

胃肠道间质瘤临床病理诊断分析

郭 健,陈 江,游思静,黄 东,郭 强(广东省东莞市大朗医院 523770)

【摘要】 目的 通过对胃肠道间质瘤(GIST)患者临床资料的研究,探讨 GIST 临床病理与诊断特点。**方法** 选取东莞市大朗医院收治的 59 例 GIST 患者作为研究对象,对比其临床病症分布情况、影像学与病理学特征。**结果** 59 例 GIST 患者中首发消化道出血与上腹胀痛病症比例明显高于其他病症,差异有统计学意义($P<0.05$),消化道出血与上腹胀痛所占比例差异无统计学意义($P>0.05$)。本次 CD117 阳性 49 例(83%),CD34 阳性 47 例(80%),SMA、Des、Ki-67 和 S-100 均显阴性或局灶性阳性。**结论** 对 GIST 的诊断可综合患者临床病症、病理特性与免疫组化等情况下结论。

【关键词】 胃肠道间质瘤; 病理诊断; 免疫组化
DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2014.14.046 文献标志码:A 文章编号:1672-9455(2014)14-1992-01

胃肠道间质瘤(GIST)是指来源于胃肠道间叶组织的肿瘤,其发病率为 1/10 万至 2/10 万^[1-2]。GIST 是胃肠道间叶源性肿瘤在临床中的多发病,是间叶多能干细胞为其最初病源的一种独立类型的肿瘤。胃与小肠是 GIST 的好发部位,阑尾、结直肠、食管与胃肠外亦可见其踪迹。相关数据显示近几年来 GIST 的发病正呈上升趋势,因此,对其病理与诊治的研究已在临床备受关注。本研究对收治的 59 例 GIST 患者的临床病理资料进行回顾并研讨,旨在通过弄清其病理特点与免疫组织学形态等情况,以便为临床诊治 GIST 提供依据,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 将本院 2006 年 1 月至 2010 年 12 月收治的 59 例 GIST 患者作为研究对象,其中男、女分别为 25、34 例,患者年龄 25~83 岁,平均(56.0±5.3)岁。患者临床以腹部胀痛与包块、消化道出血、贫血及排便不畅为主要病征。术前 31 例患者进行了 B 超、胃镜、CT 检查,4 例进行了 B 超、CT 检查,其中糖类抗原 199 等肿瘤标志物均无异常。

1.2 治疗方法 所有患者均行手术切除治疗,未见手术并发症及与此导致的死亡病例。患者根除性与病灶性切除分别为 38、21 例,术后病理检查均未在切缘处见残存肿瘤细胞。术后将所有手术标本制成厚度为 4 μm 的切片,采用 4%的中性甲醛固定,再给予脱水与石蜡包埋处理。免疫组化采用 EnVision 法检测,选用 CD117、CD34、S-100、平滑肌动蛋白、结蛋白、兔抗人增殖细胞核核抗原单克隆抗体^[3]。

1.3 GIST 风险性评估方法 依据肿瘤大小、核分裂相及发病部位评估 GIST 进展风险。非常低:肿瘤直径小于 2 cm;低:肿瘤直径处于 2~10 cm,且核分裂相小于 5HPF;中等:肿瘤直径处于 2~5 cm,且核分裂相不低于 5HPF;高:肿瘤直径大于 5 cm 且核分裂相不小于 5HPF。该评估方法仅限于对原发性 GIST 的应用,对已扩散和转移患者应直接诊断为恶性 GIST。

1.4 统计学方法 采用 SPSS16.0 统计软件进行统计分析,计数资料采用%表示,采用 χ^2 检验,以 $\alpha=0.05$ 为检验水准,以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结 果

2.1 59 例 GIST 患者临床病症分布特点 59 例患者中消化道出血、上腹胀痛、上腹包块、贫血、排便不畅、无症状分别为 35、32、13、11、16、7 例。首发病症中消化道出血与上腹胀痛比例均明显高于其他病症,差异有统计学意义($P<0.05$),消化

道出血与上腹胀痛所占比例差异无统计学意义($P>0.05$),见表 1。

2.2 59 例 GIST 患者影像学检查 患者中显圆或半圆形黏膜下隆起 51 例(86.4%),其表层 16 例(27.1%)溃疡或糜烂。经 B 超检查 36 例(61.0%)腹部显低回音,回声内部存差异且有血流信号。38 例(64.4%)CT 检查发现与组织相关的囊性混合组织软块。

