

doi:10.3969/j.issn.1003-6350.2012.10.018

• 临床经验 •

小肠间质瘤致急性消化道大出血22例临床分析

陈引香,陈建发*,傅明,李萍,谢奎龙,冯巧智,朱文彬

(中国人民解放军第422中心医院普外科,广东 湛江 524009)

【摘要】目的 总结并发急性消化道大出血的小肠间质瘤的临床特点和诊治方法。**方法** 对近5年来合并急性消化道大出血的22例小肠间质瘤患者的临床和病理资料进行回顾性分析。**结果** 22例均行肿瘤完整性切除,18例于切除肿瘤后行温热蒸馏水浸泡腹腔。术后1例死于多脏器功能衰竭,余21例均治愈出院。随访2~73个月,失访2例。出现肝转移2例,腹腔复发4例(1例死亡,3例仍存活)。**结论** 合并急性消化道大出血的小肠间质瘤瘤体巨大,具有高度恶性危险度和易发生腹腔种植和肝脏转移的特点。诊断首选DSA检查,不但可以早期诊断出血原因,同时可以确定病变位置。以完整的外科手术切除为主的综合治疗是小肠间质瘤合并急性消化道大出血的最佳治疗方法。

【关键词】 小肠间质瘤;小肠出血;血管造影;CD₁₁₇;CD₃₄;诊断;治疗【中图分类号】 R735.3² 【文献标识码】 A 【文章编号】 1003—6350(2012)10—045—02

Clinical analysis of acute massive alimentary tract bleeding caused by intestinal stromal tumor: a report of 22 cases. CHEN Yin-xiang, CHEN Jian-fa, FU Ming, LI Ping, XIE Kui-long, FENG Qiao-zhi, ZHU Wen-bin. Department of General Surgery, the 422nd Hospital of PLA, Zhanjiang 524009, Guangdong, CHINA

【Abstract】 Objective To summarize the clinical characteristics, diagnosis and treatment of acute massive alimentary tract bleeding caused by intestinal stromal tumor. **Methods** The clinical and pathological manifestation of 22 patients diagnosed as intestinal stromal tumor complicated with acute massive alimentary tract bleeding during the past 5 years were analyzed retrospectively. **Results** All the 22 patients were in the high-risk category according to the Fletcher grading standards and received complete resection of the tumor, among which 18 received celiac immersion with warm distilled water after the removal of the tumor. One patient died of postoperative multiple organ failure, and 21 patients were cured. Patients were followed up for 2 months to 73 months, with 2 cases dropout. Hepatic metastases and peritoneal recurrence were detected in 2 cases and 4 cases respectively (1 case died, 3 cases survived).

Conclusion Intestinal stromal tumors complicated with acute gastrointestinal bleeding share some similar features, such as huge in size, high-risk malignant and high risk to peritoneal recurrence or hepatic metastases. DSA is one of the best methods of diagnosis, which not only help confirm the reason for bleeding at early stage, but also help locate the lesion. Comprehensive treatment based on surgery was the best therapy for intestinal stromal tumor combined with acute massive gastrointestinal bleeding.

【Key words】 Intestinal stromal tumor; Intestinal bleeding; DSA; CD₁₁₇; CD₃₄; Diagnosis; Treatment

小肠出血病因中,肿瘤占首位(44.6%~62.1%),主要是间质瘤^[1]。因小肠的解剖特点和临床检查手段的局限性,小肠出血的早期诊断比较困难,从而延误治疗。因此,充分认识该疾病的临床特点和诊治方法有助于该病的早期诊断和及时治疗,提高临床治疗效果。我们对22例小肠间质瘤致急性消化道大出血的临床资料进行回顾性分析,以探讨小肠间质瘤并发急性消化道大出血的临床特点和诊治方法。

1 资料与方法

1.1 一般资料 2005年1月至2010年12月我院住院手术并经病理及免疫组化检查确诊的小肠间质瘤并发急性小肠大出血患者22例,男13例,女9例;

