

胃恶性间质瘤 20例诊断与治疗

朱志强, 宁忠良, 李永山, 梁伟

[摘要]目的: 探讨胃恶性间质瘤的临床诊断与治疗。方法: 回顾性分析 1997年 9月~2005年 4月我科手术治疗的 20例胃恶性间质瘤患者的临床资料。术前行胃镜及(或)影像学检查, 14例行根治性胃大部切除或全胃切除, 5例局部切除, 1例姑息性全胃切除, 其中 5例为联合脏器切除。结果: 胃恶性间质瘤成人多见, 50岁以上占 70% (14/20), 临床以消化道出血、贫血、疼痛多见。全组无围手术期死亡, 术后无主要并发症, 均痊愈出院。结论: 内镜和影像学检查是发现胃恶性间质瘤的主要手段, 术前明确诊断仍较困难。手术切除是病理确诊和治疗的主要方法, 必要时需联合脏器切除, 以保证肿瘤切除的彻底性, 对防止术后复发有重要意义。

[关键词] 胃肿瘤; 胃间质瘤; 胃疾病/外科手术

[中国图书资料分类号] R 735.2 [文献标识码] A

Diagnosis and treatment of 20 cases of malignant gastric stromal tumor

ZHU Zhiqiang, NING Zhongliang, LI Yongshan, LIANG Wei

(Department of General Surgery, Anhui Provincial Hospital, Hefei 230001, China)

[Abstract] Objective: To explore the diagnosis and treatment of malignant gastric stromal tumors. Methods: The clinical data of 20 cases of malignant gastric stromal tumor having received surgical management were reviewed. Fourteen cases underwent radical subtotal or total gastrectomy, 5 local resections, 1 palliative total gastrectomy and 5 combined resection of other viscera. Results: Most of the patients with malignant gastric stromal tumors were adults. The patients ≥ 50 years of age accounted for 70% (14/20). Gastrointestinal hemorrhage, anemia and pain were the main clinical manifestations. There were no perioperative death and main postoperative complication, all cases healed. Conclusion: Endoscopy and imaging examination are the main methods to detect malignant gastric stromal tumors. Preoperation diagnosis is still difficult. Surgical resection is the main method for pathologic diagnosis and treatment. Sometimes combined resection of other viscera is necessary to ensure the tumor completely resected, which is of great value to prevent recurrence of the tumor.

[Key words] stomach neoplasms; gastric stromal tumors; stomach diseases; surgery

胃恶性间质瘤是一种少见的胃肠恶性肿瘤, 它由胃壁肌间神经丛间质细胞产生^[1~3], 是胃除淋巴瘤以外的一种原发性非上皮性恶性肿瘤, 传统上往往被误认为平滑肌源性或神经源性肿瘤。本文对 20例胃恶性间质瘤的临床资料进行分析。

1 临床资料

1.1 一般资料 1997年 9月~2005年 4月, 我科行手术治疗并经病理证实的胃恶性间质瘤 20例, 其中男 7例, 女 13例; 年龄 36~76岁, 50岁以上 14例, 占 70%。病程 3周~3年。

1.2 临床表现 20例中上腹胀痛不适 17例, 呕血或黑便 16例, 贫血 16例, 消瘦纳差 15例, 低热 7例, 6例可触及腹部包块, 1例因腹腔内大出血急诊手术。

1.3 术前检查和术中处理 术前胃镜检查 16例, 14例根据外观考虑为平滑肌瘤, 活检 8例, 2例诊断

为间质瘤, 6例为炎症, 另 2例位于胃底, 胃镜检查未发现; 胃肠钡餐检查 (GJ) 13例, 10例诊断为平滑肌瘤, 其中 4例见溃疡形成, 黏膜破坏, 考虑恶性肿瘤; B型超声检查 (BUS) 16例, 5例未见异常, 10例考虑为来源于胃的肿瘤, 1例考虑为腹膜后肿瘤, CT检查 3例均考虑来源于胃的肿瘤。

