

胃类癌一例

王志群, 李坤成

【中图分类号】R735.2; R814.2 【文献标识码】D 【文章编号】1000-0313(2007)06-0662-01

病例资料 患者,女,68岁,主因腹痛伴上消化道出血急诊入院。上消化道造影考虑胃后壁溃疡性占位病变,不能排除胃癌(图1)。

CT检查考虑胃占位病变的可能大,伴淋巴结肿大(图2)。

胃镜:胃体大弯侧可见2.5 cm×3.0 cm的隆起性病变,其中可见1.0 cm×0.8 cm的溃疡(A2)期,取活检胃角切迹黏膜光滑,十二指肠未见异常。

手术所见:探查腹腔见肿瘤

位于胃体后壁,肿瘤呈溃疡性肿块,大小约2.5 cm×2 cm,未侵及浆膜,术中决定行胃癌根治术并淋巴结清扫,切除肿瘤后送病理。

病理诊断:镜下胃黏膜组织见肿瘤组织浸润,瘤细胞主要呈圆形、类圆形、短梭形,有轻度异型性,呈片状分布,为类癌结构,肿瘤侵及深肌层,淋巴结转移性癌。

讨论 类癌是一种可发生于全身多种器官的神经内分泌肿瘤,胃肠道类癌临床少见,胃肠道类癌在消化系统肿瘤中所占比例,文献报道约1.0%~1.5%,起源于胃肠黏膜隐窝深部的嗜铬细胞,又称APUD细胞,这些细胞是散布于传统内分泌腺以外的内分泌细胞,类似神经细胞的特点,故又称神经内分泌细胞^[1]。对照病理,本例属恶性类癌。

胃肠道类癌平均发病年龄60岁,无男女性别差异,胃肠道类癌早期无特异性表现,可发生在胃肠道的任何部位,其中以阑尾最常见,其余依次为小肠直肠,结肠和胃。发生于结肠和胃相对更少见。胃肠道类癌诊断比较困难,早期无特异性表现。类癌位于胃者可出现胃溃疡类似症状。胃类癌为不亲银性由于缺乏芳香氨基酸脱羧酶,故5-羟色胺(5-HT)生成较少,类癌综合症发生率较小,本例未见明确类癌综合症表现。

典型的胃类癌发生于胃黏膜固有层下部黏膜肌层上部,因此肿瘤常浸润黏膜下层,却很少有更深层浸润。胃类癌的影像征象有以下几点:①息肉样表现:早期病变可为壁内新生物,呈息肉状向腔内隆起,广基粗蒂,其上被覆正常黏膜,表面多伴有糜烂和溃疡。X线所见为光滑圆形充盈缺损,缺损中部有时可

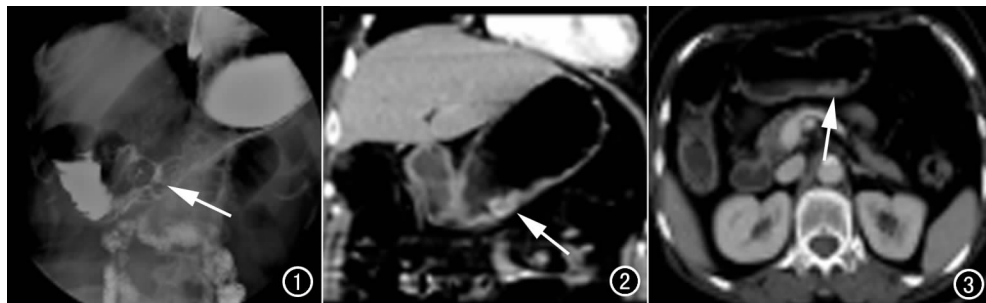


图1 上消化道造影示胃体大弯侧后壁一2.9 cm×3.0 cm大小的含有较小龛影的类圆形充盈缺损,边缘光整,龛影呈三角形,形态不规则。图2 CT示胃体大弯侧胃后壁不规则增厚,强化,其内似可见小龛影。a) 强化后冠状面; b) 轴面。

见钡斑,说明中央有溃疡。②平滑肌瘤样表现:似壁内型充盈缺损,境界清楚,多为黏膜下病变,黏膜无破坏,但中心部常有溃疡,溃疡发生率据文献报道约为40%。③癌样表现:最常见的是边缘隆起的癌性溃疡,隆起边缘锐利整齐,中心部溃疡大而浅,有的则呈典型的半月综合征^[2,3]。本例术前钡餐表现为平滑肌瘤样改变,边缘光滑,与常见典型胃癌X线表现不同,但CT表现为腔内占位,且有明确淋巴结转移,术后病理证实为类癌。

胃类癌需注意与胃息肉、胃平滑肌瘤及胃腺癌进行鉴别。当X线检查发现环堤状充盈缺损的边缘整齐锐利,中央部溃疡壁龛不规则者则应考虑到胃类癌的可能。

治疗原则上,类癌直径在1 cm以下行局部切除,1~2 cm作局部扩大切除,超过2 cm且有肌层侵犯及淋巴结转移、局部或扩大切除术后复发者应做根治性切除术伴淋巴结清扫^[4]。本例为恶性类癌,且有淋巴结转移,故行根治性手术并淋巴结清扫。

参考文献:

- [1] 桑新亭,高维生,唐伟松. 胃类癌的诊断与治疗[J]. 中华外科杂志, 1999,37(3):151-153.
- [2] 王佰祥,王银昌. 胃类癌11例X线表现分析[J]. 临床误诊误治杂志, 2005,18(9):683.
- [3] 李松年,邹万忠,谢敬霞,等. 胃肠道类癌X线及病理研究[J]. 中华放射学杂志, 1981,15(1):8-12.
- [4] Shinohara T, Ohya S, Naqano H, et al. Minute Gastric Carcinoid Tumor with Regional Lymph Node Metastasis[J]. Gastric Cancer, 2003,6(4):262-266.

(收稿日期:2006-08-15)

作者单位: 100053 北京,首都医科大学宣武医院医学影像学部放射科

作者简介: 王志群(1975-),男,河北人,住院医师,硕士,主要从事影像诊断工作。