

食管癌合并胃间质瘤患者的临床病理分析(附14例报告)

刘连科*, 孙婧, 邵明雯, 马兰, 束永前

(南京医科大学第一附属医院肿瘤科, 江苏 南京 210029)

[摘要] 目的:探讨食管癌合并胃间质瘤(esophageal cancer complicated with gastric stromal tumor, ECGST)患者的临床病理特点及生存分析。方法:回顾性分析本院自2009年5月~2013年3月确诊的14例 ECGST 患者的临床病理资料,并对患者生存进行随访。结果: ECGST 的发生率约为0.54%。患者主要以食管癌的临床表现而就诊,术前普通内镜、CT检查对胃间质瘤的漏诊率均为100%。14例均在术中发现胃间质瘤病灶结节。14例食管癌病灶大小平均为2.84 cm(0.5~6.0 cm),胃间质瘤的病灶大小平均为0.69 cm(0.4~1.8 cm),每例患者的间质瘤病灶大小均小于相应的食管癌病灶大小。食管癌TNM分期为0期2例、I期2例、II期6例、III期4例,胃间质瘤的TNM分期均为IA期;分期晚于相应的胃间质瘤TNM分期。12例胃间质瘤为极低度危险性,其余2例为低度危险性。术后随访时间9~41个月,除1例患者死亡外,余下13例存活。结论: ECGST并非罕见, ECGST患者术前胃间质瘤易漏诊。 ECGST合并的胃间质瘤,相对于对应的食管癌,存在肿瘤大小较小、TNM分期早等特点。

[关键词] 食管癌;胃间质瘤;漏诊

[中图分类号] R735.2

[文献标志码] B

[文章编号] 1007-4368(2014)05-669-03

doi: 10.7655/NYDXBNS20140527

食管癌为我国临床常见的恶性肿瘤之一,其发病率位于所有肿瘤的第5位,病死率位于第4位^[1]。胃肠道间质瘤(GIST)约占消化道肿瘤的1%~3%,其中胃间质瘤为GIST中最常见的肿瘤^[2-3]。临床上,食管癌合并胃间质瘤(ECGST)的报道很少见,仅10例。现将本院自2009年5月~2013年3月诊治的组织病理学确诊的14例 ECGST 患者的临床病理特点报告如下。

1 对象和方法

1.1 对象

自2009年5月~2013年3月共收治食管癌2582例,确诊 ECGST 患者14例,阳性率为0.54%(14/2582)。同期确诊胃肠道间质瘤434例, ECGST 患者所占其比例为3.23%(14/434)。14例 ECGST 患者均经组织病理学证实。14例中,男11例、女3例,年龄50~74岁,中位年龄65.5岁(表1)。12例患者否认有肿瘤家族史;1例患者母亲死于贲门癌;1例患者父亲死于贲门癌、母亲死于食管癌。

1.2 方法

14例均行食管癌根治术,其中13例行经左后

外侧切口的食管癌根治术,1例行胸腔镜腹腔镜联合食管癌根治术,所有患者术中充分暴露、细致探查。仅2例行术后化疗,余下12例未行放疗。14例患者定期电话、门诊随访,随访率为100%。

2 结果

2.1 术前诊断

14例 ECGST 患者中有1例无症状、体检发现食管癌,余下13例首诊症状以进食后梗阻、胸骨后疼痛、吞咽困难为主,均为食管癌的临床表现(表1)。14例患者行常规普通内镜、CT检查均发现食管癌病灶,食管癌发生部位为胸中上段1例、胸中段3例、胸下段10例。14例患者术前内镜活检病理有13例为食管鳞形细胞癌,1例为鳞状上皮高级别上皮内瘤变。术前普通内镜、CT检查均未发现胃间质瘤病灶,二者对胃间质瘤的漏诊率均为100%。14例患者中有1例行内镜超声检查,提示胃间质瘤可能。

2.2 术中诊断

14例均行食管癌根治术,术中发现胃部病灶结节,其中胃体胃壁结节9例、胃底胃壁结节5例,均为灰白色、单一结节,怀疑恶性病变,常规病理送检,术后病理、免疫组化确诊为胃间质瘤。

2.3 术后病理

14例食管部位的术后病理为12例食管鳞形细胞癌、2例鳞状上皮高级别上皮内瘤变伴癌变。12例

[基金项目] 江苏省临床医学科技专项资助(BL2012008)

*通信作者(Corresponding author), E-mail: liulianke@medmail.com.cn

食管鳞形细胞癌的组织学分化为中分化7例、低分化5例。14例患者的胃间质瘤的镜下表现均为梭形细胞肿瘤,免疫组化显示14例胃间质瘤均为CD117阳性,14例中有13例为CD34阳性;10例行Dog1检测,其中阳性9例;S100局灶阳性2例;SMA灶性阳性1例。14例患者的食管病灶大小为0.5~6.0 cm,平均2.84 cm,胃间质瘤的大小为0.4~1.8 cm,平均0.69 cm,所有间质瘤病灶大小均小于相应

