



胃肠道间质瘤临床诊治及病理分析13例报道

1983年, Mazur和Clark首先提出“胃肠间质瘤”(gastrointestinal stromal tumors, GIST)是一组具有非定向分化的不同特征和生物学行为的消化道间叶组织来源的肿瘤[1]。尽管消化道间叶肿瘤少见,但种类繁多,形态复杂,易被误诊为平滑肌源性肿瘤或神经源性肿瘤。近年来免疫组化、电镜以及分子生物学技术的发展与应用,证实以前文献中报告的胃肠道大部分梭形细胞性肿瘤并不具有平滑肌或神经分化特征,而是一种非定向分化的间质瘤[2]。为进一步提高对GIST的认识,作者结合有关的资料,分析了本院自2000年3月至2005年3月收治的13例胃肠道间质瘤,现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

男7例、女6例。年龄38~70岁,平均50岁。病变部位:胃8例、小肠5例。

1.2 临床表现

8例胃间质瘤中,首发症状表现上腹部胀痛或不适者3例、黑便3例、无症状2例,肿瘤直径0.5~7.0 cm,平均3.5 cm。

5例小肠间质瘤均表现为黑便,瘤体腔内生长,肿瘤直径分别为2.5~4.4 cm,平均4.0 cm。发病至入院时间3 d至2年,平均5.8个月。

1.3 术前诊断

8例胃间质瘤中均行胃镜检查,表现为粘膜下肿块5例、粘膜下肿块伴溃疡1例、息肉2例。CT检查7例,4例诊断为实质性肿块、3例明确来源于消化道管壁。术前确诊3例(23.1%)。

1.4 病理结果

13例标本均经4%缓冲甲醛固定,酒精梯度脱水,石蜡包埋后,常规切片,片厚4 μm , HE染色和免疫酶标记(EnVision法),光镜下均可见梭形细胞。13例中病理示恶性3例(23.1%)、良性6例(46.2%)、潜在恶性4例(30.7%)。13例的免疫组化结果:11例CD117(+),10例CD34(+),2例CD117(-)/CD34(+),3例CD34(-)/CD117(+)

1.5 治疗与预后

手术治疗13例,均手术切除。其中胃大部切除6例、胃肿瘤摘除2例、小肠肠段切除5例。随访1个月~5年,平均生存期3.6年。

2 讨论

2.1 临床表现及诊断

GIST起源于胃肠肌丛中的Cajal间质细胞,是消化道最常见的间叶组织源性肿瘤[3],其中恶性间质瘤是一种少见的软组织肿瘤,浸润到消化腔内表现为溃疡或出血,大约1/3的患者可出现胃肠道出血瘤[4][5]。男性多见,好发于中老年,平均发病年龄为50~60岁[6]。60%~70%的GIST发生在胃部,小肠占20%~30%,发生在大肠者<5%,胃肠道其他部位(食管、网膜、肠系膜)不足5%[7]。本组情况与上述报道相符,最常见的症状是腹部隐痛不适。本组有3例表现上腹部胀痛或不适和8例表现为黑便,症状为非特异性,另外有2例临床无不适症状,因此术前诊断较为困难。

2.2 免疫组化检查在GIST检查中的地位

虽然内镜是GIST最常见的检查手段,但因GIST是黏膜下肿瘤,若取材表浅,则易漏诊。B超、CT对诊断有帮助,但都达不到确诊的目的,所以本组术前确诊率只有23.1%。由于胃肠间质瘤与其他梭形细胞肿瘤,如平滑肌瘤、神经性肿瘤类似,光镜下非常难以区分。因此GIST的诊断主要依赖免疫组化检查。常用免疫组化标记物为CD34和CD117。CD34是一种造血前体细胞抗原,在GIST中有较高的表达率。本组13例中CD34阳性表达10例,阳性率76.9%,与文献报告一致。近期的研究显示CD117是GIST中最具有特征性意义的免疫组化标记物,它可将真正的平滑肌瘤和神经鞘瘤分开,是迄今为止发现的一种较CD34更为敏感的标记物[8]。本组13例GIST中CD117阳性表达11例,阳性表达率为84.6%,CD117阳性表达率高于CD34。但2例CD117表达阴性的病例却CD34表达阳性,而3例CD34表达阴性的病例却CD117表达阳性。因此,CD34和CD117在胃肠间质瘤的诊断中能够起到互补的作用,二者的联合检测,并联系病理形态学即可确诊GIST。

