DOI:10.16016/j.1000-5404.2002.03.030

渐变规则;至脾组织移植后180 d时组织内血管密度及管腔形态均接近正常。移植脾组织内的再生血管构成了基本完整的脾脏微循环结构以充分改善局部移植组织的血液供应,为脾细胞的增生提供了条件,有利于移植脾组织功能的逐步恢复。Humberto等[7]采用荧光聚丙烯微球经小鼠眼窝静脉丛注入对移植脾组织血管的生长进行观察,在移植后不同时期的脾组织内发现荧光微球,与本实验移植脾组织内灌注墨汁的出现规律类似。

参考文献:

[1] Greub G, Erard P, Overbeck V J. HIV infection and splenectomy: 3 cases and literature review[J]. chweiz Med Wochenschr, 1996, 126(36): 1524—1529.

[2] 邱培才,陈积圣.脾切除对诱发性肝癌大鼠免疫功能的影响[J].普外基础与临床杂志,2000,7(4):224—225.

[3] Westermann J, Pabst R. Autotransplantation of splenic fragments: lymphocyte subsets in blood, lymph nodes and splenic tissue[J]. Clin Exp Immunol, 1986, 64(1): 188—194.

[4] Clayer M, Drew P, Leong A, *et al*. The vascular supply of splenic autotransplants[J]. J Surg Res, 1992, 53(5): 475—484.

[5] Horton J, Ogden M E, Williams S, *et al*. The importance of splenic blood flow in clearing pneumococcal organisms[J]. Ann Surg, 1982, 195(2): 172—176.

[6] Thalhammer J, Leitner W, Kurz M E, *et al*. Immunoarchitecture and specific function of splenic autotransplants at different implantation sites[J]. Eur Surg Res, 1992, 24(1): 22—36.

[7] Humberto J A, Gisele V, Monica M M, *et al*. Kinetics of neovascularisation of splenic autotransplants in mice[J]. J Anat, 1999, 195(2): 387—392.

(编辑 陈聪连)

个案与短篇

文章编号:1000-5404(2002)03-0310-01

胃恶性间质瘤1例报告

Report of a case of malignant gastric stromal tumor

石 彦,钱 锋,余佩武 (第三军医大学附属西南医院普通外科,重庆 400038)

患者赵××,男性,45岁。因上腹部胀痛1年,加重伴反复黑便3月于2001年4月5日入院。查体:中度贫血貌,全身浅表淋巴结无肿大,心肺(-),上腹部偏左侧可扪及8 cm×6 cm肿块,质硬光滑,界限尚清,活动尚可,轻压通。纤维胃镜及超声胃镜检查示:胃体平滑肌肉瘤。大便隐血试验阳性,血Hb 75 g/L。于2001年4月10日在全麻下行根治性远端胃大部切除术。术中见病变位于胃体前壁近胃窦处,约12 cm×10 cm×6 cm,呈外生性生长,表面静脉迂曲怒张,肿瘤尚未侵出浆膜,与周围组织无粘连,查见幽门下淋巴结2枚。

病理检查:大部切除之胃,胃体前壁见一10 cm×8 cm×5 cm蕈伞型肿块,浆膜完整,粘膜有一直径2.5 cm溃疡,切面呈灰白色鱼肉样外观,质硬细腻,幽门下淋巴结2枚,直径为1.5、1.0 cm。镜下观察:肿瘤由梭形细胞和上皮样细胞组成,梭形细胞排列成编织状,胞浆红染,核圆形或杆状,深染,核仁多不明显,部分区域梭形细胞排列成栅栏状、席纹状,核形尖而细长,呈扭曲状,酷似神经纤维细胞;上皮样细胞体积较大,圆形或多边形,胞浆丰富,弱嗜酸性,核内染色质致密,异型性明显,可见瘤巨细胞,核分裂像10~12个/10HPF。2枚淋巴结均有瘤细胞浸润。免疫组化示:CD_{34}及Vientin阳性,Keratin desmin、S-100和LCA均阴性。

病理诊断:胃恶性间质瘤伴幽门下淋巴结转移(2/2)。术后10 d患者痊愈出院。

讨论

胃间质瘤(Gastric stromal tumor, GST)临床上较少见,是一种非上皮性肿瘤,过去通常诊断为胃平滑肌瘤或神经肿瘤,随着免疫组化和电镜技术的进步,人们认识到它是一种非定向分化的间质瘤[1]。其多数为良性或潜在恶性,少数为恶性,贫血与出血是首发症状[2]。判断良、恶性的指标包括肿瘤体积的大小、细胞密度、细胞异型性、核分裂像、有无局部坏死及粘膜侵犯等,转移是诊断恶性的最重要依据之一。本例瘤体巨大,最大径超过10 cm,细胞密度大,细胞核异型性明显,核分裂像超过10~12个/10HPF,且已发现局部淋巴结转移,因此诊断恶性胃间质瘤。治疗以根治性手术为主,放、化疗均不敏感[3],术后原位复发率较低[4],但易发生肝、肺、腹膜及骨转移,预后多较差。

关键词:胃恶性间质瘤;病理诊断;胃大部切除术
中图法分类号:R735.2 文献标识码:B

参考文献:

[1] 卓 才,黄小让,赖日权,等.胃间质瘤的临床病理与免疫组化研究[J].癌症,2000,19(6):579—581.

[2] Mihssin N, Moorthy K, Sengupta A, *et al*. Gastric stromal tumors: a practical approach[J]. Ann R Coll Surg Engl, 2000, 82(6): 378—382.

[3] Pidhorecky I, Cheney R T, Kraybill W G, *et al*. Gastrointestinal stromal tumors: current diagnosis, biologic behavior, and management[J]. Amm Surg Oncol, 2000, 7(9): 705—712.

[4] Kim C J, Day S, Yeh K A. Gastrointestinal stromal tumors: analysis of clinical and pathologic factors[J]. Am Surg, 2001, 67(2): 135—137.

(编辑 郭建秀)

作者简介:石 彦(1973—),男,山东省济南市人,硕士研究生,医师,主要从事胃肠道肿瘤诊断与治疗方面的研究。电话(023)68754000-73074

收稿日期:2001-08-23;修回日期:2002-01-11

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