

十二指肠间质瘤的临床诊治 (附 3 例报告)

郭宇

(浙江省宁波市第一医院 宁波 315010)

关键词 :十二指肠间质瘤 诊断 治疗 病例报告

中图分类号 R 735.3¹

文献标识码 B

文献编号 : 1671-4040(2005)02- 0064-02

胃肠道间质瘤 (gastrointestinal stromal tumors, GIST) 是一种胃肠道非上皮性间叶源性肿瘤,近年来已经作了广泛的研究。由于十二指肠解剖和生理上的特殊性,使十二指肠间质瘤在诊断和治疗上也有其特点。我院 1999 年~2004 年 2 月收治胃肠道间质瘤 33 例,其中十二指肠间质瘤 3 例。就其诊断和治疗报告如下:

1 病例简介

例 1.男,64 岁,反复黑便 2 年,曾 4 次住院保守治疗好转,本次再次出现黑便住院。入院后十二指肠镜提示:十二指肠降部肿瘤,病理回报为管状腺瘤。CT 提示十二指肠降部占位。手术中发现:十二指肠第二与第三段交界处外侧肠壁有 4cm×1cm 肿瘤,呈哑铃状,有完整包膜,向腔外生长为主。距肿瘤 1.5cm 楔形切除肿瘤,行十二指肠缺损部与空肠侧侧吻合,Roux-Y 吻合术式。病理回报潜在恶性间质瘤。免疫组化 vimentin (+),CD34 (+),CD117 (+),S-100 (-)。术后恢复顺利,随访至今 3 年健在。

例 2.男,32 岁,反复黑便 4 年入院。胃镜检查提示:十二指肠降部近乳头见 2cm×1cm 肿瘤,中央溃疡形成伴出血。胃镜活检为十二指肠慢性炎症。CT 回报:十二指肠乳头区占位。术中游离十二指肠降部,切开十二指肠降部前壁,发现十二指肠降部后壁距乳头近端 1.5cm 处有直径 2cm 肿瘤,表面溃疡形成。手术经乳头置管指导胆总管位置,在距肿瘤远端近 1cm 离断十二指肠,切除肿瘤、十二指肠第一段和远端部分胃;缝闭十二指肠残断,胃空肠 Roux-Y 吻合,同时切缘送冰冻切片,未见肿瘤组织生长。病理回报:十二指肠间质瘤。免疫组化 vimentin (+),CD34 (-),CD117 (+),S-100 (-)。术后恢复顺利,随访至今 2.5 年健在。

例 3.女,54 岁,反复上腹部不适伴 4 月黑便,曾在门诊胃镜检查未见异常。入院后行小肠镜检查提示十二指肠水平部肿瘤伴溃疡,活检为十二指肠慢性炎症。上腹部 CT 提示十二指肠水平部占位,十二指肠间质瘤可能。手术发现十二指肠水平部中段前壁有直径 2.5cm 肿瘤,距肿瘤 1cm 切除部分十二指肠及肿瘤,行十二指肠端端吻合。病理回报十二指肠潜在恶性间质瘤。免疫组化 vimentin (+),CD34 (+),CD117 (+),S-100 (-)。术后恢复顺利,随访至今 2 年健在。

2 讨论

胃肠道间质瘤是一种胃肠道非上皮性肿瘤,过去这些肿瘤多诊断为平滑肌瘤或平滑肌肉瘤和神经纤维瘤等。Mazur^[1]等 1983 首次提出了胃肠道间质瘤的概念。近年来随着免疫组化和电镜技术的应用,此类肿瘤的命名已经统一。胃肠道间质瘤 95%发生在胃和小肠,小肠为 30%^[2],小肠发生在十二

