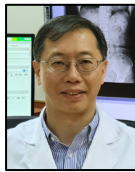
Essay of Expert Insights into the Latest Researches

台灣消化系內視鏡醫學會 論文分享導讀

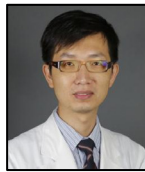


Sharing from Expert Insights for the Week of 20241025

Journal Watch Editorial Board



朱允義 醫師
新北市立土城
醫院



李癸洲 醫師
臺北榮民總醫
院



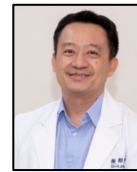
張立群 醫師
台大醫院



黃文信 醫師
中國醫藥大學
附設醫院



張經緯 醫師
台北馬偕紀念
醫院



施翔耀 醫師
高雄市立大同
醫院



王彥博 醫師
臺北榮民總醫
院

General Endoscopy

Topic: EUS-guided coil embolization and cyanoacrylate injection versus cyanoacrylate injection alone for gastric varices

朱允義 醫師評論 Ashok Jhajharia, Sumit Yadav, Shashank Singh, Prachis Ashdhir, Sandeep Nijhawan. Endoscopy 2024
DOI 10.1055/a-2408-6905

摘要：

胃靜脈曲張 (GV) 出血會危及生命，目前以內視鏡硬化劑注射為主要療法，但仍具有明顯的再出血風險。本篇目的是評估超音波內視鏡 (EUS) 導引下 coil embolization + cyanoacrylate glu (CYA) 與 EUS 引導單獨 CYA 注射相比，用於治療 GV 有效性和安全性。本研究使用 single-blinded, prospective, and parallel-group randomized design。共有 50 名患者接受治療採 1:1 隨機分配到兩組。Primary outcome 是臨床成功 (即靜脈曲張閉塞，variceal obliteration)。Secondary outcome 則為技術成功、追蹤期間胃靜脈曲張復發、再出血、再介入性治療和存活率。

結果：

術後 EUS 評估達到胃靜脈曲張閉塞以 coil + CYA 組較高 (100% vs. 92.3%； $P = 0.49$)，兩組均達到了 100% 技術性成功。0-12 週和 12-24 週再出血兩組的周數相當。12 週時，由 EUS 追蹤檢查，靜脈曲張復發在 coil + CYA 組中較低

(12.5% vs 19.2% ; $P = 0.70$)。Coil + CYA 組需要重新介入明顯減少(20.8% vs 53.8% ; $P = 0.03$)。Coil + CYA 組需要再介入時間明顯延長(44.3 w vs 24.6 w ; $P = 0.01$)，且存活時間也較長(48.3 w vs 42.0 w ; $P = 0.04$)。EUS 導引 coil embolization + CYA 注射取得了較好的臨床成果，減少了再介入的必要性並導致胃靜脈曲張改善，而且存活率更高。

評論：

胃靜脈曲張出血為一急症，需有正確診斷及迅速治療，除了藥物使用外，內視鏡硬化劑注射(EIS)為最常見治療方式，但為半盲目注射。在 EUS 下可以將靜脈曲張結構看的更清晰，進行注射治療時，可以增加安全性及正確度，除 EIS 外，現在也有使用 EUS guided coil embolization 來治療 GV，或合併 EIS 使用以期達到更好的治療效果，本篇研究比較 EUS-coil + IS 及單獨 EUS-IS 治療 GV，EUS-coil + IS 初步達到較理想的治療效果，但由於為單一醫院且樣本數目不多，因此進一步多院合作研究可以增加正確度，此外 EUS guided coil embolization 需要另外準備醫材，及最好在 X 光下進行治療過程。

文章連結

Topic: Glucagon-Like Peptide-1 Receptor Agonists Increase Solid Gastric Residue Rates on Upper Endoscopy Especially in Patients With Complicated Diabetes A Case-Control Study

朱允義醫師評論 Kevin Garza, Eli Aminpour, Janaki Shah, Bhavi Mehta, Dayna Early, C. Prakash Gyawali, Vladimir Kushnir.
Am J Gastroenterol 2024;119:1081-1088

摘要：

此篇為 propensity score-matched controls, retrospective case-control study 比較連續 3.5 年接受 Glucagon-Like Peptide-1 Receptor Agonists (GLP-1RA) 治療的患者接受上消化道內視鏡檢查中胃殘留食物的程度，患者檢查前未停用 GLP-1RA，殘留食物的存在則經由內視鏡檢查報告和影像來評估。

