

32 例胃肠道类癌的临床病理治疗及预后

李仲宏¹, 梁 健², 黄开红³, 闵 军⁴

(广东省江门市人民医院 1. 外科, 2. 消化内科, 广东 江门 529000;
中山医科大学孙逸仙纪念医院 3. 消化内科, 4. 外科, 广东 广州 510120)

摘要: 【目的】探讨胃肠道类癌的临床及病理特点、诊断与治疗方法。【方法】对 1980~2000 年 32 例胃肠道类癌的临床资料和 31 例患者 1~5 年的随访资料进行回顾性分析。【结果】所有患者均接受手术治疗并经病理证实, 包括阑尾类癌 10 例, 结肠类癌 8 例, 直肠类癌 7 例, 胃类癌 4 例, 小肠类癌 2 例, 十二指肠类癌 1 例。32 例胃肠道类癌中, 良性类癌 25 例, 恶性类癌 7 例。8 例患者术前经内镜活检证实, 4 例出现恶性类癌综合征。在平均 29 个月的随访中, 7 例患者死于转移。【结论】胃肠道类癌大小、有无浸润及远处转移是判断胃肠道类癌良恶性的主要依据。胃肠道类癌的良、恶性是影响预后的主要因素, 手术治疗为其首选的治疗方法。

关键词: 胃肿瘤/外科学; 肠肿瘤/外科学; 类癌瘤/外科学

中图分类号: R375 **文献标识码:** A **文章编号:** 1000-257X(2001)05-0395-04

Clinical Pathology, Treatment and Prognosis in 32 Cases of Carcinoid Tumors of Gastrointestinal Tract

LI Zhong-hong¹, LIANG Jian², HUANG Kai-hong³, MIN Jun⁴

(1. Department of Surgery, 2. Department of Gastroenterology, Jiangmen People's Hospital, Jiangmen 529000;
3. Department of Gastroenterology, 4. Department of Surgery, Sun Yat-sen Memorial Hospital,
Sun Yat-sen University of Medical Sciences, Guangzhou 510120, China)

Abstract: 【Objective】To explore the clinical and pathologic characteristics, diagnostic and therapeutic methods for gastrointestinal carcinoid tumors (GICT). 【Methods】From 1980 to 2000, 32 cases with GICT were treated in our hospital, their clinical data including 1~5 years follow-up data in 31 cases were analyzed retrospectively. 【Results】All of the patients with GICT including appendix in 10, colonic in 8, rectal in 7, gastric in 5, intestinal in 1, duodenal in 1, were treated by surgical excision and confirmed by biopsy at endoscopy or surgery. 8 cases of GICT were found by biopsy at endoscopy before operation. 7 tumors were malignant and 25 benign. 4 patients showed carcinoid syndrome. During an average follow-up of 29 months, 7 patients died of metastases. 【Conclusion】Benign or malignant GICT depends on tumor size, local lymph node invasion and distant metastases. The prognostic factor is based on benign or malignant tumors. Operation may be the first choice for such patients.

Key words: stomach neoplasms/surgery; intestinal neoplasms/surgery; carcinoid tumor/surgery

胃肠道类癌(GICT)约占胃肠道肿瘤的 0.4%~1.8%, 占有所有肿瘤的 0.05%~0.2%^[1]。GICT 为罕见的疾病之一, 临床诊断困难, 国内少有报道。本文作者总结了江门市人民医院及中山医科大学

孙逸仙纪念医院 1980~2000 年经手术和病理证实 32 例 GICT 患者的临床包括内镜、X 线检查表现, 分析其病理特点及治疗方法, 以期提高对 GICT 的认识和诊治水平。

收稿日期: 2001-03-16

基金项目: 广东省江门市科委科研基金资助项目(2000163)

作者简介: 李仲宏(1944-), 男, 广东新会人, 副主任医师, 中山医科大学兼职副教授。

1 材料和方法

1.1 一般资料

本组 32 例 GICT 病人, 男 19 例, 女 13 例, 男女之比为 1.5 : 1。年龄 28~76 岁, 中位年龄 58.3 岁。病程 5 个月至 4.5 年, 平均为 2.8 年。临床表现主要为腹痛 23 例(71.9%), 排便习惯改变 18 例(56.3%), 消瘦 12 例(37.5%), 粘液脓血便 9 例(28.1%), 不完全性肠梗阻 3 例(9.4%), 腹部包块 3 例(9.4%) 等。4 例出现类癌综合征者(12.5%), 病人出现反复出面部潮红、心悸、气喘及腹泻, 其中 2 例小肠类癌 24 h 尿 5-羟吲哚醋酸(5-hydroxyindoleacetic acid, 5-HIAA)测定均大于 30 mg/d(本院正常值为 2~8 mg/d)。