指肠者比例较少。由于十二指肠的解剖生理特点,给诊断和治疗带来一定的困难,临床上常表现为上消化道出血和不适。本组 3 例主要表现反复黑便,病程较长,而且经过内科的治疗。内镜和腹部 CT 的检查是手术前的主要诊断依据,对胃镜没有发现病灶者考虑小肠镜的检查。内镜可以观察到突向肠腔内生长的肿瘤或局部隆起的新生肿物,有时可以清楚地看到肿瘤中央坏死灶、溃疡和出血。因十二指肠间质瘤位于十二指肠壁肌层,所以内镜活检常表现慢性炎症。如果临床医生对其有一定的认识,采用“打洞法”可以在一定程度上提高诊断率^[3]。腹部 CT 可以直观的反映肿瘤的部位、大小和与周围器官的关系,并对良、恶性肿瘤的鉴别有一定的价值,十二指肠间质瘤最终依靠组织病理学及免疫组化检查来确诊。该肿瘤被认为是一类不同于典型平滑肌瘤亦不同于雪旺瘤的胃肠道间叶源性肿瘤,具有非定向分化的特征^[4]。免疫组化检查有助于鉴别其他肿瘤并明确诊断。免疫表型主要表明细胞的分化程度和方向,CD34 是一种造血前体细胞抗原,在 GIST 中有较高表达率。在典型的平滑肌瘤和神经鞘瘤均阴性,因此 CD34 是鉴别 3 者非常有用的标记物。但有作者认为 CD34 在十二指肠间质瘤表达率低^[5]。CD117 是酪氨酸激酶跨膜受体蛋白,是骨髓原始造血干细胞的标记物,分离于 c-kit 原癌基因的产物,在 GIST 中可呈特异性高表达,阳性率可达 81%~100%^[6]。在十二指肠间质瘤也敏感性高,特异性强,成为十二指肠间质瘤的可靠标记物。CD34 和 CD117 在良恶性十二指肠间质瘤中的表达差异无显著意义。因此不能作为评价良恶性的标记物^[5]。本组 3 例 CD117 均为阳性,而 CD34 2 例阳性。因病例少,需要进一步观察。S-100 蛋白是神经源性分化的标记,在雪旺细胞中呈阳性表达。S-100 阳性在 GIST 中罕见。十二指肠间质瘤的免疫表型是异源性的,多数学者认为其肌源性标志物表达率高,但有作者认为十二指肠间质瘤本身就缺乏肌源性表达,神经化生率高^[5]。Emory^[7]等提出的标准将 GIST 分为良性、潜在恶性和恶性。恶性的指标是:(1)肿瘤有浸润性;(2)肿瘤出现远、近脏器的转移。潜在恶性的指标有:(1)肠间质瘤的直径>4cm;(2)肠间质瘤核分裂相>1 个/50HFP;(3)肿瘤出现坏死;(4)肿瘤细胞有明显的异型性;(5)肿瘤细胞生长活跃,排列密集。当肿瘤具备一项恶性指标或两项以上潜在恶性指标时,为恶性 GIST;具备一项潜在恶性指标的为潜在恶性 GIST;没有上述指标的为良性。十二指肠间质瘤是一类恶性发生率较高的肿瘤,Goldblom^[8]认为十二指肠间质瘤直径大于 4.5cm 者多为恶性,而且与部位有关。良性间质瘤大多位于第二段,恶性间质瘤 3/10 位于第三段,无第一段者。

自发性气胸误诊为慢性肺疾病的原因分析

崔冬梅 刘道喜

(山东省枣庄市王开传染病院 枣庄 277500)

关键词:自发性气胸;误诊;慢性肺疾病;误诊原因

中图分类号:R561.4

文献标识码:B

文献编号:1671-4040(2005)02-0065-02

自发性气胸在临床上很多见,年轻人突然出现气急、胸闷,一般有经验的医生很自然会想到气胸,但如果原有慢性支气管炎或支气管哮喘,使人极易想到旧病复发,从而导致误诊。现将我院 2000 年~2004 年住院确诊,而院前被误诊的 26 例自发性气胸资料报道分析如下:

1 临床资料

资料来源,收集本院 2000 年 1 月~2004 年 12 月出院确诊的慢性阻塞性肺疾病合并自发性气胸 65 例,其中误诊 26 例进行分析,26 例均经拍后前位片或 CT 检查或胸腔试穿证实。26 例中,男 18 例,女 8 例;年龄 42-71 岁,平均 56.5 岁;其中单侧气胸 20 例,双侧气胸 6 例,且 6 例在治疗过程中由单侧气胸改变为双侧气胸 2 例;气胸的性质:交通性 5 例,高压性 1 例,闭合性 20 例;24 例经闭式引流气胸消失,2 例经抽气 4 次治愈;其中有 2 例分别在治愈后 5 个月和 8 个月再发单侧气胸,经住院抢救治疗后气胸消失。X 线表现:16 例患者病变位于右侧,9 例病变位于左侧,1 例病变位于双侧,近纵隔者 10 例,其中近前纵隔者 7 例,近后纵隔者 3 例,合并肺大泡者 11 例,伴胸膜粘连者 9 例。