306 位使用 GLP-1RA 病患與配對對照組相比，使用 GLP-1RA 者胃殘留食物比率顯著升高 (14% vs 4% , $P < 0.01$)，尤其是 T2DM 患者 (14% vs 4% , $P < 0.01$)，另外 T2DM 胰島素依賴型患者 (17% vs 5% , $P < 0.01$) 和 T2DM 合併併發症者 (15% vs 2% , $P < 0.01$)，胃殘留食物比率有統計學上意義。

因合併接受大腸鏡檢查需較長時間禁食及使用清流質食物，胃殘留食物比率較低 (2% vs 11% , $P < 0.01$)，另外安排在下午檢查的患者 (4% vs 11% , $P < 0.01$) 胃殘留食物比率也較低。此外 22% 的患者需要插管再進行檢查，25% 的患者則需提前結束檢查，但沒有吸入性肺炎發生。

評論：

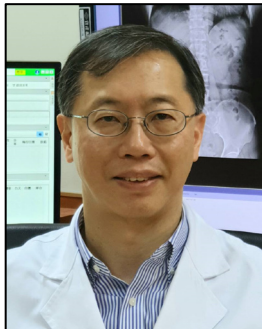
GLP-1RA 目前用於治療 T2DM 和減重，可以延遲胃排空，增加飽足感，以達到

控制飯後血糖及降低體重的目的。由此篇回溯性分析，對於使用 GLP-1RA 的 T2DM 病患，於內視鏡檢查中發生胃內固態食物的殘存比例增加，增加內視鏡檢查的風險及無法詳細檢查，但非糖尿病病患則沒有那麼明顯。GLP-1RA 分為短效性 (Liraglutide, 一天一次)，及長效性 (eg. Semaglutide, 一週一次)，中華民國糖尿病醫學會建議，在進行需禁食及麻醉手術前，GLP-1RA 需至少停藥一次 (長效性 GLP-1RA 使用者，檢查治療需安排在 7 天後)，根據健保署的適應症 GLP-1RA 並非第一線糖尿病治療藥物，因此暫時停藥不會影響血糖控制。

在台灣部分非糖尿病病患為減重自費使用 GLP-1RA，會因為 GLP-1RA 副作用 (噁心，嘔吐或胃食道逆流……) 或其他胃腸道不適求診，安排內視鏡檢查前需詳細問診藥物史並衛教 (停藥，禁食時間及飲食類型……)，安排適當的檢查時間並解釋風險，讓病人充分配合，以完成檢查及維護病患安全。

文章連結

評論醫師：



朱允義 醫師

新北市立土城醫院

email : cy2235@adm.cgmh.org.tw

SPONSOR :



元佑實業
YUAN YU INDUSTRY CO., LTD.

OLYMPUS EVIS X1

Topic: Effects of Glucagon-Like Peptide-1 Receptor Agonists on Upper Gastrointestinal Endoscopy: A Meta-Analysis

王彥博醫師評論. Antonio Facciorusso et. Al. Clinical Gastroenterology & Hepatology. 2024.

Doi:10.1016/j.cgh.2024.07.021. Online ahead of print

摘要：

Glucagon-like peptide-1 receptor agonists, GLP-1RAs 是用來治療第二型糖尿病的藥物，近年來被用於減重治療。他可以在葡萄糖設時候刺激胰島素的分泌，以及透過減緩胃排空來誘發早飽以協助體重減輕。由於他可以減緩胃蠕動，因此可能會增加胃部內容物殘留的容量，增加鎮靜內視鏡執行時吸入性肺炎的風險，但目前之臨床實證仍有限。本研究系統性整理 13 篇包含 84,065 病人之 GLP-1RAs 相關研究，發現使用 GLP1-RA 之病人進行上消化道內視鏡時會有更高機率的胃部內容物殘留(OR, 5.56; 95% CI, 3.35 to 9.23)，與糖尿病的病人有相同之機率。經過校正可能影響的其他因子，包含性別，年齡，身體質量指數，糖尿病與其他治療之後，還是有更高的胃部內容物殘留機會 (調整後 OR, 4.20; 95% CI, 3.42 to 5.15)。另外，使用 GLP1-RA 之病人終止(OR, 5.13; 95% CI, 3.01 to 8.75)或者需要再次進行(OR, 2.19; 95% CI, 1.43 to 3.35)內視鏡的機會也較高。在檢查相關副作用以及吸入事件發生機會使用 GLP1-RA 之病人與未使用的病人之發生機會並無統計上顯著差異(OR, 4.04; 95% CI, 0.63 to 26.03 與 OR, 1.75; 95% CI, 0.64 to 4.77)。在本綜合分析中，使用 GLP-1RAs 之病人有較多的胃部內容物殘留以及更高提早終止內視鏡的機會，然而並未帶來更多的吸入事件或者是副作用，因此調整空腹時間可能比常規停止 GLP1-RA 使用，對於進行上消化道內視鏡檢查的病人可能更合理。

