

30 例胃间质瘤的临床诊治分析

姚永梅, 廖振宇(重庆市渝北区疾病预防控制中心 401120)

【摘要】 目的 探讨胃间质瘤(GST)的临床特点、病理特征、诊治方法及预后。**方法** 回顾分析本中心 30 例经手术治疗和病理组织学确诊的胃间质瘤患者的临床资料。**结果** 临床症状表现为上腹不适及疼痛 21 例,上消化道出血 9 例。行胃楔形切除术 18 例,近端胃大部切除术 4 例,远端胃大部切除术 8 例。病理检查:良性 GST 患者 18 例(60.00%),交界性 GST 患者 7 例(23.33%),恶性 GST 患者 5 例(16.67%)。肿瘤的核分裂相小于或等于 5/50 HPE 和大于 5/50 HPE 组 5 年生存率分别为 93.50% 和 60.00% ($P < 0.05$)。瘤体直径小于 5 cm 组与瘤体直径大于或等于 5 cm 组 5 年生存率分别为 90.00% 和 59.20% ($P < 0.05$)。腔内型、腔外型及混合型组 5 年生存率分别为 80.00%、76.20% 和 64.70% ($P > 0.05$)。胃楔形切除术组与胃大部切除术组 5 年生存率分别为 88.50% 和 80.80% ($P > 0.05$)。**结论** GST 临床表现以消化道慢性出血、上腹部不适等为主,良性多见。胃间质瘤的治疗以手术为主,其预后与肿瘤的核分裂相及肿瘤大小相关,与术式及肿瘤生长方式无关。

【关键词】 胃间质瘤; 诊断; 治疗

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2010.18.027

中图分类号:R735.2

文献标志码:A

文章编号:1672-9455(2010)18-1976-02

The diagnosis and treatment of gastric stromal tumor: a report of 30 cases YAO Yong-mei, LIAO Zhen-yu. Yubei Disease Protection and Control Center Chongqing 401120, China

【Abstract】 Objective To explore the clinical and pathological features, as well as the diagnosis and treatment of gastric stromal tumor (GST). **Methods** The clinical data of 30 cases with GST were analyzed retrospectively. **Results** The main symptom was abdominal pain and upper alimentary canal bleeding. Wedge resection on 18 patients and partial gastrectomies on 12 patients were performed. Pathological examination proved that benign stromal tumor was 18 cases (60.00%), potential malignant types 7 cases (23.33%), and malignant types 5 cases (16.67%). The 5 year survival rate of mitotic count $\leq 5/50$ HPE group and $> 5/50$ HPE group were 93.50% and 60.00% ($P < 0.05$) respectively. The 5 year survival rate for tumors < 5 cm and ≥ 5 cm were 90.00% and 59.20% ($P < 0.05$) respectively. The 5 year survival rate of patients for endogastric, exogastric and mixed of tumor were 80.00%, 76.20% and 64.70% ($P > 0.05$) respectively. The 5 year survival rate of patients with Wedge resection and partial gastrectomies on patients were 88.50% and 80.80% ($P > 0.05$) respectively. **Conclusion** The main manifestations of GST are digestive duct hemorrhage or upper stomachache and abdominal distension. Benign GST is the most common pathological type. The primary treatment of gastric stromal tumor is through surgery operation. Mitotic count and tumor size are found to be important indication of the prognosis, and the type of surgery and growth pattern of tumor do not affect the prognosis.

【Key words】 gastric stromal tumors; diagnosis; treatment

胃间质瘤(gastric stromal tumor, GST)是一种非定向化的胃间叶肿瘤,临床上并不常见。过去通常诊断为胃平滑肌(肉)瘤或神经肿瘤。近年来,随着免疫组织化学的发展和运用,判定 GST 可能源自中胚层的卡哈尔间质细胞(Interstitial cell of Cajal, ICC)。为探讨 GST 的诊断、治疗及预后,作者对本中心 1999 年 1 月至 2009 年 1 月共收治手术治疗的胃间质瘤 30 例进行了回顾性分析,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 本组共 30 例患者,其中男 17 例,女 13 例,年龄 17~76 岁,平均 52 岁。主要症状上腹部不适及疼痛 21 例,消化道出血 9 例。

