

文章编号:1005-6947(2004)02-0155-02

· 临床报道 ·

胃恶性间质瘤的临床诊治

董谦¹, 全志伟¹, 殷敏智²

(上海第二医科大学附属新华医院 1. 外科 2. 病理科, 上海 200092)

摘要: 笔者回顾性分析 8 例胃恶性间质瘤患者的临床资料。诊断采用免疫组织化学法。病变部位 4 例在胃体, 3 例在胃窦, 1 例发生在胃贲门; 其中 5 例高度恶性, 3 例低度恶性。1 例因广泛转移仅行活检, 1 例姑息性切除术, 6 例行根治术。仅行活检 1 例术后 4 个月死亡; 姑息性切除 1 例术后复发; 行根治术 6 例均生存, 最长者达 5 年。提示免疫组化检查可确定胃恶性间质瘤的恶性程度; 手术应争取行根治性手术, 对预后及防止复发有一定意义。

关键词: 胃肿瘤/外科学; 间质瘤/诊断

中图分类号: R735.2; R730.262

文献标识码: B

胃恶性间质瘤 (gastric stromal sarcoma) 是指起于胃壁肌层的恶性间质肿瘤, 与上皮来源的肿瘤相比, 是一种少见的消化道恶性肿瘤。以往有不少文献从病理学角度对之进行了阐述, 但对其临床认识不足。本文仅就所诊治的 8 例的诊断和治疗进行探讨。

1 临床资料

1.1 一般资料

8 例胃恶性间质瘤患者均为我院 1995~1999 年的手术治疗病例, 均经病理证实。男 3 例, 女 5 例。年龄 32~68 (平均 54) 岁。

收稿日期: 2002-04-05; **修订日期:** 2003-08-07。

作者简介: 董谦 (1971-), 男, 上海人, 上海第二医科大学附属新华医院主治医师, 主要从事消化道外科方面的研究。

1.2 临床表现

首发症状中上腹疼痛不适、纳差 4 例, 上消化道出血 3 例, 上腹部肿块就诊 1 例。术前均接受胃镜、B 超、CT 检查, 1 例行 DSA 检查。所有病例的肿瘤标志物如 CA199, CA724, CEA, CA125, CA50 和 α FP 等均在正常范围。术前无 1 例诊断为胃间质肿瘤, 误诊为左肝叶占位病变、腹部肿块、上消化道出血等。

1.3 治疗

所有病例均接受手术。术中见 4 例肿瘤位于胃体, 3 例位于胃窦, 1 例位于贲门。瘤体直径为 5.5~18 cm。其中 1 例因广泛转移仅行活检后关腹, 1 例行姑息性切除, 6 例行根治性切除。

来困难, 延长了手术时间, 应予借鉴。

寻找阑尾经典的方法是沿结肠带向盲肠顶端追踪, 即能找到阑尾。如仍未找到阑尾, 应考虑可能为盲肠后位阑尾, 用手指探查盲肠后方或剪开盲肠外侧腹膜, 将盲肠向内翻即可发现阑尾。也可借助回盲襞寻找。两种方法结合多能找到。如仍找不到, 应疑及: (1) 乙状结肠过长或横结肠下垂至右下腹; (2) 异位 (肝下、中腹、左中腹、左下腹) 阑尾; (3) 反复发作的慢性阑尾炎、阑尾萎缩、急性阑尾炎大网膜肠管包裹或阑尾周围脓肿侵蚀阑尾消失殆尽^[3]。本组 1 例盲肠壁内阑尾炎位于右肝下, 而乙状结肠过长至右下腹。19 例阑尾周围脓肿, 6 例阑尾侵蚀溃碎消失。盲肠壁内阑尾炎多有盲肠回盲部肠系膜淋巴结肿大, 如术中找不到阑尾, 应仔细检查盲肠壁内有无条索状物, 最终可发现。

处理阑尾一般按经典方法。如阑尾较长粘连头端固定, 可于根部结扎切断, 残端处理后再分次断系膜切除阑

尾。如盲肠壁水肿、组织脆弱不能荷包缝合埋入残端, 可用 8 字或 U 字缝合在盲肠带上, 将系膜一并结扎。如盲肠壁内阑尾, 结扎切除后应将切开的浆肌层缝合并缝埋残端, 用侧、后腹膜覆盖创面挂缝 2~5 针, 以防肠痿发生^[4]。本组病例经上述处理后无 1 例并发症发生, 均在短期内痊愈出院。

参考文献:

- [1] 陈茂林, 章学泉, 李德文. 盲肠壁内阑尾炎 8 例报告 [J]. 腹部外科杂志, 1990, 2(3): 63.
- [2] 戴显伟. 阑尾疾病 [A]. 见: 陈孝平. 外科学 [M]. 北京: 人民卫生出版社, 2002. 609-611.
- [3] 乔海泉, 代文杰, 刘冰, 等. 阑尾炎再手术 20 例分析 [J]. 中国实用外科杂志, 2002, 22(8): 490-491.
- [4] 杨绍雄, 王英, 郭胜添. 37 例盲肠后位阑尾的诊治体会 [J]. 中国普外基础与临床杂志, 2002, 9(1): 64.