术中见肿瘤均为单发病灶, 位于胃底 13例, 胃体 6例, 胃窦 1例。肿瘤长径 > 5 cm者 18例, 3例侵犯脾脏, 3例侵犯胰腺, 2例侵犯横结肠系膜, 1例侵犯膈肌。行根治性全胃或胃大部切除 14例 (D₁或 D₂), 其中 1例联合脾脏, 1例联合脾脏及部分膈肌, 1例联合脾脏胰体尾, 另 1例联合脾脏、胰尾、部分横结肠系膜切除; 局部切除 5例; 1例发现肝脏及盆腔腹膜转移行姑息性全胃联合脾脏、胰体尾、部分横结肠系膜切除。术中或术后病理未发现区域淋巴结转移。

1.4 病理诊断 全部标本经 10%福尔马林固定, 常规石蜡切片, 苏木精-伊红 (HE)染色, 采用 SP法免疫检测, 免疫组化试剂、S-P试剂盒均购自丹麦 DAKO公司。标本直径 3~28 cm。20例标本中行

[收稿日期] 2005-08-29

[作者单位] 安徽省立医院 普外科, 安徽 合肥 230001

[作者简介] 朱志强 (1971-), 男, 主治医师。

CD34(一种造血前体细胞抗原)检查 16例,阳性 14例,阳性率 87.5%;酪氨酸受体激酶(CD117)13例,阳性 11例,阳性率 84.6%;平滑肌肌动蛋白(SMA)检查 14例,阳性 1例,阳性率 7.14%;S100蛋白(神经嵴源性细胞抗原)检查 14例,阳性 3例,阳性率 21.4%。

1.5 结果 全组无围手术期死亡,术后无主要并发症,均痊愈出院。16例获得随访,2例分别于术后12个月、16个月肿瘤复发死亡,其余均生存至今,未发现肿瘤复发,最长生存期已6年。

2 讨论

2.1 临床特征 胃间质瘤男女发病无明显差异,>40岁为高发年龄,通常50~70岁为高峰年龄组,本组20例中50岁以上者14例,占70%。病变位于胃底13例,胃体6例,胃窦1例,似胃底体病变多见,但还有待进一步证实。其主要临床表现为腹痛、消化道出血、贫血,如肿瘤较大可扪及腹部包块,巨大的肿瘤可发生坏死,引起患者发热,亦可发生破溃而引起腹腔内出血,本组1例因胃体大弯巨大肿瘤侵犯脾门破溃导致腹腔内出血而急诊手术。胃恶性间质瘤转移方式与肉瘤相似,主要为局部浸润和血道转移,临床上多表现为肝脏与肺转移,淋巴结转移罕见^[1],本组20例中5例侵犯腹腔内脏器而行联合脏器切除,1例发现肝脏及盆腔腹膜转移,未发现腹腔内淋巴结转移。

2.2 诊断 内镜是胃恶性间质瘤最常见的检查手段,胃镜中表现为黏膜下肿块,表面光滑,中心可坏死形成溃疡,从本组看发生于胃底的间质瘤并不少见,因病变表面黏膜光滑,如肿瘤较小,对胃底观察不仔细常可漏诊。本组中2例病变位于胃底,以消化道出血为表现的患者,首次胃镜检查均漏诊,因此对怀疑胃部病变的患者行胃镜检查不可忽视对胃底的观察。消化道钡餐造影可表现为圆形或类圆形充盈缺损,如肿瘤巨大表面形成深大溃疡,亦可表现为腔内龛影、黏膜破坏消失等恶性表现。BUS、CT、MR对诊断有一定帮助,有助于了解肿瘤来源及与周围脏器关系,但达不到确诊目的,因其为黏膜下肿瘤,如活检取材表浅难以确诊,临床医师应对其有一定认识,采取“打洞法”在一定程度上可提高确诊率。本组仅2例术前病理明确为间质瘤,其余诊断为胃平滑肌瘤、胃癌、腹腔肿块、腹腔内出血等而剖腹探查。有学者建议采用细针穿刺活检,认为可以提高术前确诊率^[2],但因获取组织少,病理检查技术要求高,且存在肿瘤细胞播散等风险,故临床应用有限。