1.2 诊断方法 本组病例胃镜检查 28 例,诊断为胃黏膜下肿物 20 例,其中包括超声胃镜检查明确诊断黏膜下肿瘤 11 例,活检明确诊断 10 例。X 线上消化道钡餐造影检查 19 例,10 例发现胃占位性病变。11 例接受腹部 CT 检查均获阳性发现。B 超检查 23 例,18 例发现胃占位病变。依据组织学形态、免疫

组化染色或原病理切片再次免疫组化染色结果作出诊断。根据 Lewin 等所制订标准,将 GST 分为良性、交界性及恶性 3 类。

1.3 治疗方法 本组胃楔形切除术 18 例,近端胃大部切除术 4 例,远端胃大部切除术 8 例。

1.4 统计学方法 采用 Fisher'S Exact Test 及 Ka-plan-Meier 生存分析方法,以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。所有数据均采用 SPSS15.0 分析。

2 结果

2.1 病理及免疫组化结果 组织学上主要根据肿瘤细胞核分裂相,结合肿瘤大小及细胞核异型性等情况分为良性、交界性和恶性间质瘤。其中良性 18 例,交界性 7 例,恶性 5 例。术时观察肿瘤的大小、生长特点,有无溃疡、坏死、肿瘤转移等与病理结果见表 1。

2.2 随访 30 例均获得随访,平均随访时间 72 个月(13~131 个月)。根据核分裂相分为小于或等于 5/50HPE 组和大

于 5/50 HPE 组,根据瘤体直径不同分为小于 5 cm 组和大于或等于 5 cm 组。根据肿瘤生长方式分为腔内型、腔外型 and 混合型,根据术式不同分为胃楔形切除术组与胃大部切除术组,组间 5 年生存率比较见表 2。

表 1 肿瘤术中所见与病理结果

病理结果	n	肿瘤直径		生长方式		溃疡	肿瘤坏死	胃周淋巴结转移
		<5.0 cm	≥5.0 cm	腔内	腔外或混合			
良性	18	12	6	10	8	0	0	0
交界性	7	4	3	5	2	1	0	0
恶性	5	1	4	2	3	3	4	1

表 2 GST 预后的单因素分析

因素	项目	n	5 年生存率(%)	P
核分裂相	≤5/50HPE	19	93.50	<0.05
	>5/50HPE	11	60.00	
肿瘤直径	<5 cm	17	90.00	<0.05
	≥5 cm	13	59.20	
生长方式	腔内型	17	80.00	>0.05
	腔外型	7	76.20	
	混合型	6	64.70	
手术方式	楔形切除术	18	88.50	>0.05
	大部切除术	12	80.80	

3 讨论

GST 是一种具有恶性潜能的非定向分化的消化道间叶性肿瘤。过去受病理技术手段的限制,曾被误诊为平滑肌或神经源性肿瘤。近年的研究显示,GST 的肿瘤细胞有许多 Cajal 间质细胞的特征,Cajal 间质细胞通常位于胃肠肌层,参与消化道起搏点的活动,其中 91%~99% 持续表达可以被单克隆 CD117 抗体识别的 KIT 蛋白^[1]。20 世纪 90 年代,Mazur 和 Clark 提出 GST 这个概念,以强调这类肿瘤在组织发生上的不确定性,当前所指的 GST 是由一大类胃的除淋巴瘤以外的原发性非上皮性肿瘤组成,它们由器官壁层的细胞产生,由于分化途径的易变性,常导致认识上的混乱。目前把缺乏分化特征或者既向平滑肌又向神经方向分化的肿瘤,统称为 GST,对于有明确分化证据者,仍可使用平滑肌瘤(肉瘤)、神经鞘瘤等术语。胃是胃肠间质瘤的多发部位^[2],GST 可以发生于任何年龄。以中老年多见。早期通常无特殊症状,随着病程发展可出现上腹不适疼痛、呕血、黑便、腹部包块等,亦有查体发现者。

