

· 研究原著 ·

文章编号 1000-2790(2007)16-1515-03

小肠间质瘤 46 例临床特点及治疗

林克荣, 刘建强, 张志坚 (南京军区福州总医院消化内科, 福建 福州 350025)

Clinical characteristics and treatment of 46 cases of gastrointestinal stromal tumors of the small intestine

LIN Ke-Rong, LIU Jian-Qiang, ZHANG Zhi-Jian

Department of Gastroenterology, Fuzhou General Hospital, Nanjing Military Command, Fuzhou 350025, China

【Abstract】AIM: To explore the clinical characteristics and diagnosis and therapeutic method of gastrointestinal stromal tumors of the small intestine. **METHODS:** Clinical data of 46 cases of gastrointestinal stromal tumors of the small intestine admitted 1992-06/2006-06 were analyzed retrospectively. The diagnosis was confirmed pathologically for all cases. **RESULTS:** Gastrointestinal stromal tumors of the small intestine attacked both male and female, with the male to female ratio as 1.21:1. The age of the patients ranged from 19 to 80 (average 53) years. The age stage with the highest occurrence rate located at 45-60 years. The major clinical signs included: abdomen pain, abdomen mass, anaemia and small bowel obstruction. The gastrointestinal stromal tumors of the small intestine had predilection in the jejunum and duodenum. The detection rate could be enhanced by PET-CT. The most effective therapy was operation removal of the tumors. Glivec might be helpful for patients who had palliative operation or in preventing recurrence. Reoperation could prolong the patients' survival, who had local recurrence or distant metastasis. **CONCLUSION:** The clinical manifestations of gastrointestinal stromal tumors of the small intestine are nonspecific. The detection rate can be improved by rational auxiliary examinations. The most effective therapy is operation removal.

【Keywords】 mesothelioma; intestinal neoplasms; intestine, small

【摘要】目的:探讨小肠间质瘤的临床表现、诊断及治疗方法。方法:对1992-06/2006-06收治的46例小肠间质瘤的临床资料进行回顾性分析,所有病例均经手术和病理证实。结果:小肠间质瘤男女均有发病,男女比为1.21:1。本组发病年龄19~80(平均53)岁,45~60岁年龄段发病率最高。腹痛、腹部包块、贫血、小肠梗阻是本组最常见的临床表现。小

肠间质瘤多好发于空肠和十二指肠,PET-CT可提高小肠间质瘤检出率。手术彻底切除病变,格列卫对于姑息手术者或对预防术后复发有较好的疗效。对复发或远处转移者再次手术可延长生存期。结论:小肠间质瘤临床表现缺乏特异性,合理应用辅助检查方法可提高小肠间质瘤检出率;手术为本病目前的最佳选择。

【关键词】 间皮瘤 肠肿瘤 小肠

【中图分类号】 R730.262 **【文献标识码】** A

0 引言

胃肠道间质瘤(gastrointestinal stromal tumor, GIST)是一种发生于消化道,起源于胃肠道壁Cajal细胞(ICC)或与Cajal细胞同源的间叶干细胞的梭形细胞肿瘤,发病率约2/10万,平均发病年龄约60岁^[1]。GIST大多发生在胃,占60%~70%,小肠仅占20%~30%^[2-3]。小肠间质瘤(gastrointestinal stromal tumors of the small intestine)早期的临床症状、体征缺乏特异性,容易延误诊治。我院1992-06/2006-06收治小肠间质瘤患者46例,现将临床诊治情况报告如下。

1 对象和方法

1.1 对象 1992-06/2006-06收治小肠间质瘤46例,男25例,女21例,年龄19~80(平均53)岁。首诊以腹痛为主18例,腹部包块12例,贫血8例,肠梗阻6例。所有患者中有腹痛症状的29例。查体发现有腹部包块22例,伴有不同程度贫血34例;发生肠梗阻13例,无阳性症状及体征,体检发现粪便潜血阳性,后行胶囊内镜发现小肠间质瘤的有2例。本组病例术前均行胃镜及腹部B超检查,行结肠镜检查33例,10例行全消化道钡餐或碘油造影,行腹部CT检查40例,其中行PET-CT检查18例,数字减影血管造影(DSA)检查6例。

1.2 方法 本组患者均予以手术治疗,根据患者病情及术中情况决定手术方法,采用经腹行小肠、腹腔肿块摘除术或腹腔镜下小肠肠段切除术,所有病例手术标本均行病理及免疫组化检查。

