



doi:10.7659/j.issn.1005-6947.2014.04.036
http://www.zpwz.net/CN/abstract/abstract3872.shtml

· 临床报道 ·

小肠间质瘤 21 例临床分析

邱云峰¹, 瞿敏¹, 杜其威¹, 涂志远², 杨维良³

(1. 上海市宝山区大场医院 普通外科, 上海 200444; 2. 同济大学附属同济医院 普通外科, 上海 200436; 3. 哈尔滨医科大学附属第二医院 普通外科, 黑龙江 哈尔滨 150086)

摘要

目的: 探讨小肠间质瘤的临床表现、诊断及治疗方法。

方法: 回顾性分析收治的 21 例小肠间质瘤的临床资料。

结果: 肿瘤位于十二指肠 3 例, 空肠 12 例, 回肠 6 例。主要临床表现为黑便、腹痛、腹部肿块、腹部不适、贫血等。术前确诊 14 例。本组均手术治疗, 行胰十二指肠切除 1 例, 小肠部分切除 18 例, 小肠部分切除加肝部分切除 2 例。术后复发 3 例, 1 例腹腔广泛转移, 1 例局部复发并肝转移, 再次行复发灶及肝转移灶切除, 1 例术后 1.2 年死亡, 1 例术后 3 年, 仍存活。

结论: 小肠间质瘤缺乏特异性临床表现, 空回肠肿瘤缺乏特异性检查手段, 容易误诊, 手术是最有效的治疗方法。

[中国普通外科杂志, 2014, 23(4):559-558]

关键词

小肠间质瘤 / 诊断; 小肠间质瘤 / 治疗

中图分类号: R735.3

小肠间质瘤 (small bowel stromal tumors, SBST) 比较少见, 占胃肠道间质瘤的 31%^[1], 由于其特殊的解剖因素及临床表现的不典型, 早期诊断困难, 容易误诊。笔者 2005 年 1 月—2012 年 12 月共诊治 21 例, 现报告如下。

收稿日期: 2014-01-24; 修订日期: 2014-03-31。

作者简介: 邱云峰, 上海市宝山区大场医院主任医师, 主要从事普通外科临床方面的研究。

通信作者: 邱云峰, Email: qiuyunfeng1955@sina

1 临床资料

1.1 一般资料

本组 21 例, 男 13 例, 女 8 例; 发病年龄 42~73 岁, 年龄 51 岁; 病程 1 d 至 4 年。主要临床表现以消化道出血为首发症状 12 例 (57.1%), 腹部包块伴腹痛 5 例 (23.5%), 慢性不完全性肠梗阻表现 3 例 (14.3%), 急性腹膜炎表现 1 例 (4.8%)。

jejunostomy tubes, gastrectomy, pyloroplasty, gastric electrical stimulation[J]. J Gastrointest Surg, 2013, 17(9):1559-1561.

[7] 梁寒晖. 胃肠手术后胃瘫综合征因素及治疗分析[J]. 浙江临床医学, 2013, 15(8):1193-1194.

[8] 夏博, 王斌, 赵光忠, 等. 腹部手术后胃瘫综合征的临床诊治及相关因素分析[J]. 中国医药导报, 2013, 10(21): 72-74.

[9] 王志勤, 徐春华. 上消化道手术后胃瘫综合征的危险因素分析[J]. 临床外科杂志, 2013, 21(5):355-356.

[10] 吕振晔, 钱振渊, 叶再元, 等. 远端胃癌术后胃瘫多因素分析[J]. 中国中西医结合外科杂志, 2013, 19(1):9-11.

[11] 王向阳, 张克难, 冯安明, 等. 根治性远端胃大部切除术后胃瘫危险因素的探讨[J]. 中国普通外科杂志, 2010, 19(10):1156-1158.

[12] Maia Bosca M, MartiL, Minguez M, et al. Diagnostic and therapeutic

approach to patients with gastroparesis[J]. Gastroenterol Hepatol, 2007, 30(6):351-359.

