平片常可得到肠梗阻诊断，但对肠套叠而言，并不能提高其术前确诊率。有个别报道血管造影及放射性核素扫描对肠套叠诊断准确性高[3]，本组未使用以上检查，且缺乏大宗报道，故其使用价值尚待研究。由此，我们认为，如怀疑成人肠套叠者，首选辅助检查为腹部CT，如CT未能明确诊断，可据情况选择消化道造影、超声或结肠镜检查。

2.3 治疗

成人肠套叠基本治疗方法为手术治疗，其争议主要集中在肠切除术前套叠肠段手法复位的必要性上。由于该病相当部分为肠道恶性肿瘤引起，故部分作者认为不应行手法复位[1,3]，因其可能引起恶性肿瘤血行转移、肠道内播散及促使肠穿孔。我们认为：①如术前或术中探查明确为恶性肿瘤引起肠套叠者，不应手法复位，直接行包括肿瘤淋巴引流的肠切除术；②如术中发现套叠严重、复位困难及有明显肠壁血供不良或坏死者，不应手法复位，应直接行相应肠段切除；③如肠管易于复位且血供良好，可先行复位，再根据探查情况决定是否行肠切除术。另外，在本组肠切除后肠吻合病例中，术后2例发生肠瘘，分别为回肠横结肠吻合及横结肠端端吻合，故对有结肠参与的套叠患者，应慎重决定是否行切除套叠肠段后直接吻合。此外，应慎重应用钡灌肠治疗成人肠套叠，因多数患者不能排除恶性疾病可能，且钡灌肠有致肠穿孔风险。本组1例行钡灌肠检查后套叠复位，患者出院10个月后症状复发，手术探查证实为肠系膜根部巨大淋巴瘤，故我们不赞成用钡灌肠治疗成人肠套叠。

关键词：成人；肠套叠
中图法分类号：R574.3 文献标识码：B

参考文献：

[1] Leon K E, John D C, Arthur H A. Intussusception in Adults: Institution Review[J]. J Am Coll Surg, 1999, 188(4): 390.
[2] 黄 迅. 成人肠套叠43例临床分析[J]. 北京医科大学学报, 1993, 10(3): 123.
[3] Azar T, Berger D. Adult intussusception[J]. Ann Surg, 1997, 226(2): 134-4.
[4] 李纪伦，杨春明. 成人肠套叠(附44例分析)[J]. 大连医科大学学报, 1995, 17(3): 187.
[5] 姜 军，詹新恩，王代科，等. 成人肠套叠70例分析[J]. 医师进修杂志, 1986, 6( ): 46.
[6] Huang W S, Changchien C S, Lu S N. Adult intussusception: a 12-year experience with emphasis on etiology and analysis of risk factors[J]. Changgeng Yi Xue Za Zhi, 2000, 23(5): 284.
[7] 陈宗静，王玉明. 成人肠套叠13例临床分析[J]. 浙江医学, 1999, 21(11): 680.
[8] Gayer G, Apter S, Hofmann C. Intussusception in adults: CT diagnosis[J]. Clin Radiol, 1998, 53(1): 53.
[9] 于吉人，梁廷波，郑树森，等. 成人肠套叠12例诊治分析[J]. 中国实用外科杂志, 1998, 18(8): 484.
[10] Begos D, Sandor A, Modlin I. The diagnosis and management of adult intussusception[J]. Am J Surg, 1997, 173(1): 188.

（编辑 张 宁）

文章编号：1000-5404(2003)04-0367-02

经验交流

胃恶性间质瘤1例

A case report of gastric malignant stromal tumor

刘祥德[1]，冯俊明[2]，别 平[1]（第三军医大学附属西南医院：[1]全军肝胆外科研究所、西南肝胆外科医院；[2]病理学研究所，重庆 400038）

胃肠道间质瘤(Gastrointestinal stromal tumors, GISTs)的研究是目前消化道临床病理学的热点[1,2,3]，由于临床上对GIST认识不足，常使GIST的确诊和及时治疗遇到困难，在会诊、临床病理讨论会及读片时GIST也常常成为争论病例。现报告1例胃恶性间质瘤，并结合文献复习，以提高对本病的认识。

