

早期胃癌临床病理分析*

汪虹¹, 岑红兵², 徐久元³ (1. 湖北省黄冈市中医院病理科 438000; 2. 湖北省黄冈市中心医院病理科 438000; 3. 黄冈职院技术学院病理教研室, 湖北黄冈 438000)

【摘要】 目的 探讨早期胃癌的临床与病理特征, 评价预后及指导治疗。方法 收集 2007 年 10 月至 2011 年 2 月行胃癌根治切除术、术后病理诊断证实为早期胃癌的 65 例患者的临床及病理资料, 对其发病率、临床及病理特点进行总结分析。结果 早期胃癌的好发年龄为 50~70 岁, 大部分有胃病史, 多发生于胃窦部小弯侧, 组织学分型主要为中分化腺癌。结论 为了提高早期胃癌的发现率, 应该结合临床症状、病史、胃镜检查及组织活检, 最终选择最合适的治疗方案。

【关键词】 早期胃癌; 临床症状; 病理分析

DOI: 10. 3969/j. issn. 1672-9455. 2014. 16. 031 文献标志码: A 文章编号: 1672-9455(2014)16-2263-02

胃癌是我国发病率较高的恶性肿瘤, 其发病率居所有恶性肿瘤的第 2 位, 病死率仅次于肺癌^[1], 在国内某些地区胃癌已居恶性肿瘤死亡原因的首位, 在黄冈市的大别山地区, 由于本地区居民喜食腌制或熏制的鱼肉食品以及近年来环境污染的加重、生活节奏加快、精神压力加大, 胃癌的发病率有增高的趋势。早期胃癌是指癌组织浸润仅限于黏膜固有层或穿透黏膜肌层而达黏膜下层^[2]。早期胃癌常常没有特殊的临床症状, 部分患者表现为胃肠胀痛或食欲减退以及大便异常等类似于消化不良的临床表现。由于早期胃癌的临床症状缺乏, 常被忽视, 以致常常造成对诊断的拖延。胃癌检测最敏感和特异的方法是内窥镜检查, 高分辨率的内窥镜能检测出提示早期胃癌黏膜表面的微小变化, 包括病变部位、大小、颜色、结构以及影像轮廓。组织活检是诊断早期胃癌的金标准, 内窥镜医生通过正确钳取可疑病变并结合多点钳取组织的方法进行组织活检。早期胃癌患者预后良好, 而进展期胃癌的治愈率极低, 但是有许多患者因畏惧内窥镜检查而没有筛查, 结果是只有少数的胃癌患者在诊断时为早期胃癌, 而大多数患者在确诊时多为进展期, 导致错过了最佳治疗时机, 难以治愈, 病死率较高。因此对胃癌的早期发现、早期诊断和早期治疗是现阶段提高胃癌术后生存率, 降低病死率的关键。本文回顾性分析了湖北省黄冈市中医院 2007 年 10 月至 2011 年 2 月收治的 65 例早期胃癌患者的临床特征及病理特点, 现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 从湖北省黄冈市中医院病理科和病案室收集 2007 年 10 月至 2011 年 2 月进行胃癌根治切除术, 手术以后病理诊断证实为早期胃癌患者的临床及病理资料 65 例, 所有病例的病理诊断都经过 3 位病理医师的重新阅片复诊确认。临床资料包括: 患者的性别、年龄、病史、家族史、临床症状、体征、实验室检查、胃肠道内窥镜检查、家庭地址、联系电话等。65 例患者中有 30 例于 2013 年 8~10 月通过在湖北省黄冈市中医医院肿瘤科、消化内科门诊及病房复诊时联系到患者本人, 35 例是通过电话联系到患者本人及患者家属, 通过询问患者本人或电话询问患者本人及家属, 至 2013 年 10 月 65 例早期胃癌患者均健在, 生活质量尚可。

1.2 方法 标本用 10% 中性甲醛固定、常规脱水、石蜡包埋、4 μm 切片、HE 染色。肉眼分型按 1962 年日本胃肠道内窥镜

学会分型标准, I 型: 隆起型, II A 型: 表面隆起型, II B 型: 表面平坦型, II C 型: 表面凹陷型, III 型: 凹陷型。组织学分型以 2000 年 WHO 胃肿瘤组织学分类方案, 将胃癌分为乳头状腺癌、高分化腺癌、中分化腺癌、低分化腺癌、黏液腺癌、印戒细胞癌、未分化癌等^[3]。

2 结果

2.1 早期胃癌的性别、年龄分布及临床特点 65 例早期胃癌患者中男 48 例, 女 17 例; 年龄 25~73 岁, 平均 54 岁, 其中 30 岁以下 2 例; 病程 2 个月至 3 年。患者大多数是以上腹不适、胀痛、反酸、嗝气等胃肠不适或食欲减退等类似于消化不良的临床症状就诊, 部分患者表现为黑便、恶心呕吐、呕血等。