年龄42~68岁(平均54.2岁)。均以急性消化道大出血伴失血性休克入院。

1.2 研究方法 建立所有患者临床资料excel数据库,分析其临床特点、临床诊断方法、肿瘤生长部位和大小、病理学分析。对所有患者均进行门诊和电话随访。

1.3 临床表现 均以解暗红色至鲜红色血便入院。首次出血8例,有反复出血史14例。病程1 d~4年不等,中位确诊时间6.1个月。入院时收缩压30~94 mmHg(1 mmHg=0.133 kPa),平均(73.91 ± 13.54) mmHg,脉搏92~146次/min,平均(109 ± 12.29)次/min,血红蛋白37~101 g/L,平均(71.64 ± 16.85) g/L。

作者简介:陈引香(1974—),女,海南省海口市人,主管护师,学士。

*通讯作者:陈建发。E-mail:chenjf623@163.com

1.4 诊断方法 入院后先行抗体克治疗,同时给予局部和全身止血治疗(包括制酸、生长抑素和垂体后叶素等辅助治疗)。经治疗4例在出血得到控制后行相应检查,18例出血不能控制而行急诊肠系膜上动脉数字减影血管造影(DSA)检查。22例DSA检查表现:16例出现造影剂外溢,表现为肠腔造影剂聚积。22例出现肠壁内血管扩张扭曲,局部血管密集,粗细不均,周围部分血管边缘模糊,肿瘤供血血管明显增粗。

1.5 肿瘤生长部位和大小 生长部位:空肠10例,回肠12例。肿瘤生长方式:腔外型19例,腔内型2例,壁内型1例。肿瘤长径6.0~16.3 cm,平均(10.2 ± 2.68) cm。

1.6 病理分析及免疫组化 肿瘤病理检查显示:梭形和上皮样瘤细胞呈束状、编织状或弥漫性排列。瘤细胞呈梭形、圆形或多边形,胞质淡嗜伊红色或较透明,胞核呈短梭形或卵圆形,可见核仁。血管丰富,核分裂像多见。可见出血、灶性坏死和囊性变。根据Fletcher分级标准^[2],22例患者均符合高度恶性危险度(直径>5 cm且核分裂像>5个/50 HPF;直径>10 cm或核分裂像>10个/50 HPF)。免疫组化:CD₁₁₇阳性率为90.9%(20/22),CD₃₄阳性率为72.7%(16/22),均呈弥漫性阳性高度表达,而MSA阳性率为9.1%(2/22),S-100阳性率为13.6%(3/22),actin阳性率为13.6%(3/22),desmin阳性率为9.1%(2/22)。

2 结 果

22例空回肠间质瘤均行肿瘤完整性切除(肿瘤及近远侧5~10 cm正常肠段)。18例患者于切除肿瘤后行温热蒸馏水浸泡腹腔(早期4例未做)。术后1例死于多脏器功能衰竭,余21例均治愈出院。术后接受格列卫治疗3例。随访2~73个月,平均(28.3 ± 7.8)个月。失访2例。出现肝转移2例(1例死于术后2年,另1例仍存活),腹腔复发4例(3例为早期内行温热蒸馏水浸泡腹腔患者;1例死亡,3例存活)。

3 讨 论

胃肠道间质瘤是一类起源于胃肠道Cajal细胞或与Cajal细胞同源的间叶干细胞,表达c-kit蛋白(CD₁₁₇),常见梭形、上皮样,偶见多形性细胞的间叶性肿瘤^[3]。可发生于胃肠道任何部位,以胃区最常见(60%),其次是小肠(20%~30%)、结直肠(10%)和食管(<5%),常见可原发于网膜、肠系膜和腹膜后^[4-6]。小肠间质瘤无特异性临床表现,主要表现为腹痛、消化道出血、贫血、腹部肿块等^[7]。消化道出血是小肠间质瘤的常见症状之一,大多是间歇性反复发作的慢性少量出血^[8]。结合本组病例特点,并发急性大出血的小肠间