[13] Darido E, Farrell TM. Laparoscopic longitudinal gastrectomy and duodenojejunostomy for treatment of diabetic gastroparesis[J]. Surg Obes Relat Dis, 2012, 8(6):811-813.

(本文编辑 宋涛)

本文引用格式: 王飞, 王青萍, 戚丽娟. 胃癌根治性胃大部切除术后胃瘫的危险因素分析[J]. 中国普通外科杂志, 2014, 23(4):556-559. doi: 10.7659/j.issn.1005-6947.2014.04.035

Cite this article as: WANG F, WANG QP, QI LJ. Analysis of risk factors and preventive measures of gastroparesis after radical gastrectomy for gastric cancer[J]. Chin J Gen Surg, 2014, 23(4):556-559. doi: 10.7659/j.issn.1005-6947.2014.04.035

1.2 检查及诊断

行胃镜检查14例,发现十二指肠肿瘤3例;行纤维结肠镜检查15例,无1例有阳性发现;行腹腔镜检查3例,发现肿瘤位于空肠2例,回肠1例;行双气囊电子小肠镜检查5例,确诊3例;行胶囊内镜检查4例,确诊1例;行消化道钡餐检查5例,仅1例确诊;行B超检查20例,发现腹部包块5例;行CT检查18例,确诊5例;行剖腹探查2例,确诊2例;行MRI检查3例,确诊小肠间质瘤1例。

1.3 肿瘤位置、大小

肿瘤位于十二指肠3例,空肠12例,回肠6例;肿瘤最小1.5 cm×1.5 cm×1.5 cm,最大10 cm×12 cm×8 cm。

1.4 治疗方法

行胰十二指肠切除术1例,行小肠部分切除术18例,其中3例行腹腔镜切除术;行小肠部分切除术及右肝部分切除2例,其中1例为空肠肿瘤,1例为回肠肿瘤,均转移至右肝,为孤立的转移灶。其他未发现转移灶。全组均未行放、化疗。3例术后口服伊马替尼治疗。

1.5 病理危险度分级

根据Fletcher等^[2]学者推荐的标准,依据肿瘤大小和核分裂数来确定GIST侵袭行为危险程度。本组危险度极低9例,低度危险性7例,中度危险性2例,高度危险性3例。

1.6 术后病理及免疫组化

本组镜下细胞类型有:梭形细胞型15例(71.43%),上皮样细胞型5例(23.8%),梭形细胞/上皮样细胞混合型1例(4.08%)。免疫组化结果:酪氨酸激酶生长因子受体(CD117)阳性95.2%(20/21),造血干细胞抗原(CD34)阳性90.5%(19/21),波形蛋白(vimentin)阳性57.2%(12/21),可溶性酸性蛋白(S-100)阳性38.1%(8/21)。

2 治疗结果与随访

全组均获随访,随访8个月至8.5年,死亡5例,其中死于心肌梗死1例,死于脑出血1例;3例复发转移,其中1例术后1年腹腔广泛转移死亡,1例术后2年时因肝转移行转移灶切除术,二次术后存活10个月,1例于手术后3年局部复发伴肝转移,行局部肿瘤及肝转移灶同步切除,二次术后3年仍

存活。复发转移的3例均是高度危险性病例,其余患者均健在。

3 讨论

3.1 SBST的临床特点

SBST较少见,起病隐匿,其主要的临床表现与消化系统常见病多发病的表现区别不明显。根据本组及国内外的资料,我们认为以下表现是其主要临床特点:(1)消化道出血是SBST最常见的首发症状^[3],主要表现为呕血、便血,部分患者表现出慢性失血所致的面色苍白、消瘦、无力而长期查找不到原因,致长期误诊,当明确诊断时肿瘤已属晚期。本组以消化道出血为首发症状的有12例(57.1%)。(2)腹部肿块是SBST的最常见体征,肿瘤较大时腹部可触及活动性肿块,当肿瘤累及周围组织时,肿块固定不活动。本组有5例(23.8%)。(3)慢性不完全性肠梗阻表现,当肿瘤造成肠腔狭窄后会出现腹痛、腹胀、恶心、呕吐,严重时停止肛门排便、排气,本组有3例(14.3%)。(4)少部分患者可表现出腹部不适、消瘦、无力等;如果十二指肠肿瘤侵犯胆总管可出现黄疸。