表 1 59 例 GIST 患者临床分布

类别	<i>n</i>	百分比(%)	χ^2	<i>P</i>
消化道出血	35	59.3	0.31	>0.05
上腹胀痛	32	54.2	—	—
上腹包块	13	22.0	12.97	<0.05
贫血	11	18.6	16.14	<0.05
排便不畅	16	27.1	8.99	<0.05
无症状	7	11.9	23.94	<0.05

注:—表示无数据。

2.3 病理学特点 (1)浆膜下、黏膜下、胃壁内结节是肿瘤生长的 3 种模式。其中部分位于胃壁内肿瘤存在黏膜溃疡,肿瘤直径范围在 1.2~28.0 cm,显叶状或结节状,界限清晰,包膜不明显,切面灰白且质细腻而嫩,可伴有出血、坏死、囊性变或钙化,肿瘤数目多少不一。(2)梭形与上皮样细胞是其基本细胞。两种细胞在不同肿瘤中均可同时出现,但形态学变化范围较广。依据两种细胞数量多少分为梭形、上皮样与混合型 3 种。其细胞排列以片状与束条状较多,胃、小肠形态学校直肠相对变化较大,其主要以梭形细胞、交叉束状排列居多,其细胞分化不均匀。(3)本次观察发现,CD117 和 CD34 为其重要标志物。阳性肿瘤其胞浆显棕黄色,阳性表达超过 10%为瘤细胞阳性。本次 CD117 阳性 49 例(83%),CD34 阳性为 47 例(80%),SMA、Des、Ki-67 和 S-100 均显阴性或局灶性阳性。

2.4 GIST 进展风险性评估 本院收治的 59 例患者中非常低、低、中等、高风险评估分别为 24、13、12、10 例。

3 讨 论

GIST 以往多被诊断为平滑肌源性或神经源性肿瘤,广义的 GIST 常分为平滑肌瘤型、神经型、神经混合型和未定型^[4]。但有关文献显示该类肿瘤具非定向分化特(下转第 1994 页)

对照组患者手术时间长于观察组患者,骨水泥注入量较多,差异有统计学意义($P<0.05$);观察组骨水泥渗漏例数多于对照组,但差异无统计学意义($P>0.05$);术后 12 个月随访丢失椎体高度观察组明显低于对照组患者,差异有统计学意义($P<0.05$);观察组和对照组术后伤椎均有不同程度的增高,对照组高于观察组,差异有统计学意义($P<0.05$)。

3 讨 论

随着我国人口老龄化速度逐步加快,老年人因骨质疏松引发的骨骼含量减少,骨骼脆性增加,很容易发生脊椎压缩性骨折^[6]。压缩性骨折给患者带来严重的运动障碍,受损脊椎压迫周围脊髓及脊髓腔内神经,增加患者腰背疼痛症状,从而给患者生活带来严重的影响。对于传统的开放手术,在 X 线片引导下 PVP 可明显减少创伤、心肺功能损伤小。PKP 通过球囊扩张椎体对脊椎高度恢复有较好的作用,并且可以减少骨水泥渗漏的机会,适合于新鲜骨折患者。PVP 可治疗椎体骨折发生较长时间或骨折已经出现部分愈合的患者。以前有些学者主张采用保守治疗椎体压缩性骨折,但随着对椎体的不断深入研究,目前学者认为,压缩性骨折明确诊断后应尽快进行手术治疗,消除患者腰背疼痛的痛苦,使患者在短时间内恢复到原来的生活状态。本研究结果显示,对照组患者手术时间长于观察组患者,骨水泥注入量较多,差异有统计学意义($P<0.05$);观察组骨水泥渗漏例数多于对照组例数,但差异无统计学意义($P>0.05$);术后 12 个月随访丢失椎体高度,观察组明显低于对照组患者,差异有统计学意义($P<0.05$);观察组和对照组术后伤椎均有不同程度的增高,对照组高于观察组,但差异无统计学意义($P>0.05$)。骨水泥渗漏是椎体成形术的主要并发症,渗漏位置主要是椎间隙、椎旁系、椎旁静脉丛等椎管内相关部位,特别是椎管内渗漏会造成严重不良反应^[7-8]。本研究结果发现,预防骨水泥渗漏应遵循适应证,避免在椎体后壁造成严重破坏;在 X 线透视监视下进行注射,灌注时要严密监控椎体后缘边缘,一旦骨水泥到达椎体后缘应马上停止注射;骨