术后诊断主要依靠免疫组化检查,因其多数无一定分化方向,HE染色切片诊断较为困难,免疫组化检查相对就很重要,文献报道CD34和CD117阳性率较高,分别为56%~83%^[3]和80%~92%^[4],本组中CD34和CD117阳性率分别为87.5%及84.6%,与文献报道相仿。

2.3 良恶性的区分 用常规的组织病理学判断胃间质瘤良恶性相当困难,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。最可靠的恶性指标^[5]:(1)转移(经组织学证实);(2)浸润至临近器官。缺少上述肯定恶性指标时,需综合多项潜在恶性指标进行综合判断:(1)肿瘤长径>5.5cm;(2)核分裂象>5个/50HPF;(3)肿瘤坏死;(4)核异型明显;(5)瘤细胞丰富,生长活跃;(6)细胞小,胞核胞质(核浆)比例增大,细胞呈巢状或腺泡状排列;(7)非整倍体DNA含量高,增殖细胞核抗原(PCNA),Ki67表达增高。具备一项肯定恶性指标或具备两项潜在恶性指标可诊断为恶性间质瘤。本组20例均符合标准而确诊为恶性间质瘤。

2.4 治疗 手术是胃恶性间质瘤首选治疗方式,要争取彻底切除肿瘤,必要时可行术中快速冷冻检查,保证切缘阴性,对于远离贲门或幽门,直径<5cm的肿瘤可考虑胃楔形切除,若直径>5cm可行根治性胃大部或全胃切除。与其他软组织肉瘤相比,这些肿瘤具有很脆的假囊,特别是较大的胃外生性肿瘤,术中应小心避免肿瘤破溃引起腹腔内播散。如肿瘤破溃,无论自发性或医源性破溃均将影响预后,如肿瘤侵犯邻近脏器或腹膜播散,也应争取手术切除,必要时可行联合脏器切除,以保证首次治疗的彻底性,否则再次复发多仅能行减轻症状的姑息治疗。胃恶性间质瘤转移以肝脏、肺和腹膜多见,淋巴结转移罕见,故淋巴结清扫不占重要地位,手术相对做到D₁或D₂即可。

术后化疗与放疗未证实有显著疗效,本组病例未进行放疗或化疗。dema^{teo}等^[1]报道肿瘤根治性切除术后5年生存率为54%,近来发现甲磺酸伊马替尼(imatinib mesylate)是一种选择性的酪氨酸激酶抑制剂,可有效治疗晚期不可切除或转移的胃肠道间质瘤,是治疗间质瘤非常有潜力的药物^[6]。

[参考文献]

- [1] Demateo BP, Lewis JJ, Leung D, et al. Two Hundred Gastrointestinal stromal tumors. J. Am Surg 2000; 23(1): 51-58
- [2] Rader AE, Avery A, Wait CL, et al. Fine needle aspiration biopsy diagnosis of gastrointestinal stromal tumors using morphology, immunocytochemistry, and mutational analysis of c-kit. J. Cancer 2001; 93(4): 269-275

儿童室间隔缺损合并肺动脉高压的外科治疗

张全进, 周谦让, 杭红亮

[摘要]目的: 总结儿童室间隔缺损合并肺动脉高压的外科治疗体会。方法: 室间隔缺损合并肺动脉高压 15例在低温体外循环下涤纶补片修补。结果: 术后无一例死亡, 发生低心排综合征 2例, 胸腔积液 1例。出院时彩超检查 1例存在 2 mm残余分流, 随访 1年, 临床症状消失, 营养发育状况明显改善。结论: 儿童室间隔缺损合并肺动脉高压经过及早诊断、治疗, 绝大多数得到根治, 且手术安全性较高, 术后均可恢复正常。

[关键词] 心间隔缺损; 室; 肺动脉高压; 心脏外科学

[中国图书资料分类法分类号] R 541.1 [文献标识码] A

Surgical treatment for ventricular septal defect combined with pulmonary hypertension in children