质瘤具有以下特点:(1)瘤体巨大,多在5.0 cm以上,平均长径达10.2 cm;(2)肿瘤血管异常丰富且管径呈怒张状态;(3)病理学Fletcher分级均为高度恶性危险度;(4)易出现腹腔种植和肝脏转移。

虽然胶囊内镜和双气囊小肠镜对小肠出血具有较高的诊断价值^[1,7-8],但小肠大出血时均难以实施。临幊上若怀疑小肠大出血时,我们主张尽早行DSA检查,不但可以早期诊断出血原因,同时可以确定病变位置。小肠间质瘤并发大出血时的DSA可表现为^[9]:(1)造影剂外溢:出血量达到0.5 ml/min时可出现肠腔造影剂聚集成团。出血量大时可显示小肠的黏膜像。(2)肿瘤部位血管密集,粗细不匀,分布紊乱呈乱发状。供血动脉明显增粗,周围血管边缘模糊。

小肠间质瘤对放化疗不敏感^[10],完整的外科手术切除是小肠间质瘤合并大出血的首选方法。由于合并大出血的小肠间质瘤具有高度恶性危险度和易发生腹腔种植和肝脏转移的特点,外科手术应注意以下几点:(1)强调完整切除肿瘤,即将肿瘤近远端5~10 cm正常肠段一并切除。如有邻近器官浸润,可考虑多脏器联合切除。(2)严格无瘤观念:不直接接触和挤压肿瘤;切除瘤体前先阻断肿瘤营养血管。(3)常规行43℃温热蒸馏水腹腔浸泡化疗。(4)术后应定期复查。(5)术后建议行甲磺酸伊马替尼(Imatinib,格列卫)治疗。

参 考 文 献

- [1] 钟 捷,张晨莉,马天乐,等. 双气囊小肠镜与胶囊内镜诊断小肠出血病因比较[J]. 中华消化杂志, 2004, 24(12): 741-744.
- [2] Fletcher CD, Berman JJ, Corless C, et al. Diagnosis of gastrointestinal stromal tumors: A consensus approach [J]. Hum Pathol, 2002, 33(5): 459-465.
- [3] Bauer S, Hartmann JT, Wit M, et al. Resection of residual disease in patients with metastatic gastrointestinal stromal tumors responding to treatment with imatinib [J]. Int J Cancer, 2005, 117(2): 316.
- [4] Levv AD, Remotti HE, Thompson WM, et al. Gastrointestinal stromal tumors radiologic features with pathological correlation (Review)[J]. Radiographics, 2003, 23(2): 283-304.
- [5] 侯英勇,王 坚,朱雄增,等. 胃肠道间质瘤76例的临床病理及免疫组织化学特征[J]. 中华病理学杂志, 2002, 31(1): 20-25.
- [6] Davila RE, Faigel DO. GI stromal tumors [J]. Gastrointest Endosc, 2003, 58(1): 80-88.
- [7] 布小玲,王启仪,沙卫红,等. 小肠间质瘤临床特点及诊断分析[J]. 现代消化及介入治疗, 2010, 15(3): 141-143.
- [8] 牛应林,吴咏冬,冀 明,等. 小肠间质瘤并发消化道出血15例临床分析[J]. 临床内科杂志, 2007, 24(11): 744-745.
- [9] 明建中,孙 斌,曾志斌,等. 小肠胃肠道间质瘤DSA表现与病理分析[J]. 现代医用影像学, 2009, 18(6): 346-348.
- [10] 阮洪军,陶厚权,赵仲生,等. 小肠间质瘤56例临床诊治分析[J]. 浙江实用医学, 2009, 14(4): 311-313.

(收稿日期:2011-12-12)