

文章编号:1005-6947(2008)04-0401-03

· 临床报道 ·

胃肠道间质瘤临床诊治分析:附46例报告

吴建强,管小青,陈焰,吴际生,顾书成,胡建平

(江苏省宿迁市人民医院 普通外科,江苏 宿迁 223800)

摘要:目的 探讨胃肠道间质瘤(GIST)的临床表现、病理特点及诊断、治疗和预后。方法 回顾性分析6年间收治的46例GIST患者的临床和病理资料。结果 GIST主要表现为腹部不适、消化道出血、腹部肿块、贫血。术前胃镜检查发现肿块27例;肠镜发现肿块5例;CT发现肿块17例;B超发现肿块13例。术中本组术前诊断率10.8%。肿瘤部位:胃27例,十二指肠3例,小肠10例,结肠5例,直肠1例。良性13例,交界性8例,恶性25例(其中肿瘤直径 ≥ 5 cm的占20例, < 5 cm 5例。)行胃楔形切除术13例,近端胃切除术8例,远端胃切除术6例,全胃切除术1例,胰十二指肠切除术1例,病变肠段切除14例,左半结肠切除术1例,Dixon术1例,旷置术1例。术中均未见淋巴结转移。本组所有恶性患者均未进行放疗或化疗,1例服用格列卫治疗。随访6~48个月,良性和交界性患者无复发;恶性患者中2例胃恶性间质瘤术后26个月死于肝转移,1例结肠恶性间质瘤术后死于局部复发、腹腔转移。**结论** GIST无特异性临床表现,术前诊断困难。内镜和CT、超声是临床检查的主要方法。手术切除是主要的治疗手段,切除范围决定于术中快速冰冻切片检查的结果和肿瘤大小等指标对其良、恶性的判断。

[中国普通外科杂志,2008,17(4):401-403]

关键词: 胃肠道间质肿瘤/外科学;胃肠道间质肿瘤/诊断

中图分类号: R 735.2

文献标识码: B

胃肠道间质瘤(gastrointestinal stromal tumor.

GIST)是近年来被逐渐认识的一种独立的临床病理实体,是源于胃肠道原始间质细胞的缺乏分化或未定向分化的非上皮性肿瘤。

笔者对我院2000年1月—2006年1月收治的46例确诊为GIST患者的临床资料进行回顾性分析,现报道如下。

收稿日期:2007-10-09; **修订日期:**2008-03-20。

作者简介:吴建强,男,江苏省宿迁市人民医院副主任医师,主要从事消化道肿瘤方面的研究。

通讯作者:吴建强 E-mail:wjq-10@163.com

膜脂改变导致膜功能障碍和膜酶损伤;脂质过氧化过程中生成的活性氧对酶和其他细胞成分的损伤;脂氢过氧化物的分解产物,特别是醛式产物对细胞及其成分的毒性效应。其结果是细胞膜及线粒体、溶酶体等细胞器膜的通透性和完整性受到损坏,同时可使膜上的酶和功能性蛋白质受到损害,严重时可能造成DNA解聚、碱基改变、DNA链断裂等遗传物质的改变,致使细胞结构和功能受到破坏^[4]。

本实验结果示,术后24h起B组各时点MDA水平显著低于A组($P < 0.01$),而SOD水平显著高于A组($P < 0.01$)。提示术后早期应用丹参能显著降低梗阻性左半结肠癌患者术后自由基的水平。丹参的作用机制是:(1)丹参的二萜醌成分可解除血小板聚集,改善微循环灌注,减少ATP消耗^[2]。(2)直接作用于细胞膜受体操纵性钙通道,增加 Ca^{2+} 泵主动转运,增速 Ca^{2+} 外排内摄。这样,使细胞内游离钙浓度降低,减少黄嘌呤脱氢酶向黄嘌呤氧化酶的转化,亦即减少了细

胞内脂质过氧化自由基的生成^[3]。(3)丹参可抑制基础状态及血小板源生长因子(PDGF)作用下血管平滑肌细胞(SMC)的增生,预防、减轻静脉增殖病变^[4]。

据此,笔者建议,对于梗阻性左半结肠癌患者可考虑于术后早期应用丹参,以期及早改善机体术后全身情况。

参考文献:

- [1] Squier MK, Cohen JJ. Cell-mediated cytotoxic mechanisms [J]. Curr Opin Immunol, 1994, 6(3):447-452.
- [2] 卢绮萍,史陈让,吴在德,等.丹参防治肝缺血再灌注期肝细胞内钙超载的实验与临床研究[J].中华外科杂志,1996,34(2):98-101.
- [3] 卢绮萍,吴在德,陈孝平,等.肝门阻断再灌注对肝组织 Fas,穿孔素,bcl-2 mRNA 表达及丹参预处理的影响[J].中国普通外科杂志,2001,10(4):323-326.
- [4] 马小干,时德.丹参对血小板源生长因子刺激血管平滑肌细胞增生德影响[J].中国普通外科杂志,2002,11(8):488-490.