ZHANG Quan-jin, ZHOU Qian-rang, HANG Hong-liang

(Department of Thoracic Surgery, HuaBei People's Hospital, HuaBei 235000, China)

[Abstract] Objective: To summarize the surgical treatment for ventricular septal defect (VSD) combined with pulmonary hypertension (PH) in children. Methods: Fifteen patients with ventricular septal defect combined with pulmonary hypertension diagnosed by color Doppler flow imaging (CDFI) were included in this group and underwent the Dacron patch repair under hypothermic cardiopulmonary bypass. Results: Death occurred in no patients after the operation. The low cardiac output occurred in two patients and the hydrothorax in one patient. The residual shunt of 2 mm was found in the CDFI in one patient when discharged from the hospital. The clinical symptoms disappeared and the state of the nutrition and the development for the patients was significantly improved in the follow-up 12 months. Conclusion: Most children with ventricular septal defect combined with pulmonary hypertension can be cured with early diagnosis and treatment. The operation is safe. After the operation the patient can recover completely.

[Key words] heart septal defects; ventricular; pulmonary hypertension; heart surgery

儿童室间隔缺损(室缺)合并肺动脉高压, 随着病情进一步发展, 若临床出现 Eisenmenger复合征时, 则禁忌手术; 如早期经过外科治疗, 不但可纠正心内畸形, 而且阻止肺动脉高压进一步发展, 从而挽救患儿的生命。2002年 2月~2005年 10月, 我们对 15例室缺合并肺动脉高压者进行了外科治疗, 均取得良好的效果, 现作报道。

1 资料与方法

1.1 一般资料 本组 15例中, 男 9例, 女 6例; 年龄 6~13岁。体重 20~35 kg。术前均有反复呼吸道感染史, 其中术前有心力衰竭 2例。查体: 胸骨左缘第 3~4肋间闻及 III~IV级收缩期杂音, $P_2 > A_2$,

杂音不明显 3例。X线胸片示: 肺充血, 两心室增大, 肺动脉隆起, 心胸比率 0.55~0.90 平均 0.59 ± 1.20 。心电图示: 两心室肥大 8例, 以右心室肥大为主。无创氧饱和度为 97%~99%。超声心动图示: 室间隔缺损(VSD), 膜周型 10例, 干下型 5例, 直径 0.6~3.0 cm, 肺动脉压力 35~78 mmHg。重度肺动脉高压 6例, 中度 5例, 轻度 4例, 均由超声检查及术中穿刺测压确定; 合并动脉导管未闭(PDA) 1例, 合并心房缺损 2例。

1.2 治疗 术前对存在肺部感染、心功能不全者, 应用敏感抗生素控制感染, 并加强支持治疗, 提高机体抵抗力; 口服地高辛、卡托普利、双嘧达莫等控制心功能不全; 对营养不良贫血者, 少量多次输血维持 Hb 110 g/L 以上。术中尽量缩短主动脉阻断时间, 低温心肌保护, 15例均用膜肺氧合, 右心房切口 13例, 右心室切口 1例, 右心室流出道切口 1例, 均采用涤纶补片修补带垫片间断褥式缝合, 缺损后下缘

[收稿日期] 2005-12-29

[作者单位] 安徽省淮北市人民医院 胸外科, 235000

[作者简介] 张全进(1967-), 男, 主治医师。

[3] Sancar K, Hewlett BR, Huizinga JJ, et al. Interstitial cells of Cajal as precursors of gastrointestinal stromal tumors [J]. *Am J Surg Pathol*, 1999, 23(4): 377-389.

[4] 陆江阳, 梁延杰, 王晓红, 等. 恶性胃肠道间质瘤免疫组化与电镜研究 [J]. *诊断病理学杂志*, 2001, 8(1): 17-19.

[5] 王欣. 胃肠道间质瘤的临床病理学研究进展 [J]. *蚌埠医学院学报*, 2002, 27(3): 282-283.

[6] 沈坤堂, 侯英勇, 秦新裕, 等. 甲磺酸伊马替尼靶向治疗晚期胃肠道间质瘤 [J]. *中华胃肠外科杂志*, 2005, 8(2): 129-131.