評論：

目前美國麻醉醫學會對於減重以及糖尿病病人在手術前病人均應停止 GLP-1RAs 使用。美國消化醫學會因為目前的證據有限，則建議應該對於進行內視鏡之病人進行個人化的規劃；尤其對於沒有明顯胃殘留物伴隨症狀如噁心，嘔吐，消化不良或腹脹的病人更不應停止藥物使用。本綜論的結果，較支持美國消化醫學會的建議，因目前並未發現更高吸入事件或者副作用的機會，然而病人確實有可能有更多的胃內容物，甚至因此要再次重複內視鏡檢查。審視病人的情形，與病人就目前現有證據與臨床症狀做溝通，包含停藥可能帶來的體重血糖控制改變與不停藥可能再次內視鏡檢查帶來的不便，有助於內視鏡前 GLP1-RA 的使用規劃。延長空腹時間與或前一天的飲食內容調整也都有可能有助於內視鏡檢查的完成度，後續研究可能可以協助更精準的內視鏡前規劃執行。

文章連結

Topic: Incomplete mucosal layer excision during EMR: a potential source of recurrent adenoma

王彥博醫師評論 Dr. David J. Tate Gastrointest Endosc

2024;100:501-9.

摘要：

利用內視鏡黏膜切除術切除大腸息肉後，在後續追蹤仍有可能會發現有殘留或

者復發的腺瘤。本研究回溯性分析澳洲單一醫學中心大腸內視鏡黏膜切除術的紀錄，去觀察內視鏡切除邊緣的特徵是否有不完整的黏膜切除特徵。結果在 2017 年 1 月到 2020 年 7 月中接受內視鏡黏膜切除術切除大型無柄大腸息肉的 508 名病人中，10 位(2.0%)發現有不完整的黏膜切除徵象。這些病人之不完整的黏膜切除徵象(incomplete mucosal layer, IME)被進一步切除與分析，其病理結果發現其中 90%為黏膜肌肉層，90%為固有層，50%為殘存的腺瘤。將這些不完整的 IME 切除後，沒有病人在後續追蹤發現有復發或殘留的腺瘤。在本研究中發現在切除大型息肉後，切除邊緣中如有 IME，其中可能會有殘存的腺瘤，可能會帶來腺瘤復發的風險，因此完成內視鏡黏膜切除術後，應該要檢視傷口，評估是否有 IME，並且將其切除以預防殘存或復發的腺瘤。

評論：

本研究發現在內視鏡黏膜術切除大型大腸息肉後，IME 可能與殘存或復發腺瘤有關。目前在內視鏡黏膜術切除大型大腸息肉後，將傷口邊緣燒灼可以有效的預防腺瘤復發，其可能的機轉可能就是因為可以將 IME 中殘存的腺瘤減除。因此在進行大型大腸息肉切除後，辨認與切除 IME 十分重要。IME 位於內視鏡切除傷口的邊緣，常伴隨白色的電燒環，有時可能會與燒灼太深的白色肌肉層混淆，但透過仔細與有效的內視鏡檢查可以將其分辨與確認。在進行大型大腸息肉切除後，辨認與切除 IME 將可以減少腺瘤復發機會。

文章連結

評論醫師：



王彥博 醫師

臺北榮民總醫院

email : ulnafu@gmail.com

Copyright © The Digestive Endoscopy Society of Taiwan (DEST)

100 台北市中正區忠孝西路一段 50 號 21 樓之 18

Tel: 886-2-23710790 or 886-2-2371-0730

邱正堂 理事長