1.2.2 诊断标准 参照Franquemont和Appelman的诊断标准,根据术后病理及免疫组化将46例患者分为良性、恶性间质瘤。

收稿日期 2007-05-22; 接受日期 2007-06-10

作者简介 林克荣, 硕士, 副主任医师, 副主任。Tel: (0591) 24937074

Email: liujianqiangfz@163.com

2 结果

2.1 临床表现及发病部位 腹痛、腹部包块、贫血、小肠梗阻是本组最常见的临床表现。小肠间质瘤多好发于空肠和十二指肠(表1)。

表1 小肠间质瘤46例的发病部位及主要症状或(和)体征 [n(%)]

部位	n	腹痛	腹部包块	贫血	小肠梗阻
十二指肠	16	10	5	9	1
空肠	20	13	13	18	8
回肠	10	6	4	7	4
合计	46	29(63.0)	22(47.8)	34(73.9)	13(28.3)

2.2 检查及治疗方法 胃镜、结肠镜检查均无阳性发现,全消化道造影阴性结果14例,3例疑似小肠Crohn病,1例疑似Bechet病;腹部B超检查发现腹腔肿块19例,其中6例伴有肝脏占位,3例伴有附件占位。CT发现腹腔肿块40例,其中有6例为直接行PET-CT检查发现腹腔占位,有12例为普通CT阴性而复查PET-CT拟诊为小肠间质瘤。贫血且粪潜血阳性患者中行DSA检查6例,有4例怀疑小肠肿瘤出血。本组46例患者中良性间质瘤10例,恶性间质瘤36例。肿瘤最大径范围为2.0~24.5(平均7.3)cm。所有患者均予以手术治疗,其中经腹行小肠、腹腔肿块摘除术35例,腹腔镜下小肠肠段切除术11例。全组无手术死亡,有3例术中见广泛转移,病灶无法切除,以及伴有肝脏、附件转移者16例,均给予口服格列卫治疗。40例随访6~84(平均30.25)mo,失随访6例。行根治性切除32例患者中复发9例,腹腔镜下小肠肠段切除术11例有4例复发,均经腹再次手术。所有给予格列卫治疗1~3个疗程的患者,复查CT发现腹腔肿块及肝脏、附件转移灶均显著缩小,但未完全消退。

2.3 术后病理及免疫组织化学检查

2.3.1 镜下观察 肿瘤细胞形态主要以长梭形细胞为主,部分肿瘤细胞肥胖,胞质少,核明显异型,可见病理性核分裂像,肿瘤细胞丰富,排列紧密(图1)。

2.3.2 免疫组织化学 46例小肠间质瘤中,CD117和CD34的阳性率分别为89%(41例)和93%(43例),定位于肿瘤细胞胞质内(图2),部分病例有SMA和NF表达。

3 讨论

GIST发病率低,主要表现为肠梗阻、穿孔、出血或大便习惯改变^[4]。巨大肿瘤则表现为腹部肿块,且

往往是恶性的,部分患者首先表现为肝转移或腹腔转移。国内研究报道GIST以反复黑便多见^[3]。

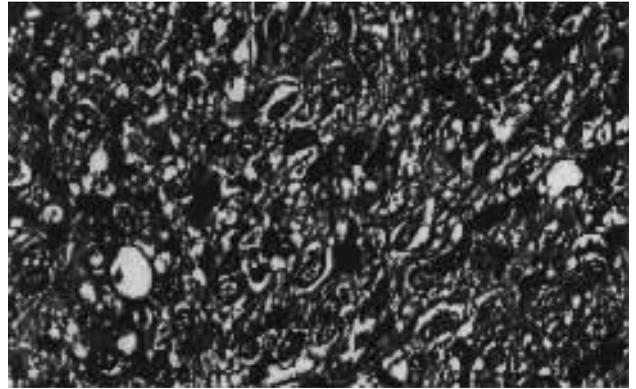


图1 小肠恶性间质瘤 HE ×200

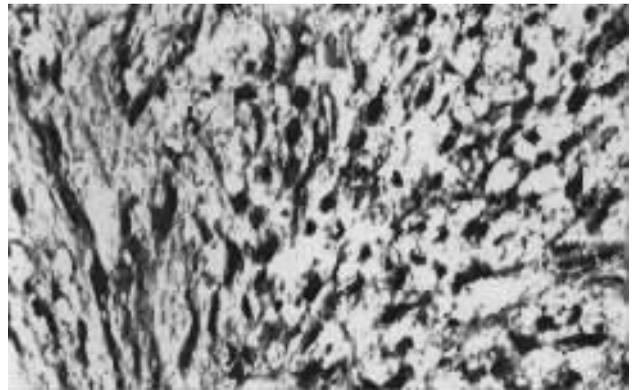


图2 小肠CD117染色阳性 SP ×100

本组小肠间质瘤患者首诊以腹痛、腹部包块、贫血、肠梗阻等为主要临床表现。由于小肠解剖结构及生理特点,小肠间质瘤临床表现不具特征性,术前诊断较为困难,且内窥镜检查往往不能取得活检材料,B超和CT检查虽然可以发现腹部肿块,但不能定位^[5]。对早期间质瘤诊断价值有限^[6]。

