

小肠与胃间质瘤的临床特点比较

何纯刚, 黄沁园, 吴鸿根, 邓洪强, 潘云, 农淑珍, 李林德

基金项目: 广西卫生厅科研课题(编号:Z2011475)

作者单位: 530021 南宁,广西壮族自治区人民医院普通外科(何纯刚,吴鸿根,邓洪强,潘云,农淑珍,李林德); 530021 南宁,广西医科大学护理学院(黄沁园)

作者简介: 何纯刚(1979-),男,研究生学历,医学博士,主治医师,研究方向:胃肠肿瘤。E-mail:chunganghe@yahoo.com.cn

通讯作者: 吴鸿根(1955-),男,大学本科,主任医师,研究方向:胃肠外科及小儿外科常见疾病诊断及治疗。E-mail:zhouweiya2008@126.com

[摘要] **目的** 探讨小肠间质瘤的临床特征及诊治。**方法** 收集 2004~2010 年诊治的资料齐全的小肠间质瘤 26 例,并对其临床资料进行回顾性分析。**结果** 最主要的临床表现为腹部包块、腹部胀痛、解黑便。肿瘤源于十二指肠 3 例,空肠 18 例,回肠 5 例,浸润邻近器官 2 例,伴远处转移 4 例。免疫组化:CD117、CD34、Desmin、Actin、S-100、NSE 阳性率分别为 96.2%、76.9%、3.8%、23.1%、0.0%、26.9%。22 例行根治术,均获得随访,10 例死亡,平均生存时间 50 个月。小肠间质瘤 26 例与同期诊治的胃间质瘤 46 例各免疫组化指标、临床病理因素、预后等差异均无统计学意义($P>0.05$)。**结论** 小肠间质瘤与胃间质瘤有相似的临床病理特点及预后;术前合理选择辅助检查方法很重要,手术仍是目前主要的治疗方法,术后应长期随访。

[关键词] 胃肠道肿瘤;临床特征;诊断;治疗

[中图分类号] R 656.7 **[文献标识码]** A **[文章编号]** 1674-3806(2012)08-0722-03

doi:10.3969/j.issn.1674-3806.2012.08.09

Clinical analysis on diagnosis and treatment of 26 cases of small bowel stromal tumors HE Chun-gang, HUANG Qin-yuan, WU Hong-gen, et al. Department of General Surgery, the People's Hospital of Guangxi Zhuang Autonomoments Region, Nanning 530021, China

[Abstract] **Objective** To explore the clinical characteristics, diagnosis and treatment methods of small bowel stromal tumors. **Methods** Twenty-six patients with small bowel stromal tumors was collected from 2004 to 2010, and the clinicopathologic data and survival data was reviewed retrospectively. **Results** Of 26 patients with small bowel stromal tumors, there were 15 males and 11 females, the median age was 51 years old. The most common clinical manifestation was finding of tumor in abdomen, abdominal pain and melena. Tumor originated from duodenum, jejunum, ileum were 3, 18 and 5 patients, respectively. Two patients got infiltration of adjacent organs, while 4 patients had distant metastasis. The positive rates of immunohistochemical staining of CD117, CD34, Desmin, Actin, S-100, NSE were 96.2%, 76.9%, 3.8%, 23.1%, 0.0%, 26.9%, respectively. Twenty-two patients received radical resection and were followed-up, ended up with 10 deaths, and the mean survival time was 50 months. There were no significant differences in immunohistochemical staining, clinicopathologic factors and prognosis between small bowel and gastric stromal tumors ($P>0.05$). **Conclusion** Small bowel stromal tumors have similar clinical characteristics and prognosis to gastric stromal tumors. It is important to choose rational auxiliary examinations preoperatively. Radical resection may be the mayor treatment, and long-time following-up should be proposed after operation.