1 临床资料

男，66岁，因上腹部疼痛1周入院。1周前出现腹部剧痛，对症治疗后变为上腹持续隐痛不适，无恶心、呕吐、呕血、黑便，体重无明显改变。查体：上腹部可触及一巨大包块，表面光滑，质中，活动性差。BUS、CT均提示上腹部肿块，与肝脏关系密切，来源不明，胃镜示胃小弯及胃窦部一弧形压迹，胃粘膜正常。手术所见：胃前壁小弯侧一巨大包块，约20 cm×18 cm×15 cm，质软，与周围组织肝脏、胃、十二指肠韧带疏松粘连，大网膜上有数个0.5~2.5 cm转移灶，左结肠旁沟处腹膜一0.8 cm转移灶。行远端胃大部切除术，空肠输入、出袢Braun式吻合，大网膜切除及周围淋巴结清扫。病理检查：肿块大小为15 cm×15 cm×15 cm，包膜完整，切面灰白色，中央有出血坏死，瘤细胞呈梭形或多边形，核圆或卵圆形，易见核分裂像，梭形细胞胞浆丰富，呈漩涡状、编织状或鱼骨样排列，间质血管丰富并显粘液变及透明变性。免疫组化染色Vimentin(+)，CD34(+)，Desmin、Actin、NSE、S-100均呈灶状阳性，CK阴性。诊断为胃恶性间质瘤。

作者简介：刘祥德(1969-)，男，山西省临汾县人，博士，主治医师，主要从事肝胆胰外科的临床和基础方面的研究。电话：(023)68754776

收稿日期：2002-02-17；修回日期：2002-07-16

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net

2 讨论

2.1 临床特征

胃恶性间质瘤的临床表现与消化道其它肿瘤相类似,可有呕血、便血、腹痛、腹部包块、腹部不适以及消化不良等,部分患者可无任何临床表现。解放军第301医院报道162例胃肠道间质瘤,其中男性128例、女性34例,男女比为3.8∶1,年龄6~74岁(平均50.0±15.2岁),临床表现为呕血、血便者73例,占45.1%;腹部包块63例,占38.9%;腹痛29例,占17.9%;腹部不适21例,占13.0%;消化不良13例,占8.0%;无症状者31例,占19.1%。发生在胃者70例,占43.2%,空肠29例(17.9%),回肠32例(19.8%),十二指肠16例(9.9%),直肠8例(4.9%),结肠7例(4.3%)。70例胃部GIST患者中,发生于贲门者11例,胃底13例,胃体38例,胃角4例,幽门4例[4]。本例患者为一老年男性,肿瘤发生于胃体部的小弯侧,临床上以腹痛起病。

2.2 组织学特征

GISTs起源于胃肠道的肌层组织,呈内生性或外生性生长,组织学表现多种多样,主要由两种基本的细胞类型:梭形细胞和上皮样细胞,以不同数量组成。梭形细胞常形成编制状、辐状或栅栏状,胞浆红染,核长形,两端钝圆或细长,染色质分散或深染,核仁不明显,与人体其它部位的平滑肌瘤细胞或间叶性肿瘤细胞相似。上皮样细胞体积较大,形态不一,呈多边形,胞浆空亮,核周形成亮区,核浓染,核仁突出,瘤细胞排列呈片状或巢状。间质血管丰富并可见粘液变性、透明变性、出血、钙化、炎细胞浸润和微囊性变等。

2.3 诊断及鉴别诊断

GISTs是一类成分复杂的间叶性肿瘤,曾被认为是不典型的平滑肌瘤或平滑肌肉瘤。近年来随着免疫组化和电镜技术的发展和应用,现已证明大多数肿瘤由原始的相对未分化的间质细胞增生而形成,具有独特的免疫组化表型。在诊断GISTs时,免疫组化起重要作用。CD34可表达血管内皮细胞及肿瘤,近年发现其在GISTs的诊断中有很高的特异性,是区别GISTs与平滑肌(肉)瘤或神经鞘瘤的重要标记物[5,11],GISTs中actin和S-100的阳性率比平滑肌和神经鞘瘤低得多,且其阳性表达弱,仅为灶状分布,甚至仅为个别细胞阳性。因此如果肿瘤由梭形细胞构成,呈束状、漩涡状或鱼骨样排列,首先考虑GISTs,当免疫组化发现Vimentin和CD34阳性,actin和S-100阳性或阳性表达仅为灶性时,则应诊断为GISTs;当Vimentin阳性、CD34阴性,若actin和S-100都表达阴性,仍然诊断为GISTs[6,11]。在胃平滑肌瘤,其标记物desmin、actin均呈强阳性反应,CD34阴性;胃神经鞘瘤虽可出现梭形细胞及结构疏松的粘液样变性,但S-100蛋白阳性,CD34阴性;胃血管肉瘤和Kaposi肉瘤对CD31抗体呈阳性反应,但CD34阴性,而胃间质肿瘤则相反。所有这些均在间质瘤的鉴别诊断中起重要作用。