GSIT 对放疗和化疗均不敏感,十二指肠间质瘤也无定论,仍以手术切除为主。由于十二指肠位置较深且固定,是由边缘动脉供血,血循差,并有十二指肠乳头开口,临近脏器多,这些解剖特点增加了手术切除的难度。手术以局部切除为主,一般认为切缘距肿瘤 1.5cm 即可^[9]。由于十二指肠固定血循差,难保吻合口安全愈合,所以在十二指肠端端吻合或十二指肠缺损部修补困难时,空肠和十二指肠缺损部吻合是必要的。本组一例行十二指肠缺损部与空肠侧侧吻合,愈合良好。有作者提出发生在十二指肠的间质瘤,可行 Whipple 手术^[10]。我们认为只要不影响乳头的正常功能,切除范围足够,尽可能保持十二指肠原有的解剖和生理功能,没有必要扩大手术范围。本组 1 例肿瘤距乳头较近,为保证乳头的功能,紧贴乳头切除了肿瘤,因十二指肠与胃吻合困难,行十二指肠憩室化手术,术中送冰冻切片,确保切缘阴性。所以在难以确定切除范围时,术中送冰冻切片是必要的。因间质瘤很少有淋巴结转移,不需行广泛性或区域性淋巴结清楚术。

参考文献

[1]Mazur MT,Clark HB .Gastric stromal tumors:reappraisal of histogenesis [J].Am J Surg Pathol,1983,7:507~519
[2]宋明,王宇.胃肠道间质瘤研究进展[J].中华胃肠外科杂志,2002,5(1): 75

2 讨论

气胸在临床上表现各异,若以气喘、肺部散在哮鸣音为表现,特别是两肺哮鸣音较响,掩盖了降低了的呼吸音,使人容易想到支气管哮喘或慢性支气管炎急性发作,因此也容易导致误诊。现将误诊原因分析如下:

2.1 本文所发现病例皆有基础慢性支气管炎和 COPD 推测气胸时肺部出现散在哮鸣者的机制,在有基础病慢性支气管炎、支气管哮喘和 COPD 的患者,由于呼吸道有慢性炎症存在,呼吸道反应性往往较常人为高^[1]。气胸时气体进入胸膜腔因为肺组织被压缩同时呼吸道也要受压,呼吸道受刺激,反射性引起呼吸道痉挛,气体进入胸膜腔刺激胸膜反应释放一些炎症介质,如白三烯,从而引起呼吸道痉挛出现肺部哮鸣音。

2.2 气胸 X 线表现不典型,当气胸位于近纵隔胸膜腔的前或后侧,以前纵隔、胸骨后居多,此外常是普通胸片不能发现的隐蔽区域,因此,当按基础疾病治疗效果不明显的,应高度怀疑气胸。

2.3 X 线检查与临床结合不紧密,临床医生多不亲自阅片,

[3]董谦,全志伟,殷敏智,等.胃肠道恶性间质瘤的临床诊治[J].中国实用外科杂志,2004,24(4): 224
[4]俞公煌,倪型灏,钱峰,等.胃肠、泌尿、会阴部间质瘤临床病理及免疫组织化学分析[J].中华病理学杂志,2003,32(2): 111
[5]刘晓红,马大烈,谢强,等.十二指肠间质瘤的临床病理及免疫组织化学研究[J].临床与实验病理学杂志,2002,18(2): 122
[6]侯英语,朱雄增.胃肠道间质瘤的组织发生及命名[J].中华病理学杂志,2000,29:453~454
[7]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
[8]Goldblum JR,Appelman HD.Stromal tumors of the Duodenum:A histologic and immunohistochemical study of 20 care [J].Am J Surg Pathol,1995,19(1):71~80
[9]Ludwig DJ,Taverso LW. Gut stromal tumors and their clinical behavior[J].Am J Surg,1997,173: 390~394
[10]Takahashi T,Kuwao S,Yanagihara M,et al.A primary solitary tumor of the lesser omentum with immunohistochemical features of gastrointestinal stromal tumors[J].Am J Gastro,1998,93(11): 2 269~2 273

(收稿日期: 2005 - 01 -02)