1.2 诊断过程

本组患者均作手术或内镜治疗, 术后病理证实为类癌。其中位于阑尾 10 例, 结肠 8 例, 直肠 7 例, 胃 4 例, 回肠末端 2 例, 十二指肠 1 例。10 例阑尾类癌术前诊断急慢性阑尾炎, 其中 4 例术后病理证实为类癌, 6 例经嗜银染色和亲银染色以及免疫组织化学检查进一步确诊。2 例回肠末端类癌出现不完全肠梗阻行剖腹探查。20 例胃、结直肠类癌中, 18 例作内镜检查, 8 例活检为类癌, 10 例内镜下拟诊为息肉、恶性肿瘤等, 活检疑低分化腺癌、炎症息肉、腺瘤样息肉、慢性炎症分别有 6 例、2 例、1 例、1 例。结肠、直肠与回肠末端类癌各有 1 例患者发生肝转移(共 3 例), 其中有 1 例合并骨转移。淋巴结转移 4 例。本组 16 例 GICT 行胃肠 X 线钡剂双层对比造影检查, 9 例有 X 线阳性改变。

2 结果

2.1 临床特点

本组资料 GICT 发病平均年龄和男女比率与国内报告相近, 临床以腹痛、排便习惯改变、消瘦、粘液脓血便、不完全性肠梗阻及腹部包块等为主要表现, 类癌综合征为特征性的临床表现, 但由于本病罕见, 常易误诊, 本组病人术前均多误诊为阑尾炎、内镜下及 X 线钡剂造影检查误诊为胃肠息肉及恶性胃肠癌等, 经内镜活检或术后病理检查确诊。

2.2 病理学特征

本组资料显示以阑尾类癌最多, 占 31.3%。依

次为结肠(25.0%)、直肠(21.9%)、胃(12.5%)、小肠(6.3%)、十二指肠(3.1%)。肿瘤大小: 直径小于 1 cm 12 例(37.5%), 1~2 cm 2 例(6.3%), 2~5 cm 17 例(53.1%), 其中 10 例阑尾类癌直径均小于 1 cm。阑尾类癌位于尖端 5 例, 体部 3 例, 基底部 2 例。结肠类癌 5 例位于盲肠, 其中 1 例伴有结肠多发息肉, 3 例位于降结肠, 直径均大于 2 cm。4 例胃类癌按 Rindi 胃类癌分型^[2]: I 型 1 例, 位于胃底, 为单发肿物, 直径大于 2 cm, 合并萎缩性胃炎; II 型 3 例, 呈散发性息肉样改变, 但无恶性表现。病理资料显示类癌标本切面呈黄色或黄褐色, 多数境界清晰。25 例组织学表现为为团块状或巢状生长, 呈岛状及腺管状排列; 7 例癌细胞弥漫分布, 浸润生长。由于类癌细胞间变不明显, 核分裂相不多, 典型类癌光镜下表现为排列整齐的卵圆形细胞, 胞浆含有分泌颗粒。本组 9 例病例需要靠嗜银和亲银染色免疫组化检查予以确诊。以是否有转移及其对周围组织的浸润程度作为判断良恶性标准, 本组良性类癌 25 例, 占大多数, 以阑尾为多见, 依次为直肠、胃、结肠和小肠, 病理切片见肿瘤仅限于粘膜下层, 无浆膜转移。7 例恶性类癌肿瘤直径均大于 2 cm, 表面有糜烂或溃疡, 病理切片发现肿瘤已浸及肌层或伴有淋巴结及肝转移者。

2.3 治疗与预后

31 例患者术后随访 1~5 年, 平均随访 29 个月, 随访率 96.9%。本组 10 例阑尾类癌均小于 1 cm, 无 1 例转移, 仅作阑尾切除, 术后随访 3~5 年, 均健在。2 例小肠类癌均大于 2 cm, 行病变小肠、区域性淋巴结及右半结肠切除术, 1 例 3 年后死于肝转移, 1 例术后 2 年仍健在。4 例胃类癌均行根治性手术切除, 3 例术后 2 年内死于转移复发。1 例十二指肠类癌及 1 例直肠类癌小于 1 cm 行内镜电切术, 术后 3 年未见复发。结肠类癌肿物直径大于 2 cm, 行半结肠切除并局部淋巴结清除术, 术后 1 例 1 年死于转移。4 例直肠类癌大于 2 cm, 均行根治性切除, 其中 2 例肿瘤分别侵犯浆膜或伴有淋巴结转移, 术后 1 年内均死于复发, 另 2 例随访 3 年无复发。2 例直肠类癌小于 2 cm, 仅行局部切除术, 术后随访 5 年无复发。本组有肝转移患者除行肿瘤姑息切除外并行肝转移灶局部切除术, 但均在 1~2 年内死于肿瘤广泛转移。

3 讨论

本组 GICT 发病年龄趋向于老年, 男性稍多于女性; 发生部位以阑尾最多, 依次为结肠、直肠、胃等, 与文献报道类似^[3]。GICT 一般生长缓慢, 早期多无临床症状, 或症状不典型, 无特异性, 常因出现急慢性阑尾炎、血便、大便习惯的改变、腹部疼痛就诊。本组有类癌综合征者仅占 12.5% (4/32), 稍高于文献报道^[4,5], 均发生于有转移的恶性类癌。

