

胃黏膜上皮性肿瘤术前活检病理准确性分析

焦春花,冯亚东*,张红杰,杨树平,于莲珍,张国新

(南京医科大学第一附属医院消化内科,江苏 南京 210029)

[摘要] 目的:对胃黏膜上皮性肿瘤术前活检准确性进行分析比较,以期更好的对内镜下微创治疗进行评估。方法:收集南京医科大学第一附属医院 2015 年 9 月至 2016 年 8 月胃镜活检明确为胃黏膜上皮性肿瘤并及时行内镜下黏膜剥除术(endoscopic submucosal dissection,ESD)治疗患者共 117 例,对比分析术前活检病理结果的准确度。结果:ESD 术后病理证实术前活检准确率为 59.0%(69/117),其中术前黏膜低级别瘤变(mucosal low grade neoplasia,MLGN)准确率为 64.4%(29/45),黏膜高级别瘤变(mucosal high grade neoplasia,MHGN)准确率为 49.2%(31/63),黏膜下浸润癌(submucosal invasion by carcinoma,SIC)准确率为 100%(9/9)。术前诊断 MHGN 者术后证实为 SIC 占 42.9%(27/63)。术前病理严重程度低于 ESD 术后病理结果占 36.8%(43/117),术前病理严重程度高于术后病理结果占 4.1%(5/117)。术前诊断 SIC 准确率显著大于 MHGN 组($P < 0.01$)和 MLGN 组($P < 0.01$),而术前诊断 MLGN 组准确率显著高于术前诊断 MHGN 组($P < 0.05$),具有统计学差异。胃窦黏膜病变 ESD 术前病理准确率显著高于贲门或贲门下($P < 0.01$)和胃体($P < 0.01$),具有显著统计学差异。结论:胃黏膜病变内镜下活检对病情判断具有重要作用,但术前病理严重程度存在低于实际病变可能,尤其术前诊断胃黏膜高级别瘤变患者有一定比例已经癌变,因此结合内镜特征积极进行内镜手术治疗,对于防止延误病情、改善患者预后具有重要意义。

[关键词] 胃黏膜下浸润癌;黏膜上皮性肿瘤;活检;经内镜黏膜下剥除术;病理

[中图分类号] R735.2

[文献标志码] B

[文章编号] 1007-4368(2016)12-1502-03

doi: 10.7655/NYDXBNS20161224

随着内镜技术的发展,内镜下治疗如内镜下黏膜剥除术(endoscopic submucosal dissection,ESD)得到突飞猛进的发展,胃黏膜上皮性肿瘤能得到有效的剥除,极大的改善了患者的预后,对延长患者生命具有重要作用^[1]。2014 年胃黏膜下浸润癌内镜治疗共识意见认为黏膜内低级别瘤变(mucosal low grade neoplasia,MLGN)根治幽门螺杆菌后可定期随访或内镜下手术治疗。黏膜内高级别瘤变(mucosal high grade neoplasia,MHGN)需内镜或外科手术进行局部病变切除。然而内镜活检结果受到取材部位、深度、组织块数、内镜操作者熟练程度等因素的影响,其结果能否如实反映病变病理程度仍不十分明确^[2],近年来 ESD 被认为是对胃黏膜病变诊断及治疗性的一种可靠方法,其结果更能如实、准确的反应患者胃上皮性肿瘤的严重程度^[3]。本文对本院近 1 年内胃窦病变 ESD 手术患者进行术前术后病理结果统计分析,旨在更好的指导临床工作。

1 对象和方法

1.1 对象

收集 2015 年 9 月至 2016 年 8 月于本院行胃黏膜病变 ESD 手术患者资料共 117 例,其中男 95 例(78.5%),女 26 例(21.5%),年龄 33~85 岁,平均(61.8 ± 9.2)岁。病变部位位于胃窦者占 38.5%(45/117),胃角 24.8%(29/117),胃体 5.1%(6/117),贲门或贲门下 31.6%(37/117)。切除病灶大小 1.0~6.0 cm,平均(3.12 ± 0.51)cm。活检取材块数遵照 2014 年胃黏膜下浸润癌诊治共识意见:病变>1 cm,取标本≥2 块;病变>2 cm,取标本数≥3 块;病变>3 cm,取标本数≥4 块。取材部位位于病灶处并钳取黏膜全层。所有 ESD 手术在活检后 1 个月内进行,超出时间病例剔除。

1.2 方法

参照 2002 年胃肠道上皮内肿瘤的 WHO/Vienna 分类修订方案,MLGN 包括低级别腺瘤和低级别异型增生;MHGN 包括高级别瘤变/异型增生、非浸润性癌(原位癌)、可疑浸润癌以及黏膜内癌。黏膜下浸润癌(submucosal invasion by carcinoma,SIC)定