[Key words] Gastrointestinal neoplasms; Clinical characteristics; Diagnosis; Treatment

胃肠道间质瘤在胃肠道肿瘤中约占 1%~2%, 最常见为间叶源性肿瘤,由于不同部位的间质瘤在临床病理特点、诊治、预后等方面存在一定的差异,

而且单独对某个部位的间质瘤的研究文献并不多见,因此作者收集了 2004~2010 年收治的 26 例小肠间质瘤的临床资料进行回顾性分析,并与同期诊

治的 46 例胃间质瘤进行比较,报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料 本组共 26 例,占同期诊治的 106 例胃肠道间质瘤的 24.5%。其中男 15 例,女 11 例。中位年龄 51(28~76)岁。就诊时首发临床表现为腹部胀痛 14 例(53.8%),腹部包块 12 例(46.2%),伴解黑便 5 例(19.2%),因输尿管癌血尿查因时发现 1 例。病史为 1 周~2 年不等,平均 2.8 个月。肿瘤源于十二指肠 3 例(11.5%),空肠 18 例(69.2%),回肠 5 例(19.2%);外生型生长 16 例(61.5%),肿瘤肌壁间生长 6 例(23.1%),突向肠腔内生长 3 例(11.5%),呈哑铃状生长 1 例(3.8%)。

表 1 小肠间质瘤与胃间质瘤的临床病理因素比较[*n*,($\bar{x}\pm s$)]

部 位	例数	性别		年龄(岁)		最大直径(cm)	核分裂相(/50HPF)			局部浸润或远处转移	坏死	根治术	术后肿瘤复发
		男	女	≤50	>50		<5	5~10	>10				
小肠	26	15	11	10	16	8±4	15	4	7	6	7	22	8
胃	46	29	17	28	18	10±7	22	10	14	9	19	39	9
t/χ^2	-	0.200		3.347		1.247	0.730			0.124	1.489	0.000	0.618
<i>P</i>	-	0.655		0.067		0.217	0.694			0.725	0.222	0.985	0.432

表 2 各个免疫组化指标在小肠、胃间质瘤中的表达[*n*(%)]

部 位	例数	CD117	CD34	Desmin	Actin	S-100	NSE
小肠	26	25(96.2)	20(76.9)	1(3.8)	6(23.1)	0(0)	7(26.9)
胃	46	44(95.7)	42(91.3)	5(10.9)	11(23.9)	3(6.5)	5(10.9)
χ^2	-	0.010	1.796	0.408	0.006	0.549	0.104
<i>P</i>	-	0.917	0.180	0.288	0.936	0.255	0.079

1.2 治疗方法 所有患者均行手术治疗,其中 22 例行根治性手术(2 例为扩大根治术)。根治术主要为切除肿瘤所在肠管,而扩大根治术则包括切除肿瘤所在的肠管及受肿瘤浸润的邻近组织器官,切缘无瘤。4 例由于肿瘤盆腔种植、肠系膜广泛转移行非根治术(减瘤术)。5 例因肿瘤复发而行 2 次手术。3 例口服格列卫治疗者中有 2 例为术后复发患者,分别服药 4、6 个月,瘤体均缩小,行二次手术切除;1 例术后继续口服格列卫,无复发,另 1 例停药 1 年后死亡。1 例为减瘤术后患者,持续服药 8 个月后肿瘤进展而死亡。

1.3 统计学方法 应用 SPSS13.0 统计软件进行统计分析,计量资料以均数±标准差($\bar{x}\pm s$)表示,两样本均数比较采用 *t* 检验,计数资料组间比较采用 χ^2 检验。生存分析采用 Kaplan-Meier 法,行 Log-rank 检验,以 *P*<0.05 为差异有统计学意义。

2 结果

小肠间质瘤患者中 22 例(85%)例获得随访(采用电话及信访等方式,随访截止日期 2010-12)。随访时间(8~79)个月,中位随访时间 36 个月;1、

肿瘤直径 3~15 cm,平均直径(8±2.4)cm。肿瘤浸润邻近器官 2 例(7.7%),4 例(15.4%)出现盆腔种植、肠系膜广泛转移,同时伴有淋巴结转移 1 例(3.8%),详细临床资料见表 1。26 例患者均行 B 超检查,16(61.5%)例行 CT 检查,均发现腹内实质性占位,但两者对于肿瘤器官来源的判断仅有 3 例(11.5%)CT 检查准确定位。上消化道钡餐检查 3 例(11.5%),1 例(3.8%)发现器质性病变。全部病例均进行 CD117、CD34、Desmin、Actin、S-100、NSE 等免疫组织化学染色,并以同期收治的资料齐全的 46 例胃间质瘤进行对比分析。结果见表 2。