2.4 良恶性鉴定

GISTs的良恶性是临床医师和病理医师最为关注的问题,它直接影响到外科治疗的决策,但迄今为止,仍没有判断良恶性GISTs的金指标,组织学特征和免疫表型特征均不能作为GISTs良恶性的判断指标。目前按Lewin标准[7],一般可将其分为良性间质瘤、潜在恶性间质瘤(具备1项潜在恶性指标)和恶性间质瘤(具备1项肯定恶性指标或2项潜在恶性指标)。肯定恶性指标有:①远处转移(经组织学证实);②浸润邻近器官(大肠肿瘤侵犯肠壁肌层)。潜在恶性指标有:①胃间质瘤>5.5 cm、肠间质瘤>4 cm;②核分裂像:胃间质瘤核分裂数>5/50HP,肠间质瘤只要出现就具有潜在恶性;③肿瘤中心坏死明显;④核异型性大;⑤细胞密度大;⑥镜下可见对粘膜固有层或血管有浸润;⑦上皮样间质瘤中出现腺泡状结构或细胞球样结构。通常食道、胃、直肠偶发现的小肿瘤常常为良性,小肠发生的GISTs常常为恶性,内镜检查时发现粘膜溃疡不表明其为恶性[8]。

2.5 治疗及预后

良性GISTs者可行局部切除,而恶性GISTs则需行根治性手术治疗,切除原发病灶的同时应清除其周围及腹膜后的淋巴结,GISTs预后5年生存率50%~60%,10年生存率35%~45%,胃恶性间质瘤的预后较小肠间质瘤为好,10生存率胃为95%,小肠为17%。由于良恶性诊断的困难性,临床上也就无法对GISTs的预后作出准确的判断。c-kit基因是一种编码干细胞因子受体的原癌基因,在细胞的生长的死亡调节中具有重要作用,近来有人发现c-kit的表达与GISTs的良恶性间有一定关系,对病人的预后判断有较好的作用,c-kit表达增高常提示预后不良[9,10]。

关键词:间皮瘤;胃肿瘤
中图法分类号:R735.2 文献标识码:B

参考文献:

[1] 赵海潞,纪小龙. 消化道间叶性肿瘤的新认识[J]. 新消化病学杂志,1996,4:100-101.
[2] 赵海潞,刘 忠,纪小龙. 胃肠道间质瘤的临床病理学特征[J]. 诊断病理学杂志,1997,4:44-45.
[3] Suster S. Gastrointestinal stromal tumors[J]. Semin Diagn Pathol, 1996, 13:297-313.
[4] 赵海潞,李红芬,王淑琴. 162例胃肠道间质瘤的临床病理学及免疫表型特征[J]. 中华肿瘤杂志,1998,20(4):313-315.
[5] Miettinen M, Virolainen M, Rikala MS. Gastrointestinal stromal tumors-value of CD34 antigen in their identification and separation from true leiomyomas and schwannomas[J]. Am J Surg Pathol, 1995, 19(2):207.
[6] 张立洁,张长准,都吉雅. 58例胃肠道间质瘤的病理学观察[J]. 诊断病理学杂志,1999,6(2):78-80.
[7] Lewin K J, Raddell R H, Weinstein W M. Gastrointestinal pathology and its clinical implications[M]. New York: Igaku-Shoin, 1992. 284-341.
[8] 金行藻. 胃肠道间质瘤[J]. 诊断病理学杂志,1996,3(2):108.
[9] Ernst S I, Hubbs A E, Przygodzki R M, *et al*. KIT Mutation Portends Poor Prognosis in Gastrointetinal Stromal/Smooth Muscle Tumors[J]. Lab Invest, 1998, 78:1633-1636.
[10] Iasota J, Jasinski M, *et al*. Mutations in Exon 11 of c-kit Occur Preferentially in Malignant versus Benign Gastrointestinal Stromal Tumors and Do Not Occur in Leiomyomas or Leiomyosarcomas[J]. Am J Pathol, 1999, 154:53-60.
[11] 王卓才,黄小让,赖日权. 胃间质瘤的临床病理与免疫组化研究[J]. 癌症,2000,19(6):579-581.

(编辑 汪勤俭)

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net