GIST最后确诊必须依赖病理及免疫组化结果。几乎所有的GIST都表达CD117,因此,CD117可以作为GIST诊断的最佳标准^[1]。目前GIST的治疗以手术与药物综合治疗为主,关于手术切除的范围,较多的观点认为,应该彻底切除而不在于大范围清扫。因为GIST不同于癌症,极少有淋巴结转移。切缘距离肿瘤多远为最佳,尚无一致意见^[7]。有研究认为原发单发者以肠段切除术为首选,切除范围应距肿块5cm以上^[8]。本组46例小肠间质瘤患者均行手术治疗,术中均未发现肿大淋巴结,术后所有标本检查未发现有肠系膜淋巴结转移。因此如确诊为小肠间质瘤,可单纯行肿块切除,而不需进行广泛的淋巴结清扫。

【参考文献】

- [1] Fletcher CD, Berman JJ, Corless C, et al. Diagnosis of gastrointestinal stromal tumors: A consensus approach[J]. Hum Pathol, 2002, 33(5): 459-465.
- [2] Miettinen M, Furlong M, Sarlomo-Rikala M, et al. Gastrointestinal stromal tumors, intramural leiomyomas, and leiomyosarcomas in the rectum and anus: a clinicopathologic, immunohistochemical, and molecular genetic study of 144 cases[J]. Am J Surg Pathol, 2001, 25(9): 1121-1133.
- [3] 黄祥成, 巴明臣, 脚三年, 等. 空肠回肠间质瘤的诊断和治疗[J]. 腹部外科 2004, 17: 282-284.
- [4] Miettinen M, Lasota J. Gastrointestinal stromal tumors-definition,

clinical, histological, immunohistochemical, and molecular genetic features and differential diagnosis[J]. Virchows Arch, 2001, 438(1): 1-12.

- [5] 何铁汉, 张文斌, 王云海, 等. 胃肠道间质瘤的诊断—附15例病例分析[J]. 新疆医科大学学报 2005, 28(11): 1025-1028.
- [6] Blanchard DK, Budde JM, Hatch GF 3rd, et al. Tumors of the small intestine[J]. World J Surg, 2000, 24(4): 421-429.
- [7] 达明绪, 罗婷, 钱昆, 等. 胃肠间质瘤研究进展[J]. 华西医学 2005, 20(3): 589-591.
- [8] 聂明明, 沈贤, 柴琛, 等. 小肠间质瘤临床诊断和治疗[J]. 临床肿瘤学杂志 2006, 11(5): 367-370.

编辑 王雪萍

· 经验交流 · 文章编号 1000-2790(2007)16-1517-01

老年重症急性胆管炎 54 例的外科治疗

练杰, 顾伟勇, 杨锋荣, 吴海峰

(吴江市第二人民医院普外科, 江苏 吴江 215221)

【关键词】胆管炎, 急性重症, 老年人, 手术治疗

【中图分类号】R657.45 【文献标识码】B

0 引言 随着人口老龄化, 老年胆道感染患者的就诊率日趋增高, 因其病理生理的特殊性, 重症胆管炎患者相对增多, 老年重症急性胆管炎(ACST)病情严重, 进展快, 处理不当易造成严重后果。我院近 15 a 来收治的符合 ACST 诊断者 163 例, 其中 60 岁以上老人 54 例(33.1%)。现就其临床特征和治疗体会报道如下。