的食管癌病灶大小。食管癌及胃间质瘤的TNM分期均参照2009年UICC第7版的TNM分期。14例患者的食管癌TNM分期为0期2例、I期2例、II期6例、III期4例;所有胃间质瘤的大小均小于2cm,均为T1,TNM分期均为IA期;故有12例患者食管癌的TNM分期晚于胃间质瘤的TNM分期。参照胃肠间质瘤的危险度分级,其中12例为极低度危险性胃间质瘤,2例为低度危险性(表1)。

表1 14例 ECGST 的临床病理资料

编号	性别	年龄(岁)	首诊症状	间质瘤部位	食管癌病理诊断	食管癌大小(cm)	间质瘤大小(cm)	食管癌TNM分期	间质瘤TNM分期	危险度分级
1	男	50	进食后胸骨后哽噎感	胃底	下段鳞癌II级	3.5	0.4	II A	IA	低危
2	男	71	进食后梗阻	胃底	下段鳞癌III级	2.0	1.0	III B	IA	极低
3	女	67	吞咽困难、伴胸骨后不适、呃逆	胃体	下段鳞癌III级	6.0	1.8	III A	IA	极低
4	男	59	体检发现	胃体	下段鳞癌III级	0.8	0.5	I B	IA	极低
5	男	65	进食后右上腹不适	胃底	下段高级别上皮内瘤变伴癌变	4.0	0.6	0	IA	极低
6	男	74	胸骨后疼痛、吞咽困难	胃体	中上段鳞癌II级	3.0	0.7	II A	IA	极低
7	男	66	进食后胸骨后疼痛、反酸	胃体	下段鳞癌III级	3.5	0.5	II A	IA	极低
8	女	68	进食后哽噎感	胃底	下段鳞癌II级	3.0	0.8	II A	IA	极低
9	男	64	上腹部饱胀、嗝气	胃体	中段高级别上皮内瘤变伴癌变	1.0	0.6	0	IA	极低
10	女	55	进食后哽噎感	胃体	中段鳞癌II级	0.5	0.4	I B	IA	极低
11	男	65	进食胸骨后疼痛	胃体	中段鳞癌II级	2.0	0.4	II B	IA	极低
12	男	70	进食后哽噎感	胃底	下段鳞癌II级	3.5	0.8	III A	IA	低危
13	男	68	吞咽困难伴胸骨后疼痛	胃体	下段鳞癌II级	4.5	0.7	II A	IA	极低
14	男	64	进食后哽噎感	胃体	下段鳞癌III级	2.5	0.5	III A	IA	极低

2.4 随访

随访截止至2013年8月15日,1例死于食管癌复发,余下存活的13例患者均无食管癌、GIST复发。随访9~41个月,中位随访时间为25.5个月(图1)。

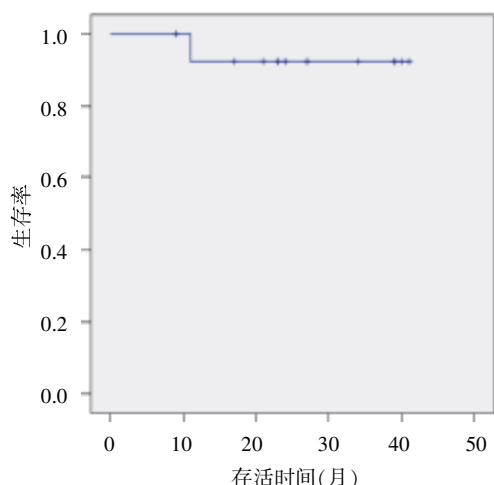


图1 14例食管癌合并胃间质瘤生存曲线图

3 讨论

近年来,ECGST陆续有几篇相关报道^[4-6],但报道的例数均很少。ECGST的发生原因,目前不清楚,可能存在某种或某些共同的致癌因素,也可能是由于食管癌变部位及胃间质瘤变部位相距较近,二者易受共同致癌因素的影响。由于ECGST发病率较低,很难确定其病因。

本组研究共确诊14例ECGST患者,约占同期食管癌的0.54%,就ECGST发生率而言,未见既往相关文献报道。同时本组研究发现ECGST约占同期胃肠道间质瘤的3.23%,与卜君等^[5]报道相近。ECGST患者主要以食管癌的临床表现而就诊,均无胃间质瘤的临床表现,后者的临床表现也可能被食管癌的临床表现所掩盖。ECGST患者的食管变部位以胸下段为主,胃间质瘤的主要病变部位为胃体、胃底胃壁,后者与单发胃间质瘤的常见病变部位相似^[7]。