2、3 年生存率分别为 86%、68%、63%。8 例(36%)术后复发,10 例死亡,平均生存时间 50 个月。同期手术治疗的 46 例胃间质瘤,34 例(74%)获得随访,随访时间(2~81)月,中位随访时间 40 个月;1、2、3 年生存率分别为 94%、82%、71%;9 例(26%)术后复发,12 例死亡;平均生存时间 57 个月。小肠间质瘤预后略差于胃间质瘤,但两者生存曲线差异无统计学意义(*P*>0.05)。见图 1。

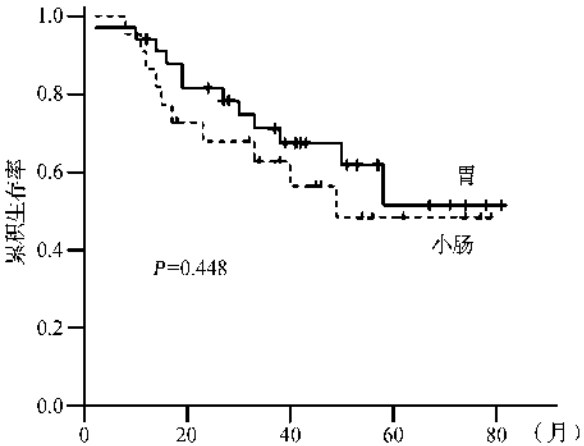


图 1 胃、小肠间质瘤生存曲线图

3 讨论

3.1 胃肠道间质瘤好发于胃(60%~70%),其次是小肠(20%~30%)^[1]。本组小肠间质瘤占同期诊治的胃肠道间质瘤的比例、男女性别之比、年龄、病史、临床表现等与文献报道基本相符^[2]。结合临床表现、辅助检查如胃内窥镜、B超、CT、肠系膜动脉造影、消化道钡餐有助于小肠肿瘤的诊断,其中CT是最有效的检查方法^[2~4]。本组资料B超、CT检查发现腹内实质性占位的阳性率均为100%。但由于小肠肿瘤的可移动性,B超、CT的定位诊断并不十分准确,本组资料对肿瘤器官来源的判断仅有3例CT检查准确定位。由于大部分小肠间质瘤为腔外生长或肌壁间生长,对肠管压迫或改变不明显,而且肠蠕动快,钡剂充盈无连续性,消化道钡餐检查的阳性率并不高,有文献报道小肠造影检查阳性率仅为28.6%^[2]。本组行上消化道钡餐检查3例,1例发现器质性病变。有文献指出,肠系膜动脉造影诊断小肠肿瘤的阳性率可达100%^[2],在某种程度上仍不失为一种最有效的方法。虽然胃镜检查对十二指肠间质瘤的诊断有一定作用,但作为一种鉴别诊断的方法,仍然很重要。小肠间质瘤术前不便取活检,因此术前难以确诊,主要靠术后病理检查及免疫组化检查,其中CD117、CD34是最有价值的诊断指标,本组小肠间质瘤CD117、CD34阳性率分别为96.2%、76.9%,其表达与胃间质瘤差异无统计学意义($P>0.05$)。