1 临床资料

1.1 一般资料

本组,男26例,女20例;年龄17~77(平均59)岁。主要症状包括:腹痛14例,消化道出血19例,腹部肿块7例,吞咽困难2例,排便习惯改变2例,排便困难1例,贫血1例。7例患者合并消瘦或发热。肿瘤部位:胃27例(其中胃底17例,胃体7例,胃窦3例),小肠13例(十二指肠3例,空回肠10例),结肠5例,直肠1例。

1.2 术前检查

胃镜检查30例均发现占位性肿块,考虑为间质瘤9例,胃癌8例,黏膜下肿块13例(包括十二指肠3例);肠镜发现结直肠占位病变5例,2例诊断为间质瘤,3例诊断为肠癌。CT检查25例次,发现与胃肠道有关的肿瘤17例(68%);B超检查30例次,发现与胃肠道有关的肿瘤13例(43%)。

1.3 治疗方法

本组均行手术治疗。27例胃间质瘤中行胃楔形切除术13例,近端胃切除术8例,远端胃切除术5例,全胃切除术1例。位于十二指肠的3例间质瘤中,1例行旷置术,1例行远端胃及十二指肠冠部切除术,1例行胰十二指肠切除术。10例位于空回肠中的间质瘤均行肿瘤及小肠部分

切除术。5例结肠间质瘤中,4例行局部切除术,1例行左半结肠切除术。1例直肠间质瘤行Dixon术。本组所有恶性患者均未进行放疗或化疗,1例术后服用格列卫治疗。

2 结果

2.1 手术结果

本组无手术死亡病例。术中未发现淋巴结转移或远处转移患者。所有标本经病理检查切缘均为阴性。

2.2 病理学检查

本组瘤体直径为0.7~20.0 cm,由黏膜下向腔内或浆膜外生长。肉眼观察肿瘤虽无明显包膜但边界多数清楚,质地中等偏硬;较大肿瘤在中央顶端多有一溃疡形成,有出血和坏死。切面有的呈编织状,质硬韧,有的较细腻。镜下表现多样,但肿瘤细胞主要为梭形和上皮样细胞(见图1-3)。按Emory的分类标准,本组良性13例,交界性8例,恶性25例。肿瘤直径 ≥ 5 cm者30例中,良性5例,交界性5例,恶性20例;肿瘤直径 < 5 cm者16例,良性8例,交界性3例,恶性5例。免疫组织化学检测结果:CD117(+)91.3%, CD34(+)82.1%, SMA(+)22.7%, S-100(+)17.5%。

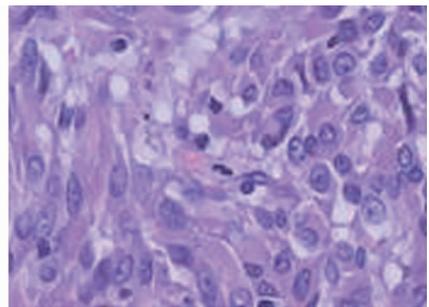
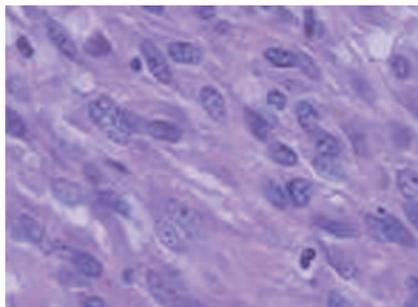
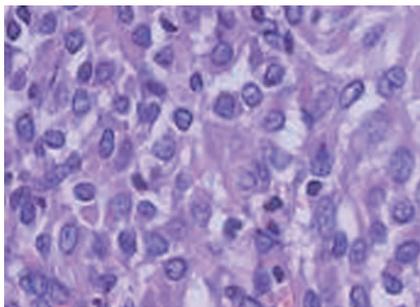


图1 以上皮样细胞为主的胃恶性间质瘤(HE×400)

图2 以梭形细胞为主的结肠恶性间质瘤(HE×400)

图3 以梭形细胞和上皮样细胞混合为主的胃恶性间质瘤(HE×400)

2.3 随访

本组37例获随访,随访率80.4%(37/46)。随访6~48月。12例良性患者均健康存活;25例恶性患者中,2例胃恶性间质瘤发生肝转移,术后26个月死亡,1例乙状结肠恶性间质瘤患者,术后15月局部复发、腹腔转移,术后23个月死亡;其余22例中有4例手术后24~40个月发

生肝或腹腔转移,目前带瘤生存(1例服用格列卫治疗);15例无瘤生存,3例失访。

3 讨论

GIST的概念首先于1983年由Mazur和Clark提出^[1],是指胃肠道最常见的间叶性肿瘤,具有非定向分化的特征。胃肠道间叶源性肿瘤中,大

多应是GIST,而平滑肌瘤、平滑肌肉瘤不常见,神经源性的肿瘤更少见。

GIST最常见于胃(60%~70%),小肠(20%~30%),结、直肠(5%)。本组胃占58.7%(27/46),小肠28.2%(13/46),结、直肠13%(6/46);分布情况与文献^[2]报道基本相似。