2.2 病变部位与大体分型 65 例早期胃癌病灶位于胃窦 30 例, 胃体部 17 例, 胃角 10 例, 胃底贲门部 8 例。I 型 5 例, II A 型 8 例, II B 型 10 例, II C 型 25 例, III 型 17 例。

2.3 病变范围及浸润深度 肿瘤病灶大小按肿瘤最大直径来计算, 直径小于 1 cm 的病灶 22 例, 其中黏膜内癌 13 例, 黏膜下癌 9 例。直径大于 1 cm 的病灶 42 例, 其中黏膜内癌 19 例, 黏膜下癌 23 例。

2.4 组织分型与淋巴结转移 65 例早期胃癌中高分化腺癌 15 例, 中分化腺癌 32 例, 低分化腺癌 4 例, 印戒细胞癌 8 例, 黏液腺癌 3 例, 类癌 2 例, 小细胞癌 1 例。65 例中有 4 例淋巴结转移, 均为黏膜下癌。

3 讨论

胃癌是常见的消化道肿瘤, 是中老年人易患的恶性肿瘤, 好发年龄为 50~70 岁, 男性多见, 早期胃癌临床表现为上腹不适、反酸、上腹痛、消化道出血、恶心呕吐、消瘦、食欲减退以及大便异常等。胃癌可发生于胃的任何部位, 半数以上发生于胃窦部、胃小弯及前后壁, 其次在贲门部, 胃体区相对较少。早期胃癌的分布与中、晚期胃癌基本相同, 以胃窦、胃体小弯侧多发。早期胃癌的组织学特点是呈单一性或混合性, 常常为高分化或中分化, 早期胃癌的大体形态以 II C~III 型病变多见, 呈乳头状、结节状或颗粒状, 浸润深度仅限定于黏膜层或灶状浸润黏膜下层的腺癌又分为黏膜内癌和黏膜下癌。本研究的组织类型以中分化腺癌为主, 高分化腺癌次之, 余下依次为印戒细胞癌、低分化腺癌、黏液腺癌、类癌和小细胞癌, 4 例淋巴结转移者均为黏膜下癌。本组半数以上的癌周围黏膜存在萎缩

* 基金项目: 黄冈职院技术学院研究计划项目 (2011C2022130)。

性胃炎、上皮内瘤变。年龄小于 30 岁的胃癌较少见,本组患者中有 1 例 25 岁的男性患者,通过病史分析,可能与该患者的家族史有关,其爷爷、父亲均为胃癌患者,故该患者为胃癌的高危人群,同时该患者平时喜食腌制或熏制的鱼肉食品及有烟酒过度等不良嗜好,导致了胃癌发生。另一例 29 岁的女性患者,生活压力较大,情绪抑郁,喜食高盐、辛辣饮食,长期服用榨菜及腌菜。本组患者的平均年龄为 54 岁,男性多于女性,随着年龄的增长,发病率逐步增高。胃癌可以直接扩张生长至临近的器官、经淋巴结转移或经腹膜扩散,本组患者中有 4 例出现淋巴结转移者均为黏膜下癌。早期胃癌最重要的预后因素是淋巴结转移的情况,早期胃癌淋巴结转移的最危险因素是较大的癌或浸润至淋巴管或黏膜下层。日本学者认为影响早期胃癌患者生存率的最重要因素是淋巴结转移情况,且黏膜内和黏膜下胃癌的淋巴结转移率不同,浸润到黏膜下者淋巴结转移率高、预后相对较差。有报道黏膜内癌的淋巴结转移率为 1.00%~3.00%,而黏膜下癌达到 11.00%~20.00%^[4]。肿瘤直径大,浸润黏膜下层,分化程度差是早期胃癌淋巴结转移的独立危险因素^[5]。本组患者中 4 例出现淋巴结转移者均为低分化腺癌。

外科治疗是早期胃癌患者的首选治疗手段,早期胃癌淋巴结转移发生率低,术前血行转移和腹膜播散少见,进行彻底淋巴结清除的根治手术可取得很好的疗效。自 1984 年多田正弘等首次将内窥镜下黏膜切除术(EMR)应用于胃的癌前病变及早期胃癌治疗以来,经过多年来不断改进,EMR 已成为治疗早期胃癌及其癌前病变一项比较成熟的技术,具有广阔的应用前景^[6]。目前,内窥镜治疗使早期胃癌患者单纯局部治疗即可根治又不必行淋巴结清扫术,从而大大提高患者的生活质量,EMR 的使用标准为:(1)癌肿局限于黏膜层;(2)单一性病灶;(3)直径小于 20 mm 的隆起型病灶(I 或 II A 型)或直径小于 20 mm 的平坦型或凹陷型病灶(II B 或 II C 型);(4)癌灶无溃疡或溃疡瘢痕;(5)癌细胞分化良好^[7-8]。当然也有报道 EMR 术前有一定比例的患者有病灶切缘残留癌组织,需再次手术。早期胃癌患者经腹腔镜技术治疗后痛苦轻、免疫反应弱、胃肠道功能恢复快、住院时间短以及生存质量高。