胃间质瘤占胃间叶瘤的多数,细胞形态表现为梭形或(和)上皮样细胞,瘤细胞成团或成巢是其特征之一。GST 尚无特异的诊断方法,胃镜和腹部 CT 是术前的主要检查手段。胃镜多表现为丘状隆起,活检取材较浅,难取得病变组织,故阳性率较低。与胃镜相比,腹部 CT 可更好地发现肿瘤的部位大小,以及是否侵及邻近器官、有无腹腔内或淋巴结转移^[3]。常规病理难以明确诊断 GST,免疫组化可确诊^[4]。过去因病理手段的限制,将混有平滑肌纤维或神经束的梭形细胞肿瘤误认为平滑肌源性肿瘤或神经源性肿瘤。现已证实胃肠道内典型的平滑肌瘤少见,神经源性肿瘤更少见。以往诊断的胃肠道平滑肌瘤中仅少数病例表达肌源性标记,而大部分不符合平滑肌瘤的

诊断标准,CD117、CD34 是 GST 的特异性标志物,表达率分别为 93.3% 和 90.0%^[5]。

GST 对化疗、放疗均不敏感,目前 GST 仍以手术治疗为主。对局限性病变,可行楔形切除术;位于胃底部临近贲门或胃底胃体交界处体积较大的间质瘤,应行近端半胃切除。胃窦部的较大间质瘤可行远端半胃切除术,术中应做快速冰冻切片以明确肿瘤侵及范围以及切缘有无残留。即使有远处转移的患者,也应争取连同转移灶一并手术切除。本文中胃楔形切除术和胃大部切除术组 5 年生存率无明显差异。恶性胃间质瘤,可以向肝、腹膜、肺转移,但很少发生淋巴结转移,故广泛的淋巴结清扫是不必要的。因此,本文认为当没有胃周器官侵犯时不必行系统的淋巴结清扫。由于技术的发展,腹腔镜胃部分切除术已成为手术治疗胃间质瘤的首选,超声内镜配合下内镜切除胃间质瘤应是安全有效的术式之一^[6-7]。

GST 的预后主要与肿瘤大小、核分裂指数有关,肿瘤愈大,分裂指数愈高,预后愈差,与术式及肿瘤部位无关^[8]。本组核分裂相组小于或等于 5/50HPE 组 5 年生存率为 93.50%,核分裂相大于 5/50HPE 组 5 年生存率为 60.00%。两组间差异有统计学意义($P<0.05$)。瘤体直径小于 5 cm 与瘤体直径大于或等于 5 cm 组 5 年生存率分别为 90.00% 和 59.20%,差异亦有统计学意义。而腔内型、腔外型及混合型组 5 年生存率分别为 80.00%、76.20% 和 64.70%,胃楔形切除术组与胃大部切除术组 5 年生存率分别为 88.50% 和 80.80%,均无显著差异。表明 GST 预后与肿瘤生长方式及手术方式无关。

参考文献

- [1] Adani GL, Marcello D, Sanna A, et al. Gastrointestinal stromal tumors: evaluation of biological and clinical current opinions[J]. Chir Ital, 2002, 54(2): 127.
- [2] Miettinen M, Sobin LH, Lasota J. Gastrointestinal stromal tumors of the stomach: a clinicopathologic, immunohistochemical, and molecular genetic study of 1765 cases with long-term follow up[J]. Am J Surg Pathol, 2005, 29(1): 52.
- [3] Liu XL, Wilcox CM, Nodit L, et al. Multiple Gastrointestinal Stromal Tumors and Lipomatosis[J]. Arch Pathol Lab Med, 2008, 132: 1825.
- [4] Darnell A, Dalmau E, Pericay C, et al. Gastrointestinal stromal tumors[J]. Abdom Imaging, 2006, 31(4): 387.
- [5] 平金良, 章步文, 董吉顺, 等. 胃肠间质瘤临床病理与免疫组化特征[J]. 中国肿瘤临床, 2002, 29(1): 20-23.
- [6] Bauer S, Hartmann JT, de Wit M, et al. Resection of residual disease in patients with metastatic gastrointestinal stromal tumors responding to treatment with imatinib[J]. Int J Cancer, 2005, 117: 316.
- [7] Azar CR, Jamali FR, Abdul-Baki H, et al. Endosonographic guided resection of a superficial gastric stromal tumor[J]. Clinical Gastro, 2007, 41(7): 723.
- [8] Kwon SJ. Surgery and prognostic factors for gastric stromal tumor[J]. World J Surg, 2001, 25(3): 290.