1 临床资料 ACST 54(女 39, 男 15)例。最大年龄 87 岁, 平均 69 岁, 均有反复发作的上腹痛伴黄疸、寒战高热病史, 其中 10 a 以上病史 17 例, 7 例有一次以上胆道手术史。39 例脉搏超过 120 次/min, 体温高于 39℃或低于 36℃。有典型的 Charcot 三联症 43 例, 伴神志改变 36 例, 腹痛 54 例, 黄疸 51 例, 29 例白细胞高于 $2 \times 10^8/L$, 13 例血小板低于 $2 \times 10^8/L$ 。35 例收缩压低于 90 mmHg(1 mmHg = 0.133 kPa), 9 例低于 80 mmHg。入院后均进行了常规的抗休克治疗。54 例中 28 例有并存病, 依次为: 慢性支气管炎、肺气肿、高血压、心律不齐、心电图明显异常、糖尿病、肝肾功能受损。本组病例中 30% 有慢性支气管炎及肺气肿, 24% 有心血管系统疾病, 10% 患者同时身患多种疾病。手术治疗 48 例, 术中均见胆道压力明显增高, 胆汁为脓性者 31 例, 单纯胆总管结石 32 例, 胆总管及左右肝管结石 6 例, 狭窄性乳头炎伴胆总管结石 5 例, 胆总管结石伴胆道蛔虫 1 例, 胆管肿瘤 1 例。手术方式: 胆总管切开取石加“T”管引流 29 例, 胆总管切开取石加胆囊切除加“T”管引流 11 例, 胆总管十二指肠吻合 4 例, Oddi's 括约肌切开成形术 1 例, 胆总管切开取石加“T”管引流加胆囊造瘘 2 例, 胆总管探查加支架管内引流 1 例。术后主要并发症: 呼吸道感染 12 例, 心律失常, 心衰 7 例, 肝肾功能受损 3 例, ARDS 2 例, 切口裂开 2 例。手术成功 43 例, 手术治愈好转率 89.5%(其中入院 24 h 内手术的 37 例成功 35 例, 成功率 94.5%)。死亡 5 例, 死亡率 10.4%。非手术治疗 6 例, 出现 ARDS、DIC 等死亡

4 例, 死亡率 66.7%。2 例好转出院。

2 讨论 老年患者除有 ACST 的共同表现外, 尚有下列临床特征: ① 病情发展快, 休克发生率高; ② 并存病多, 易并发多器官功能衰竭; ③ 肌体反应差。因此早期手术解除梗阻引流胆汁是治疗本病的重要措施。手术力求简单、准确、快速有效。首先是早期的胆道减压引流, 手术以解除梗阻和通畅引流为目的。力争缩短手术时间, 减轻手术创伤, 避免发生或加重休克。我们认为老年 ACST 一经确诊, 就有绝对的手术指征。对于肝内胆管多发性结石和胆管狭窄的病例要注意胆管梗阻的多原因和复杂性, 强调梗阻以上胆管的有效引流。单纯的胆囊造瘘达不到有效的胆道减压和通畅引流的目的, 不宜单独采用。对老年 ACST 的术式选择主要应根据病变的部位和当时患者的全身情况来分别对待。若病变主要局限于胆总管经探查和引流术后, 确认胆囊除一般继发性炎症尚能排空, 则多不作胆囊切除。如估计患者尚能耐受手术, 在解除肝外胆管梗阻的同时, 切除炎症严重的胆囊(本组 11 例)。对确诊肝外胆管病变在出口外纤维性狭窄时, 且胆总管直径在 1.5 cm 以上者, 可作胆总管十二指肠吻合(本组 4 例)或胆总管空肠 Roux-en-Y 吻合术, 若直径小于 1.5 cm 应考虑实施 Oddi's 括约肌切开成形术^[1]。在患者病情允许的情况下, 可考虑做较为彻底的手术, 这样既避免了再手术的风险, 也清除了隐患。近年来术中结合胆道镜的应用争取一次取净结石, 手术结束后按“粗、短、直”形成窦道的原则放置“T”管引流, 以备术后纤维胆道镜再取石^[2]。绝不能片面追求手术的彻底性而勉强操作, 结果事与愿违。老年 ACST 术前常伴有发热、脱水、酸中毒及休克, 且并存病多, 急诊手术风险大, 围手术期死亡率高^[3]。要重视多器官障碍的倾向。本组 28 例有并存病, 主要为呼吸系统和心血管系统的慢性疾病, 所以术前应作全面细致的检查, 及时发现并存病, 邀请有关科室会诊, 协同处理, 使患者顺利渡过手术关。术后易发生肺部感染、低蛋白血症、心、肝、肾功能不良, 甚至发生多器官功能衰竭。所以围手术期的处理关系着手术的成功与失败, 是提高老年 ACST 抢救成功率的关键措施。

【参考文献】

- [1] 林肇天. 胆总管末端良性狭窄的诊治[J]. 实用外科杂志, 1998, 18(7): 393.
- [2] 彭承宏, 王小明. 胆道再次手术术前评估及手术方式选择[J]. 实用外科杂志, 2006, 26(3): 164-165.
- [3] 张志汉. 围手术期死亡 125 例分析[J]. 实用外科杂志, 2005, 25(5): 304.

编辑 黄良田

收稿日期 2007-05-30; 接受日期 2007-06-11

作者简介 练杰, 本科, 副主任医师, 科主任。Tel: (0512) 63669295

Email: quiyongmin@yahoo.com.cn