GIST以中老年多见。无特异性临床表现,GIST的术前诊断困难。内镜(包括胃镜和肠镜)、消化道气钡造影及CT等可发现实质性肿瘤;CT能清楚地显示瘤体结构及其与周围组织的关系,为手术方案的制定提供必要的影像学信息。超声内镜可清晰地显示消化道管壁的结构、层次及壁外的结构。有学者^[3]认为肿瘤超声内镜的特征可作为评估肿瘤恶性和交界性的依据。本组术前以内镜、CT和B超检查为主,但诊断为间质瘤的仅11例,故单凭临床表现、影像学检查和术前的组织学检查,一般不能确诊GIST,须依靠免疫组化检查确诊。本组病例的术后免疫组化检查结果显示CD117(+)91.3%,CD34(+)82.1%,SMA(+)22.7%,S-100(+)17.5%,与文献报道相仿^[4]。

胃肠道间质瘤良、恶性的判断对指导治疗及预后评估具有重要意义,两者之间缺乏明确的界限,目前尚未取得一致意见。有病理学者认为“良性的“和”恶性的“分类应被描述为”低度恶性“和”高度恶性“更加确切。根据Emory等^[5]提出的诊断标准,本组46例GIST中良性间质瘤13例,交界性8例,恶性25例。在本组肿瘤直径 ≥ 5 cm的30例患者中,20例为恶性;直径 < 5 cm的16例患者中,仅有5例为恶性。这说明肿瘤大小是判断其良、恶性的一个重要指标之一。

手术切除是GIST治疗的最佳方案。良性肿瘤行局部切除已无异议,对于恶性肿瘤患者尚有争议。蔡成机^[6]认为切除范围和术式选择须结合肿瘤恶性潜能的评估作出抉择。本组患者常行扩大范围的病灶切除,如:近、远端胃大部切除术,全胃切除术,胰十二指肠切除术;左半结肠切除术,Dixon术等,效果较好。作者认为术中快速

冰冻切片检查是必要的,虽不能作为GIST确诊的依据,但可以明确组织来源,对判断GIST及生物学行为是有帮助的。本组将术中快速冰冻切片检查与术中所见相结合,如果肿瘤直径 ≥ 5 cm,即使快速冰冻切片检查为良性,也行扩大范围的病灶切除,但不作淋巴清扫。另外,作者认为位于贲门或幽门处的肿瘤,应考虑到如果行肿瘤局部切除、缝合后是否影响其通畅性,否则也应行扩大范围的病灶切除,而不仅满足于距肿瘤边缘1~3 cm的切除范围。对于明确为恶性或交界性的间质瘤一律行较大范围的病灶切除。胃肠间质瘤的转移方式主要是肝脏和腹膜种植,很少发生淋巴结转移,不须常规做淋巴结清扫。由于GIST质地较脆,术中应轻柔操作,防止肿瘤脱落种植,遵守无瘤原则。本组术中未发现淋巴结转移的患者。

GIST对放疗、化疗均不敏感,现已不推荐。近年来格列卫—这一靶向治疗药物应用于临床,给GIST的治疗带来了突破性进展^[7]。本组仅有1例患者服用格列卫治疗,其疗效还在随访之中。

参考文献:

- [1] Mazur MT, Clark HB. Gastric stromal tumors, reappraisal of histogenesis [J]. *Am J Surg Pathol*, 1983, 7(6): 507 - 519.
- [2] 陆昌友,黄君,但小红,等. 胃肠道间质瘤24例临床分析[J]. *中国医师杂志*, 2006, 18(12): 1638 - 1639.
- [3] Okai T, Minamoto T, Ohtsubo K, *et al.* Endosonographic evaluation of c-kit positive gastrointestinal stromal tumor [J]. *Abdom Imaging*, 2003, 28(3): 301 - 303.
- [4] 王军,杨翀,董兵,等. 52例胃肠道间质瘤临床与病理分析[J]. *中华胃肠外科杂志*, 2003, 6(5): 295 - 297.
- [5] Emory TS, Sobin LH, Lukes L, *et al.* Prognosis of gastrointestinal smooth-muscular (stromal) tumors: dependence on anatomic site [J]. *Am J Surg Pathol*, 1999, 23(1): 82 - 87.
- [6] 蔡成机. 胃肠道间质瘤的诊治理念[J]. *中国普通外科杂志*, 2007, 16(9): 887 - 889.
- [7] Demetri GD, Von Mehren M, Blanke CD, *et al.* Efficacy and safety of imatinib mesylate in advanced gastrointestinal stromal tumors [J]. *N Engl J Med*, 2002, 347(7): 472 - 480.