[基金项目] 江苏省自然科学基金青年基金(BK20151037)

*通信作者(Corresponding author),E-mail:drfengyd@126.com

义为侵袭到黏膜下层的胃黏膜上皮内肿瘤。收集所有胃上皮性肿瘤 ESD 患者术前术后病理结果进行统计分析。

1.3 统计学方法

采用 SPSS 15.0 统计软件对数据进行分析,定量资料采用均数±标准差($\bar{x} \pm s$)表示,计数资料组间比较行 χ^2 检验,计量资料组间比较行独立样本 t 检验。 $P \leq 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 ESD 术前术后病理结果分析

ESD 术前活检 117 例,其中病理结果为 MLGN 45 例(38.5%),MHGN 63 例(53.8%),SIC 9 例(7.7%)。ESD 术后大块活检病理 MLGN 34 例(29.1%),MHGN 45 例(38.5%),SIC 38 例(32.5%)(表 1)。

表 1 胃黏膜上皮性肿瘤术前活检与 ESD 术后病理结果比较 (n)

组别	术后 MLGN	术后 MHGN	术后 SIC	合计 (n)
术前 MLGN	29	14	2	45
术前 MHGN	5	31	27	63
术前 SIC	0	0	9	9
合计(n)	34	45	38	117

2.2 术前病理准确率分析

术前术后病理总体准确率 59.0%(69/117),其中术前 MLGN 组术前术后病理准确率为 64.4%(29/45),MHGN 组准确率为 49.2%(31/63),SIC 组准确率为 100%(9/9)。术前诊断 SIC 准确率显著大于 MHGN 组($P < 0.01$)和 MLGN 组($P < 0.01$),而术前诊断 MLGN 组准确率显著高于术前诊断 MHGN 组($P < 0.05$),具有统计学差异。术前诊断 MLGN 组术后诊断为 MHGN 者占 31.1%(14/45),术后诊断为 SIC 者占 4.4%(2/45)。术前诊断 MHGN 者术后证实为 SIC 占 42.9%(27/63)。术前病理严重程度低于 ESD 术后病理结果共占 36.8%(43/117),术前病理严重程度高于术后病理结果共占 4.1%(5/117)。贲门或贲门下病变 ESD 术前术后总准确率为 40.5%(17/32),胃体准确率为 16.7%(1/5),胃角准确率 56.7%(17/30),胃窦准确率 74.5%(35/47),显著高于贲门或贲门下($P < 0.01$)和胃体($P < 0.01$),前 3 个部位的术前术后准确率无明显统计学差异。

3 讨论

全球每年胃癌新发病例约 95.1 万例,死亡约

72.3 万例^[5]。近年来蓬勃发展的 ESD 技术可使胃癌癌前病变及胃黏膜下浸润癌获得内镜下根治性治疗,患者 5 年生存率超过 90%,极大的改善患者的预后^[6]。目前内镜下黏膜病变活检结果与病变真实性的一致鲜有人报道,尤其是关于 MLGN、MHGN 和 SIC 的 ESD 术前术后病理吻合率报道较少,亟需更多临床数据给予支持。

既往国内外研究报道,胃食管黏膜病变 ESD 术后病理与术前活检病理结果吻合率为 44.1%~66.0%^[7-9]。本研究结果表明,胃黏膜上皮性肿瘤患者 ESD 术前术后总病理准确率为 59%,与既往其他消化系统其他部位报道结果基本一致。活检结果受到多种因素的影响,包括操作者熟练度、病变部位、活检深度、病理医师观念差异等。其中病变部位的影响本文中予以统计分析,结果显示胃窦部位活检准确性显著高于贲门下及胃体,具有显著性差异($P < 0.05$),这与胃窦空间大、内镜易操作、活检定位较容易等因素有关,而贲门下及胃体处病变,因受到倒镜、旋转、角度等因素活检取材难度大,术前活检病理结果准确率受到明显影响,准确率下降,这与临床工作中遇到的活检难度大符合。胃窦与胃角、贲门下与胃角组黏膜病变术前活检病理结果未见显著性差异。本研究中术前病理诊断 SIC 的准确率为 100%,显著高于 MLGN 组($P < 0.01$)和 MHGN 组($P < 0.01$),因此术前活检病理结果明确为胃黏膜下浸润癌的患者,应尽快内镜下 ESD 治疗或外科手术治疗,以免延误病情,影响患者预后。既往报道 SIC 组病理结果准确性 75%~87.1%,低于本研究统计结果,可能与本研究中 SIC 组患者例数较少($n=9$)有关。术前病理诊断 MLGN 组准确率(64.4%)显著高于 MHGN 组(49.2%)($P < 0.05$),既往报道认为此两组(MLGN 49.4%,MHGN 38%)无显著差异^[10],从总体数据趋势上看,MLGN 组术前活检结果准确率均高于 MHGN 组,从而一定程度上指导临床医师对 MLGN 患者诊断的把握性更大,而 MHGN 组患者术后病理结果较术前更严重的比例更大,其统计学差异可能需要更大样本的进一步研究加以说明。此外,由于不同病理医师采用了不同的病理分类系统及诊断系标准(西方标准、日本标准及 2000 年 Vienna/WHO 分类),在早期肿瘤性病变即早期高分化腺癌还是胃黏膜高级别瘤变的诊断上存在判断差异,这种诊断差异近年来收到广泛关注并得到不断完善,以给予临床医师更好的支持^[11]。ESD 术后病理结果低于术前活检结果严重程度的病例,可能与活检恰