2.3 良恶性间质瘤的判断及手术方式的选择

GIST的良恶性判断较困难,最可靠的恶性征象是手术时即浸润到邻近器官,或出现网膜、肠系膜、腹膜、肝脏或淋巴结等处转移。肿瘤粘膜侵犯及肌层浸润也是恶性的重要证据。但目前没有一种方案能对所有病例准确地判定良、恶性,需结合多项因素综合判断,如肿瘤的大小、核分裂活性、肿瘤坏死及组织学特点等。临床上良恶性的判别主要依据Iwama等[9]的病理学标准,其标准如下:1恶性指标:(1)有转移(组织学证实);(2)浸润至邻近器官;(3)有2种或2种以上的潜在恶性指标。2潜在恶性指标:(1)肿瘤长径>5.5 cm;(2)核分裂象:在胃部>5个/50 HPF;(3)肿瘤坏死;(4)核异型性明显;(5)细胞丰富;(6)小上皮样细胞呈细胞巢或腺泡状排列。

根据以上标准GIST可分为:(1)良性间质瘤:无任何恶性指标;(2)潜在恶性间质瘤:仅具有一项潜在恶性指标;(3)恶性间质瘤:具有一项肯定恶性指标或者具备二项潜在恶性指标。根据以上标准,本组恶性3例、良性6例、潜在恶性4例。本组3例发生在小肠的恶性间质瘤行小肠肠段切除术;潜在恶性4例因病变在胃,故行胃大部切除。因恶性间质瘤循淋巴转移少,故未行淋巴结清扫术。由于手术后的化疗与放疗效果差,故本组病人术后未进行放化疗。

综上所述,我们认为,对于胃肠间质瘤,术中应切除肿瘤及周边2~3 cm的正常组织并做术中常规冰冻病理检查,若为恶性者应将切除范围增大。但由于冰冻切片检查,常难以精确判断良恶性,故有恶性迹象者,均应按恶性肿瘤处理,位于幽门前者,按胃大部切除手术处理;位于胃体部者,局部切除;位于小肠的恶性间质瘤,行节段肠切除,切除范围为距肿瘤远端10 cm肠管并切除所属系膜。

(责任编辑:段咏慧)

参考文献:

[1]Lattarulo S, Ugenti I, Ferrarese F, et al. Gastrointestinal stromal tumors: current issues[J]. Chir Ital, 2003, 55(2): 219-26.

[2]陈磊,沈定丰,张忠德,等.胃间质瘤的诊断和治疗(附30例报告)[J].消化外科,2003,2(6): 430-3.

Chen L, Shen DF, Zhang ZD, et al. Diagnosis and treatment of gastric stromal tumor: a report of 30 cases[J]. Dig Surg, 2003, 2(6): 430-3.

[3]Bucher P, Villiger P, Egger JF, et al. Management of gastrointestinal stromal tumors: from diagnosis to treatment[J]. Swiss Med Wkly, 2004, 134(11-12): 145-53.

[4]Matthews BD, Joels CS, Kercher KW, et al. Gastrointestinal stromal tumors of the stomach[J]. *Minerva Chir*, 2004, 59(3): 219-31.

[5]董 谦, 全志伟, 殷敏智. 胃肠道恶性间质瘤的临床诊治[J]. *中国实用外科杂志*, 2004, 24(4): 222-4.

Dong Q, Quan ZW, Yin MZ. Clinical diagnosis and treatment of gastrointestinal stromal sarcomas[J]. *Chin J Pract Surg*, 2004, 24(4): 222-4.

[6]van Roggen JF, van Velthuysen ML, Hogendoorn PC. The histopathological differential diagnosis of gastrointestinal stromal tumours[J]. *J Clin Pathol*, 2001, 54(2): 96-102.

[7]Miettinen M, Lasota J. Gastrointestinal stromal tumors (GISTs): definition, occurrence, pathology, differential diagnosis and molecular genetics[J]. *Pol J Pathol*, 2003, 54(1): 3-24.

[8]Miettinen SH, Leslie, Maaritsarlow, et al. Immunohistochemical spectrum of GISTs at different sites and their differential diagnosis with a reference to CD117[J]. *Mod Pathol*, 2000, 13(10): 1134-42.

[9]Lewin KJ, Riddell RH, Weinstein WM, et al. Gastrointestinal pathology and its clinical implications[M]. New York: Igaku-Shoin, 1992. 284-341.

[回结果列表](#)