早期胃癌常常不引起症状或临床症状表现轻微,部分患者仅仅表现为类似于消化不良如上腹不适、胃肠胀痛或食欲减退等临床症状,大多数患者对于消化内科医生建议的内镜检查存在恐惧,只有出现消化道出血、恶心呕吐、明显消瘦或上腹持续疼痛的情况才做内镜检查,而这些临床表现大多是进展期胃癌的症状。由于早期胃癌的 5 年生存率可达 90%以上^[9],本研究中的 65 例早期胃癌患者均已经生存 2~6 年,而且目前生活质量尚可,生存良好,无一例死亡。而进展期胃癌预后率仅 30%~40%,所以提高早期胃癌的诊断率尤为重要。血清肿瘤标志物是临床常用来检测胃癌的检测项目之一,各种肿瘤标志物对不同病理类型肿瘤有不同的敏感性,通过联合检测可以提高对胃癌的敏感性^[10]。目前研究认为,外周血 RUNX3 基因甲基化在胃癌中的诊断、病情及预后评估中具有一定的临床价值^[11]。内窥镜下钳取病变组织,进行组织活检是诊断早期胃癌的金标准,内窥镜医生的经验也是正确判断的关键。内窥镜医生应正确认识早期胃癌内窥镜下的不同表现、正确钳取可疑病变并结合多点活检的方法,钳取的组织块要大,内窥镜医生要与病理科医生密切交流沟通,协助病理科医生作出正确的诊断。对于可疑患者,特别是癌前病变的患者,应加强随访,

治疗后要定期复查,有利于提高早期胃癌的诊断率,以减少漏诊或误诊。近年来因工作、生活压力加大,环境污染、食品安全问题、睡眠不足、熏烤、高盐、辛辣饮食、嗜好烟酒,特别是腌制或熏制的鱼肉制品是大别山地区居民喜食的传统食品,多种综合因素的影响导致本地区胃癌患者呈现年轻化趋势。本研究中有 2 例 30 岁以下的早期胃癌患者,占全部病例 3.1%。鉴于此,建议有胃癌家族史、胃溃疡、胃息肉、胃大部分切除术后、慢性萎缩性胃炎及恶性贫血等人群,要定期进行胃癌筛查;即使没有上述情况,一旦出现上腹不适、胀痛、反酸、嗝气、恶心、大便呈黑色柏油样等消化系统的症状以及实验室检查出现血清肿瘤标志物异常、贫血、大便隐血阳性时也要及时做内窥镜检查 and 胃黏膜活检。

综上所述,早期胃癌患者通过外科手术或内窥镜切除手术治疗以后,预后良好,而进展期胃癌的治愈率极低,但是由于早期胃癌的临床症状不典型,常被忽视,以致常常造成对诊断的拖延。为了提高早期胃癌的发现率,应该结合临床症状、病史、胃镜检查及组织活检,做到早发现、早诊断、早治疗,达到降低胃癌的病死率、延长寿命、提高生活质量的目的。

参考文献

- [1] 张琳,唐沪强. 胃癌患者凝血指标变化及临床意义[J]. 检验医学与临床,2012,9(2):166-167,169.
- [2] 刘复生. 中国肿瘤病理学分类:上卷[M]. 北京:科学技术文献出版社,2001:136.
- [3] 哈米霍恩. 消化系统肿瘤病理学和遗传学[M]. 虞积耀,译. 北京:人民卫生出版社,2006:40.
- [4] Adachi Y, Shiraishi N, Kitano S. Modern treatment of early gastric Cancer: review of the Japanese experience[J]. Dig Surg, 2002, 19(5): 333-339.
- [5] Kim DY, Joo JK, Ryu SY, et al. Factors related to lymph node metastasis and surgical strategy used to treat early gastric carcinoma [J]. World J Gastroenterol, 2004, 10(5): 737-740.
- [6] 钱建忠,刘鹏飞,徐洪明,等. 早期胃癌 250 例临床病理分析及 EMR 范围的探讨[J]. 中华消化内镜杂志, 2009, 26(10): 524-526.
- [7] 朱正纲. 胃癌研究新进展[M]. 上海:上海科技教育出版社,2006:32.
- [8] 姜锦贵,陈建华. 青年胃癌 49 例临床病理分析[J]. 临床医学,2005,25(1):52-53.
- [9] Yuasa N, Nimura Y. Survival after surgical treatment of early gastric Cancer, surgical techniques, and long-term survival[J]. Langenbecks Arch Surg, 2005, 390(4): 286-293.
- [10] 陈兵,孙业富,冯晓宏. 血清肿瘤标志物联合检测在胃癌诊断中的临床价值[J]. 检验医学与临床,2011,8(18): 2235-2237.
- [11] 赵丹,郑威强,张万里. 外周血 RUNX3 基因甲基化在胃癌中的临床价值[J]. 检验医学与临床,2013,10(18): 2451-2452.