3.2 治疗上,小肠间质瘤主要以手术治疗为主,主要手术方式为小肠部分切除术,由于大部分小肠间质瘤表现为腔外生长,因此有发生局部浸润周围组织器官的可能,有必要行扩大根治术,尽可能将整个肿瘤完整切除。此外,间质瘤质脆,包膜较薄,受挤压易破,手术时注意尽量避免对肿瘤过度挤压,以免肿瘤破裂而失去根治术的意义。胃肠道间质瘤极少有淋巴结转移,一般不必行淋巴结清扫术^[5],本组资料仅1例晚期患者出现淋巴结转移。有报道指出即使行根治性手术,仍有51.8%的患者术后出现复发,小肠间质瘤术后复发最常见的部位为肝脏^[6]。对于肝转移灶的治疗,尽可能采取手术切除,术后采取合理的辅助治疗方法(如格列卫治疗等),可延长患者生命。目前格列卫已经成为继手术治疗之后的最主要的治疗方法。对于术后复发的进展期小肠间质瘤患者,予格列卫治疗可有效缩小肿瘤,甚至有机会取得二次手术治疗的机会,明显延长患者的生存

万方数据

时间^[7]。术后均应注意长期随访。

3.3 关于胃肠道间质瘤的预后,影响其预后的因素还包括肿瘤的大小、核分裂、性质、组织是否坏死、破裂、肿瘤分期、Kit基因突变、靶向治疗等^[8]。不同部位的间质瘤预后不同,胃间质瘤的预后最好,小肠间质瘤的预后次之^[9,10]。但Emory并未指出不同部位间质瘤良恶性的构成比是否有差异,不一定存在可比性;而武爱文^[9]的文中指出小肠间质瘤术前发生转移的比例比胃高,行根治术的比例比胃低($P<0.01$),可能是引起胃间质瘤预后优于小肠间质瘤的原因。本组资料显示两者预后差异无统计学意义($P>0.05$),从两部位的临床病理分析也发现,它们在肿瘤大小、核分裂相、局部浸润或转移、有无坏死、手术方式等差异均无统计学意义($P>0.05$),这也是导致两者预后无差异的原因,同时也说明他们具有相似的生物学行为。

参考文献

- 1 Kitamura Y. Gastrointestinal stromal tumors: past, present, and future [J]. *Gastroenterol*, 2008, 43(7): 499-508.
- 2 沈志勇,刘 骅,倪醒之,等. 35例小肠间质瘤诊治分析[J]. *胃肠病学*, 2005, 10(3): 165-167.
- 3 Belloni M, De Fiori E, Mazzarol G, et al. Endoscopic ultrasound and computed tomography in gastric stromal tumors [J]. *Radiol Med (Torino)*, 2002, 103(1-2): 65-73.
- 4 方松华,孟 磊,董旦君,等. 胃肠道间质瘤的血管造影诊断[J]. *中华肿瘤杂志*, 2005, 27(8): 496-498.
- 5 Fletcher CD, Berman FJ, Corless C, et al. Diagnosis of gastrointestinal stromal tumors: A consensus approach [J]. *Hum Pathol*, 2002, 33(5): 459-465.
- 6 Wu TJ, Lee LY, Yeh CN, et al. Surgical treatment and prognostic analysis for gastrointestinal stromal tumors (GISTs) of the small intestine: before the era of imatinib mesylate [J]. *BMC Gastroenterology*, 2006, 6: 29.
- 7 Yeh CN, Chen TW, Wu TJ, et al. Treatment of patients with advanced gastrointestinal stromal tumor of small bowel: Implications of imatinib mesylate [J]. *World J Gastroenterol*, 2006, 12(23): 3760-3765.
- 8 Dematteo RP, Gold JS, Saran L, et al. Tumor mitotic rate, size, and location independently predict recurrence after resection of primary gastrointestinal stromal tumor (GIST) [J]. *Cancer*, 2008, 112(3): 608-615.
- 9 Emory TS, Sobin LH, Lukes L, et al. Prognosis of gastrointestinal smooth-muscle (stromal) tumors. Dependence on anatomic site [J]. *Am J Surg Pathol*, 1999, 23(1): 82-87.
- 10 武爱文,季加孚,王培林,等. 胃和小肠间质瘤的预后因素分析 [J]. *中国实用外科杂志*, 2006, 26(8): 607-609.

[收稿日期 2012-03-12][本文编辑 宋卓孙 蓝斯琪]