2 结果

2.1 病理诊断

术后均经 HE 染色及免疫组织化学染色证实诊断。免疫组织化学结果示 CD34 均为阳性,而上皮指标细胞角蛋白 (CK) 和膜上皮抗体 (EMA) 大部分阴性 (附表)。

附表 免疫组织化学染色结果 (n)

项目	阳性	阴性
CD34	8	0
Vimentin	2	6
Desmin	5	3
S-100	4	4
CK	1	7
EMA	1	7

2.2 治疗结果

术后 2 例出现伤口感染,无主要并发症,无围手术期死亡,均痊愈出院。

术后均未接受化学药物治疗。经随访 1 例广泛转移者于术后 4 个月死亡;姑息性切除 1 例在术后 7 个月因复发再次手术,存活至今已 30 个月;其余 6 例均无瘤生存,生存时间为 3~5 年。

3 讨论

胃恶性间质瘤是指原发于胃的非上皮性肿瘤,传统上多被误认为平滑肌源性或神经源性肿瘤。由于电镜及免疫组化技术的发展,发现胃间质瘤是一种不成熟的梭形细胞或上皮样细胞增殖^[2]。多数无一定分化方向,可分为肌源性、神经源性、混合性及未分化。因此,HE 染色切片诊断较为困难,因而免疫组化检查就相对显得很重要。表达何种形式取决于肿瘤的分化程度, Miettinen^[1] 认为本病 CD34 阳性率高,本文的资料也证实这一点。

胃间质瘤可分为良性、交界性和恶性几种。目前认为除核分裂像、瘤体大小外,细胞大小、密度,有无出血、坏死或黏膜侵犯均是区分的重要参数^[1,3]。凡符合下述 2 个或 2 个以上条件者,可诊断为恶性间质瘤^[1]: (1) 肿瘤直径 > 5 cm; (2) 侵及邻近器官; (3) 肿瘤坏死、出血; (4) 核分裂像 > 5/10 (HP); (6) 侵犯黏膜。本文的 8 例均符合标准而确诊为恶性间质瘤。

胃恶性间质瘤患者的临床表现主要为腹痛、上消化道出血、腹部肿块等。与腹膜后肿瘤不同,胃恶性间质瘤可在瘤体直径很小时即出现症状,但症状无特异性,术前诊断较为困难。

内镜是最常用的检查手段,但因胃恶性间质瘤是黏膜下肿瘤,如取材表浅则难以确诊。当然,如果检查医师对其有认识,采用“打洞法”可能一定程度地提高确诊率。B 超、CT 对检查有帮助,但都达不到确诊的目的。本组 1 例术前经胃镜、B 超、CT 甚至 DSA 检查而误诊为肝占位病变,经探腹发现胃恶性间质瘤。有作者建议采用细针穿刺活检,认为可以提高术前的确诊率。但由于所获取的组织量少,病理检查的技术要求高,且不能完全避免肿瘤细胞播散的问题,故本文作者未采用该方法。

胃恶性间质瘤的治疗目前仍以手术为主。如肿瘤直径小于 5 cm,行肿瘤部分切除即可;胃恶性间质瘤需行根治性胃大部切除。本组 8 例中除 1 例因转移仅行活检,1 例因认识不足行单纯切除外,其余均行根治术,未扩大清扫淋巴结范围。单纯切除的病例因复发再次手术,也提示我们切除不彻底容易复发,一旦确诊胃恶性间质瘤,应该行根治术;复发者可再行手术切除。

术后化疗或放疗与否尚存有争议。本组的病例未进行放疗或化疗。Brainard 等^[4] 观察了 39 例胃肠间质瘤,发现预后差的因素依次为肿瘤大小 > 5 cm,分裂相 > 5/50 (HP),高细胞密度,器官样生长方式不占优势,缺乏丝团样纤维,显著核多形性,黏膜浸润,肿瘤坏死,其中肿瘤的大小和核分裂相是关系到肿瘤良恶性和患者预后、生存的最重要因素。DeMatteo 等^[5] 报道早期患者中,肿瘤根治性切除术后的 5 年生存率为 54%。笔者认为,在提高对该病的认识后能进一步完善诊断和治疗的方法,可能有助于提高预后。

参考文献:

- [1] Miettinen M, Nirolainen M, Rikala MS. Gastrointestinal stromal tumors - value of CD34 antigen in their identification and Separation from true Leiomyomas and Schwannomas [J]. Am J Surg Pathol, 1995, 19 (2): 207 - 216.
- [2] Suster S, Sorace D, Moran CA. Gastrointestinal stromal tumors with prominent myxoid matrix [J]. Am J Surg Pathol, 1995, 19 (1): 59 - 70.
- [3] Goldblum JR, Appelman HD. Stromal tumors of the duodenum. A histologic and immunohistochemical study of 20 cases [J]. Am J Surg Pathol, 1995, 19 (1): 71 - 80.
- [4] Brainard JA, Goldblum JR. Stromal tumors of the jejunum and ileum: a clinicopathologic study of 39 cases [J]. Am J Surg Pathol, 1997, 21 (4): 407 - 416.
- [5] DeMatteo RP, Lewis JJ, Leung D, et al. Two hundred gastrointestinal stromal tumors: recurrence patterns and prognostic factors for survival [J]. Ann Surg, 2000, 231 (1): 51 - 58.