GICT 的预后与病变性质、是否伴有转移密切相关。本组死亡的 7 例均为恶性且伴有转移的病人。因此诊断 GICT 时应明确肿瘤是良性还是恶性, 是否伴有转移。转移是临床上诊断恶性 GICT 的标准, 本组 7 例 GICT 伴有转移, 均为恶性类癌。组织学可从肿瘤对周围组织的浸润作出初步判断, 进一步证实则需 Grimelius 和 Masson-Fatana 嗜银和亲银染色, 部分病例尚需免疫组化或电镜检查进行判别。本组有 6 例即系银染与免疫组化方法确诊。文献报道^[3] 结肠和小肠发生转移较直肠多见, 可能与解剖位置和结肠类癌潜在恶性程度有关, 本组病例亦以结肠和小肠转移为多见。

GICT 因患病率低和不典型的临床表现是难以作出早期诊断的主要原因。根据本组病例的临床特征, 作者体会可从以下几方面提高 GICT 的早期诊断率。(1) 重视每一部位类癌的特点: ① 阑尾类癌: 由于阑尾腔窄小, 较小肿瘤即可引起阻塞导致急慢性阑尾炎, 本组 10 例阑尾类癌初诊均为急慢性阑尾炎, 因此在术中及术后病理诊断时应注意是否有类癌存在。② 胃及结直肠类癌: 通常为粘膜下肿瘤。本组内镜与 X 线检查多表现为粘膜结节或为无蒂息肉样隆起, 基底较宽, 质偏硬, 部分表面可有溃烂及坏死病灶形成, 少数呈多发性息肉样隆起, 这类病人应注意与消化道溃疡、息肉及其它恶性肿瘤鉴别, 特别是大于 2 cm 的粘膜下肿块应警惕本病的可能。③ 小肠类癌: 可表现为不全性肠梗阻或肠套叠, 本组 2 例回肠末端类癌均表现为不全性肠梗阻。(2) 提高对类癌综合征的临床认识: 本组出现类癌综合征的病例均为恶性病变, 因此出现类似临床症状的病人应怀疑类癌的存在, 必要时可做内分泌学检查如 24 h 尿 5-HIAA 测定, 如 5-HIAA 高于 30 mg/d 基本可明确诊断。

GITC 的治疗仍以手术治疗为主, 治疗方式是依据肿瘤部位, 大小及有无转移确定。小于 1 cm 的类癌一般不发生转移, 可行局部切除或内镜电切; 1~2 cm 者行局部扩大或广泛切除; 大于 2 cm 者或已侵及肌层者, 应行根治性手术。大于 1 cm 者, 特别是有浆膜浸润者, 宜行术中快速冰冻病理检查, 确诊后应行根治性手术^[5]。本组 1 例直肠及 1 例十二指肠类癌行内镜电灼切除术, 术后随访无复发。源于胚胎时期中肠的近端结肠类癌有潜在的恶变可能, 多数学者主张行根治性切除^[4~6]。本组小肠及结肠类癌多在术前已有转移, 术后多于 1~2 年内死于肝及全身肿瘤转移。胃类癌属交界性肿瘤的范畴, 治疗原则应同胃癌, 一经诊断应早期手术治疗^[6], 对于肿瘤直径大于 2 cm 者应行根治性手术, 但术后仍有较高的复发率^[7], 本组 4 例胃类癌术后有 3 例复发。作者体会, 对于大于 2 cm 的类癌, 在无法确定其良恶性时, 尽量行相对规范的区域性根治性手术。

参考文献:

- [1] Bax NDS, Woods H F, Bathelor A, *et al.* Clinical manifestations of carcinoid disease [J] . World J Surg, 1996, 20(1): 142.
- [2] Rindi G, Bordi G, Rappel S, *et al.* Gastric carcinoids and neuroendocrine carcinomas; pathogenesis pathology and behavior [J] . World J Surg, 1996, 20(1): 132.
- [3] Stinner B, Kisker O, Zielke A, *et al.* Surgical management for carcinoid tumors of small bowel appendix colon and rectum [J] . World J Surg, 1996, 20(1): 183.
- [4] Gerstle J T, Kauffman G L, Koltun W A, *et al.* The incidence, management, and outcome of patients with gastrointestinal carcinoids and second primary malignancies [J] . J Am Coll Surg, 1995, 180(4): 427.
- [5] Creutzfeldt W. Carcinoid tumor; development of our knowledge [J] . World J Surg, 1996, 20(1): 126.
- [6] 桑新亭, 高维生, 唐伟松, 等. 胃类癌的诊断与治疗 [J] . 中华外科杂志, 1999, 37(3): 151.
- [7] Gunter K, Philipp V H, Carlo G, *et al.* Pathology and nomenclature of human gastrointestinal neuroendocrine (carcinoid) tumors and related lesions [J] . World J Surg, 1996, 20(1): 132.

(编辑 张敏瑞)