水泥的黏稠度和注射压力要符合相关操作规程。
PVP 治疗患者创伤小,术后并发症少,手术操作简单,值得临床广泛推广。

参考文献

[1] 靳丹,余进伟,封琳.经皮椎体成形术治疗老年骨质疏松性胸腰椎压缩骨折 130 例[J].山东医药,2013,53(35):69-70.
[2] 周曼瑜,周荣博,周浩.经皮椎体成形术治疗骨质疏松性胸腰椎压缩骨折疗效分析[J].中国当代医药,2012,19(13):34-35.
[3] 肖修亭.经皮椎体成形术治疗脊椎压缩骨折 13 例[J].新乡医学院学报,2012,22(2):158-159.
[4] 郑召民,刘尚礼,李春海.经皮椎体成形术治疗骨质疏松性椎体压缩骨折的临床初步报告[J].中国微创外科杂志,2011,1(6):334-336.
[5] 彭亦良,杨渝勇,王剑岚.经皮椎体成形术治疗老年骨质疏松性胸腰椎压缩骨折 52 例分析[J].重庆医学,2011,40(29):2944-2946.
[6] 潘文,吴金棉,陈彩明.经皮椎体成形术治疗老年压缩骨折疗效观察[J].现代中西医结合杂志,2013,22(7):751-753.
[7] 杨丰建,林伟龙,朱炯.经皮椎体成形术和经皮椎体后凸成形术治疗骨质疏松性椎体压缩骨折[J].中国脊柱脊髓杂志,2011,21(1):50-54.
[8] 葛生浩.CT 引导经皮椎体成形术治疗骨质疏松性压缩骨折疗效观察[J].中华实用诊断与治疗杂志,2014,28(1):63-64.

(收稿日期:2014-01-25 修回日期:2014-04-13)

(上接第 1992 页)
点,这是由尚未成熟的梭形或上皮细胞增殖过多导致^[5]。肿瘤直径低于 5 cm 时患者临床病症不具特异性,当患者体内肿瘤直径超过 5 cm 时,患者大多以腹胀、腹痛与包块、恶心呕吐、消化道出血等病症为主要表现^[6-7]。经本次观察证实,GIST 形态比典型平滑肌瘤更多样,且细胞质嗜酸性不强,梭形细胞是其肿瘤细胞的主要形态,但也存在上皮样细胞和二者皆存的形态现象。其排列状态与国外学者研究相同,均显交叉束状、分散片状、栅栏或轮辐状。梭形细胞组建成的细胞团巢仅在 GIST 中显现,是较具特征性的一种表现形式,是临床诊治的一个重要参考。
本研究结果显示,59 例患者中消化道出血、上腹胀痛、上腹包块、贫血、排便不畅、无症状分别为 35、32、13、11、16、7 例,分别占 59.3%、54.2%、22.0%、18.6%、27.1%、11.9%。其首发消化道出血与上腹胀痛病症比例明显高于其他病症,差异有统计学意义($P<0.05$),消化道出血与上腹胀痛所占比例差异无统计学意义($P>0.05$)。本次 CD117 阳性 49 例(83%),CD34 阳性 47 例(80%),SMA、Des、Ki-67 和 S-100 显阴性。59 例患者中非常低、低、中等、高风险评估分别为 24、13、12、10 例。由此可见对 GIST 的诊断可综合患者临床病症、病理特性

与免疫组化等情况下结论。

参考文献

[1] 杜波,但杰,王健.胃肠道间质瘤的治疗效果分析[J].中国医药指南,2013,11(14):52-53.
[2] 余茂武,丁顺.胃肠道间质瘤 39 例临床病理分析[J].福建医药杂志,2013,35(2):86-88.
[3] 程英.胃肠道间质瘤 34 例临床病理学分析[J].实用临床医学,2013,14(3):7-9.
[4] 李义.胃肠道间质瘤病理特点与诊治分析[J].实用中医药杂志,2013,29(5):393-394.
[5] 杨林,杨强.胃肠道间质瘤的诊断与治疗进展[J].海南医学,2012,23(5):46-47.
[6] 邱梅,孙林,胥蓉,等.65 例胃肠道间质瘤的临床病理和免疫组化分析[J].吉林医学,2012,33(6):207-208.
[7] 叶泳冰,尚晓静.胃间质瘤的多层螺旋 CT 表现[J].广东医学,2011,32(15):56-58.

(收稿日期:2013-11-03 修回日期:2014-02-10)