有报道表明 ECGST 患者几乎均在术中或术后病理检查时发现,术前普通内镜、CT 检查漏诊率很高^[4-5]。随着内镜超声的普及,内镜超声可能成为诊断胃间质瘤的一种有效检测手段^[8],提示内镜超声有利于 ECGST 患者的早期发现、早期诊断、早期治疗。胃间质瘤的诊断以及与其他间叶性肿瘤的鉴别诊断常依赖于免疫组化,CD117、DOG1、CD34 均为 GIST 敏感标记物。本研究 14 例 ECGST 患者术前普通内镜、CT 检查均未发现胃间质瘤,胃间质瘤术前的漏诊率为 100%,提示 ECGST 患者仅采用普通内镜、CT 检查,术前很难诊断出胃间质瘤。术前间质瘤漏诊的主要原因如下:①胃间质瘤病灶较小,平均为 0.69 cm,明显小于食管癌的平均大小,后者为 2.84 cm;每例患者的间质瘤大小均小于相应的食管癌病灶大小;②由于胃间质瘤偏小,其临床表现易被食管癌的临床表现所掩盖;③检查手段需要改进,本研究中有 1 例患者行内镜超声检查,提示胃间质瘤可能,提示行内镜超声检查可能有利于胃间质瘤的术前诊断。

本组 14 例患者的胃间质瘤大小为 0.4~1.8 cm,与李桂梅等^[4]报道的 2 例相近,后者胃间质瘤大小为 0.6~0.9 cm;但与王洪飞等^[6]报道 1 例 ECGST 患者不同,该患者肿瘤大小为 2 cm。ECGST 患者的食管癌 TNM 分期以 II~III 期为主,而胃间质瘤均为 IA 期,其中 12 例患者的食管癌 TNM 分期晚于胃间质瘤的 TNM 分期;胃间质瘤的危险度分级以极低度危险性为主。本组研究显示 ECGST 合并的胃间质瘤,与相应的食管癌比较,具有肿瘤较小、分期较早的特点,这很可能是 ECGST 的重要特征。对 14 例患者定期随访,中位随访时间为 25.5 个月,1 例患者死于食管癌复发,余下 13 例患者均无食管癌、胃间质瘤复发,提示 ECGST 预后较好。在临床上,单发的胃间质瘤,分期为 IA 期、且为极低危险度患者的预后较好。本组 14 例 ECGST 患者的间质瘤也均为 IA 期、且以极低危险性占绝对优势,故提示合并的胃间质瘤对患者生存可能无影响。

近来有报道 578 例尸检患者的胃微小间质瘤的发生率为 2.9%(17 例),间质瘤大小为 0.5~5.5 cm,其中 15 例 ≤ 1.0 cm^[9];也有学者报道 100 例尸检患者胃间质瘤的发生率为 35%、大小为 0.2~3.3 cm^[10],

上述结果提示微小胃间质瘤的发生率可能高于已报道的临床发生率。结合食管癌在我国高发,故有理由认为 ECGST 的实际发生率可能更高,而并非罕见。

本研究显示 ECGST 患者术前胃间质瘤易漏诊,故要求临床医生在食管癌的诊治过程中,要考虑到食管癌合并胃间质瘤的可能性以及胃间质瘤的特殊性;术前认真病史询问、体检,进行内镜、超声内镜、CT 等检查;术中详细探查、手术切除时密切注意;这样可能有利于减少漏诊、误诊。

[参考文献]

- [1] Chen W, He Y, Zheng R, et al. Esophageal cancer incidence and mortality in China, 2009 [J]. *J Thorac Dis*, 2013, 5(1): 19-26
- [2] 祁义军, 孟翔凌, 赵文娣, 等. 胃肠间质瘤 161 例临床病理特征和预后相关因素分析 [J]. *安徽医科大学学报*, 2012, 47(8): 963-965
- [3] Cichoż-Lach H, Kasztelan-Szczerbińska B, Słomka M. Gastrointestinal stromal tumors: epidemiology, clinical picture, diagnosis, prognosis and treatment [J]. *Pol Arch Med Wewn*, 2008, 118(4): 216-221
- [4] 李桂梅, 张佃乾, 潘素梅, 等. 胃癌/食道癌合并胃肠间质瘤 4 例报道 [J]. *临床肿瘤学杂志*, 2006, 11(11): 879-880
- [5] 卜君, 伍仁, 王晓杰, 等. 7 例胃间质瘤并发食管癌临床分析 [J]. *四川大学学报: 医学版*, 2008, 39(1): 161-162
- [6] 王洪飞, 肖秀丽, 龙汉安. 食管癌合并胃间质瘤 1 例 [J]. *泸州医学院学报*, 2011, 34(3): 227
- [7] 杨弘鑫, 陈秀峰, 张波, 等. 217 例胃间质瘤的临床特点与诊治 [J]. *中国普外基础与临床杂志*, 2012, 19(9): 951-956
- [8] Faigel DO, Abulhawa S. Gastrointestinal stromal tumors: the role of the gastroenterologist in diagnosis and risk stratification [J]. *J Clin Gastroenterol*, 2012, 46(8): 629-636
- [9] Muenst S, Thies S, Went P, et al. Frequency, phenotype, and genotype of minute gastrointestinal stromal tumors in the stomach: an autopsy study [J]. *Hum Pathol*, 2011, 42(12): 1849-1854
- [10] Kawanowa K, Sakuma Y, Sakurai S, et al. High incidence of microscopic gastrointestinal stromal tumors in the stomach [J]. *Hum Pathol*, 2006, 37(12): 1527-1535

[收稿日期] 2013-10-19