3.2 诊断

由于小肠间质瘤的临床表现缺乏特异性,其症状、体征均与消化道常见病、多发病的表现十分相似,加之其解剖部位的特殊性,以及检查方法的局限性,十分容易造成小肠间质瘤的误诊。当出现消化道出血、腹部肿块、腹部不适、消瘦、贫血等症状时,应考虑到SBST,要及时作下列检查:(1)X线钡剂造影检查。本组行此项检查5例,仅确诊1例。主要原因是因为消化道的解剖因素,有学者^[4]认为SBST多为腔外生长型肿瘤,所以钡餐检查不易发现。(2)腔镜检查。本组行胃镜检查14例,发现十二指肠肿瘤3例;纤维结肠镜检查15例,均未发现异常。胶囊内镜检查操作简单无创,但由于胶囊移动的不可控性,肠道内气体、液体对病灶的检查有较大的影响^[4],所以阳性率不高。本组有4例进行了此项检查,只1例确诊小肠肿瘤。双气囊电子小肠镜检查是一项安全、直观、可靠的检查手段,准确率较高。本组有5例行此项检查,3例确诊。(3)B超检查简便、易行,但易受肠道气体干扰,容易出现漏诊如定位错误,本组行此项检查20例,有5例发现了腹部肿块。(4)CT检查

目前被认为是小肠肿瘤的首选方法,不仅可以了解小肠间质瘤的部位和性质,还可以根据肿瘤的形态、大小和内部结构,初步鉴别肿瘤的良恶性,其诊断准确率可达 84.2%^[5]。本组行 CT 检查 18 例,只确诊 5 例。(5) 行 MRI 检查 3 例,确诊小肠肿瘤 1 例,由于其扫描速度慢,图像质量容易受肠道运动伪影的影响,临床应用有一定的局限性。(6) 腹腔镜检查虽是创伤性检查,但同时可达到治疗目的,本组行此项检查 3 例,均确诊。(7) 行剖腹探查 2 例,均确诊。本组术前确诊 14 例,误诊 7 例。笔者认为当出现消化道出血、腹部肿块、消化道不全梗阻、消瘦、贫血等症状时,经过多方检查仍不能确诊者,应及早行剖腹探查术,以免延误治疗。

3.3 治疗

早期手术并完整切除是 SBST 治疗的首选;首次手术彻底切除与否则是治疗的关键。根据笔者的经验及国内外部分资料分析,肿瘤完全切除,无瘤体破裂,切缘阴性即达到了治疗标准。根据患者的状况,肿瘤生长的局部情况等,可以采取局部切除、楔形切除、根治性切除等,如有邻近器官浸润可考虑行脏器联合切除,或姑息性手术,如捷径手术等。但由于术前检查只能明确肿瘤的大小和部位,无法判断其恶性程度,因此术中判断其恶性程度尤其重要,以决定其切除的范围和方式。SBST 的恶性程度往往要高于胃间质瘤,因此直径 5 cm 以上的 SBST 具有较高的恶性倾向,需行根治术,切缘一般要求达到 10 cm,对于直径 2~3 cm 的 SBST,如包膜完整,无出血坏死者可适当减少切缘距离。由于 SBST 血供丰富,包膜很薄,质地较脆,容易破溃,引起复发或转移,为此术中操作要求轻柔,考虑到 SBST 的生物学特征及复发的特点,尤其强调首次、完整切除肿瘤^[6]。因此完整切除肿瘤及保证切缘阴性最为重要^[7]。本组除十二指肠肿瘤外,切缘均大于 5 cm,全组切缘均阴性。腹腔镜手术适用于游离的 SBST,并且没有累及周围脏器,直径不大于 5 cm 的肿瘤^[8]。对于直径超过 5 cm 的 SBST 不建议腹腔镜手术^[9]。本组有 3 例行腹腔镜手术,肿瘤直径均在 5 cm 以下。对于复发转移患者,我们认为能够切除复发病灶和转移病灶尽量切除,本组有 2 例复发和转移者,不但切除了局部复发病灶,同时也切除了肝转移灶,收到了良好的效果。