好完全取得了病变最严重部位有关^[12]。临床工作中,结合临床表现、相关检查以及《中国早期胃癌筛查及内镜诊治共识意见》^[13],MLGN患者可定期监测或内镜下治疗,而MHGN患者则需尽快进行ESD手术。

综上所述,胃黏膜病变术前活检结果并不能完全反映病变性质,术前MLGN近30%患者及MHGN近50%患者已存在更严重的病理性质,贲门下及胃角部位的活检因受到多种因素的影响,活检病理准确率显著降低,对于此处黏膜病变更因提高警惕,必要时缩短监测期限,定期复查胃镜及病理以免漏诊,从而尽早发现早癌,真正做到胃癌早诊早治,改善患者预后。

[参考文献]

- [1] Japanese Gastric Cancer Association. Japanese gastric cancer treatment guidelines 2010 (ver. 3) [J]. *Gastric Cancer*, 2011, 14(2): 113-123
- [2] Xu GF, Zhang WJ, Lv Y, et al. Risk factors for under-diagnosis of gastric intraepithelial neoplasia and early gastric carcinoma in endoscopic forceps biopsy in comparison with endoscopic submucosal dissection in Chinese patients [J]. *Surg Endosc*, 2016, 30(7): 2716-2722
- [3] Hyuk L, Hyunki K, Sung K, et al. The diagnosis role of endoscopic submucosal dissection for gastric lesions with indefinite pathology [J]. *Scand J Gastroenterol*, 2012, 47: 1101-1107
- [4] Dixon MF. Gastrointestinal epithelial neoplasia: Vienna revisited [J]. *Gut*, 2002, 51(1): 130-131
- [5] Ferlay J, Soerjomataram I, Dikshit R, et al. Cancer incidence and mortality worldwide: sources, methods and major patterns in GLOBOCAN 2012 [J]. *Int J Cancer*, 2015, 136(5): E359-E386
- [6] Lobe Y, Nashimoto A, Akazawa K, et al. Gastric cancer treatment in Japan: 2008 annual report of the JGCA nationwide registry [J]. *Gastric Cancer*, 2011, 14(4): 301-316
- [7] Kato M, Nishida T, Tsutsui S, et al. Endoscopic submucosal dissection as a treatment for gastric noninvasive neoplasia: a multicenter study by Osaka University ESD Study Group [J]. *J Gastroenterol*, 2011, 46(3): 325-331
- [8] 王实, 李兆申, 崔钊, 等. 食管黏膜病变术前胃镜活检及内镜黏膜下剥离术术后病理的异同 [J]. *中华消化内镜杂志*, 2015, 32(7): 432-434
- [9] 朱顺其, 卢忠生, 梁浩, 等. 胃镜活检在食管黏膜病变治疗中的价值 [J]. *解放军医学院学报*, 2014, 35(5): 427-429, 444
- [10] 张游, 令狐恩强, 卢忠生, 等. 术前活检在胃黏膜病变内镜黏膜下剥离术治疗中的价值分析 [J]. *中华消化内镜杂志*, 2012, 29(3): 151-154
- [11] 陈光勇, 张澍田, 石晓燕, 等. 60例胃内镜下黏膜剥离术标本胃异型增生/早期癌的病理学观察——病理诊断差异的原因探讨 [J]. *中华病理学杂志*, 2015, 44(1): 21-26
- [12] Yang MJ, Shin SJ, Lee KS, et al. Non-neoplastic pathology results after endoscopic submucosal dissection for gastric epithelial dysplasia or early gastric cancer [J]. *Endoscopy*, 2015, 47(7): 599-605
- [13] 中华医学会消化内镜学分会, 中国抗癌协会肿瘤内镜专业委员会. 60例胃内镜下黏膜剥离术标本胃异型增生/早期癌的病理学观察 [J]. *中华消化内镜杂志*, 2014, 31(7): 361-377

[收稿日期] 2016-06-07