SBST 对放疗和化疗均不敏感^[10],为此本组均未放、化疗。目前认为对于低度恶性的 SBST 完整切除后,无须进一步使用靶向药物;而对于高度恶性、无法完全切除肿瘤、合并转移等,须使用靶向药物治疗^[11]。本组对于高度敏感恶性的 3 例术后口服伊马替尼 400 mg/d 进行治疗,无明显的副作用。

参考文献

- [1] Bertolini V, Chiaravalli AM, Klersy C, et al. Gastrointestinal stromal tumors--frequency,malignancy,and new prognostic factors:the experience of a single institution[J]. *Pathol Res Pract*, 2008, 204(4):219-233.
- [2] Fletcher CD, Berman JJ, Corless C, et al. Diagnosis of gastrointestinal stromal tumors: a consensus approach[J]. *Int J Surg Pathol*, 2002, 10(2):81-89.
- [3] 高业博,寇玉,付强,等. 小肠间质瘤 41 例的预后分析[J]. *中华普通外科杂志*, 2012, 27(12):970-973.
- [4] 方孙阳,邱海江,王焕根,等. 小肠间质瘤 18 例分析[J]. *中国中西医结合外科杂志*, 2010, 16(6):631-633.
- [5] 罗建飞,邹力,马书进,等. CTA 对小肠间质瘤的诊断价值[J]. *腹部外科*, 2011, 24(3):166-168.
- [6] 何裕隆. 胃肠间质瘤的流行病学研究现状及其治疗[J]. *中华胃肠外科杂志*, 2007, 10(1):8-10.
- [7] Canda AE, Ozsoy Y, Nalbany OA, et al. Gastrointestinal stromal tumor of the stomach with lymph node metastasis[J]. *World J Surg Oncol*, 2008, 6:97. doi: 10.1186/1477-7819-6-97.
- [8] Iwahashi M, Takifuji K, Ojima T, et al. Surgical management of small gastrointestinal stromal tumors of the stomach[J]. *World J Surg*, 2006, 30(1):28-35.
- [9] Târcoveanu E, Dimofte G, Vasilescu A, et al. Laparoscopic management of gastrointestinal stromal tumours[J]. *Acta Chir Belg*, 2010, 110(3):295-302.
- [10] 施杰民,韩春蕃. 空肠间质瘤 24 例的外科治疗[J]. *中华胃肠外科杂志*, 2008, 11(2):187.
- [11] 黄勇,卫洪波. 空肠起始段巨大间质瘤[J]. *中华消化外科杂志*, 2009, 8(5):389-390.

(本文编辑 姜晖)

本文引用格式:邱云峰,瞿敏,杜其威,等. 小肠间质瘤 21 例临床分析[J]. *中国普通外科杂志*, 2014, 23(4):559-558. doi: 10.7659/j.issn.1005-6947.2014.04.036

Cite this article as: QIU Yf, QU M, DU QW, et al. Diagnosis and treatment of small bowel stromal tumor: clinical analysis of 21 cases[J]. *Chin J Gen Surg*, 2014, 23(4):559-558. doi: 10.7659/j.issn.1005-6947.2014.04.036