

文章编号:1005-6947(2005)10-0728-02

·胃、结直肠癌专题研究·

原发性胃恶性淋巴瘤的诊断与治疗

蔡阳, 朱玮, 封光华, 叶静, 方欣

(浙江省杭州市第一人民医院 普通外科, 浙江 杭州 310006)

摘要:目的 探讨原发性胃恶性淋巴瘤的诊断、治疗方法及预后。方法 回顾性分析8年间收治的21例原发性胃恶性淋巴瘤的诊治资料。诊断手段包括钡餐、胃镜、B超和CT检查,全部行手术治疗,大部分辅以化疗。结果 临床表现以上腹痛、消化道出血、消瘦和腹部肿块多见,手术切除率为90.5%。5年生存率为57.1%。结论 早期诊断、根治性手术、综合治疗是获得良好预后的关键。

关键词:胃肿瘤/诊断;淋巴瘤,恶性/诊断;预后

中图分类号:R735.2; R733.41

文献标识码:A

Diagnosis and treatment of primary gastric malignant lymphoma

CAI Yang, ZHU Wei, FENG Guang-hua, YE Jing, FANG Xin

(Department of General Surgery, Hangzhou First People's Hospital, Hangzhou 310006, China)

Abstract: Objective To explore the diagnosis, treatment and prognosis of primary gastric malignant lymphoma (PGML). Methods The diagnosis and treatment data of 21 cases of PGML admitted in our hospital during 8 years was retrospectively analyzed. The diagnostic methods included barium meal examination, gastroscopy, B type ultrasonography, and CT scan. All patients underwent operative treatment and most of the patients received adjuvant chemotherapy. Results Upper abdominal pain, digestive tract bleeding, emaciation and abdominal mass were common clinical manifestations of PGML. The resectability rate of PGML was 90.5% while the 5-year survival rate was 57.1%. Conclusions The key to a satisfactory prognosis was early diagnosis, radical curative operation and combined treatment.

Key words: Stomach Neoplasms/diag; Lymphoma, Malignant/diag; Prognosis

CLC number: R735.2; R733.41

Document code: A

原发性胃恶性淋巴瘤(primary gastric malignant lymphoma, PGL)临床患病率低,仅为胃恶性肿瘤的1%~4%^[1]。临床表现缺乏特异性,治疗的方法和预后与胃的其他恶性肿瘤不同。目前尚缺乏理想规范的治疗方案。我院自1995~2003年收治21例PGL,现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

本组21例,占同期胃恶性肿瘤的3.2%(21/656),其中男15例,女6例;年龄22~71岁,中位年龄45.6岁。病程1个月至3年,中位病程4个月。21例均符合Dawson诊断标准^[2]:全身无病理

性浅表淋巴结肿大;胸片无纵隔淋巴结肿大;白细胞总数及分类正常。临床表现:上腹痛17例(80.9%),消化道出血14例(66.7%),消瘦12例(57.1%),腹部肿块10例(47.6%),发热7例(33.3%),贫血7例(33.3%),呕吐4例(19.0%);穿孔1例(0.04%)。术前18例上消化道X线钡餐检查,诊断胃癌14例(77.8%),胃溃疡3例(16.7%),胃恶性淋巴瘤仅1例(0.06%)。胃镜检查20例,诊断胃癌12例(60.0%),胃溃疡4例(20.0%),PGL4例(20.0%)。B超检查20例,CT检查10例均未提示本病。

1.2 病理检查与分期

1.2.1 部位 病变位于全胃4例,贲门部1例,胃体部10例,胃窦部6例。

1.2.2 大体类型 巨块型3例,肿瘤最大直径12cm;溃疡型13例,溃疡范围最小3cm×2cm,最大11cm×8cm;弥漫浸润型4例,结节型1例。胃周淋巴结转移15例(71.4%)。

1.2.3 组织学分型 按国际分类法分为10

收稿日期:2004-09-10; 修订日期:2005-03-18。

作者简介:蔡阳(1968-),男,浙江杭州人,浙江省杭州市第一人民医院副主任医师,主要从事胃肠肿瘤方面的研究。

通讯作者:蔡阳 0571-87065701(O), 13867136969(手机); E-mail:caiy68@hotmail.com。

类^[3],本组以B细胞性恶性淋巴瘤为主,T细胞性恶性淋巴瘤仅1例。

1.2.4 临床分期 参照Nagvi法和Ann Arbor分期标准^[4],依手术所见分期。I_E期病变局限于胃;II_E期有胃周淋巴结转移,无穿孔及腹膜炎;III_E期肿瘤侵及肝、脾等邻近器官,无广泛穿孔及腹膜炎;IV_E期肿瘤起源于胃,有远处转移。本组I_E期6例,II_E期9例,III_E期3例,IV_E期3例。手术证实病变局限于胃及引流区域淋巴结;肝、脾正常。

2 治疗及结果

2.1 治疗方法

全组均行手术治疗,其中全胃切除4例,胃大部切除14例,全胃切除加横结肠切除1例,胃空肠短路术加活检术2例。手术切除率为90.5%(19/21)。20例术后进行了化学治疗,主要采用的是CHOP方案(环磷酰胺、阿霉素、长春新碱和强的松),一般为6~8疗程。

2.2 结果

2.2.1 手术并发症及死亡 1例全胃切除术后发生急性呼吸窘迫综合征于第7天死亡;其余均发生严重术后并发症。

2.2.2 随访 18例随访1~12年,中位时间为65个月,失访2例,5年生存率为60.0%(12/20)。随访术后3年死于脑出血1例,术后5~12年发生肿瘤复发2例,骨转移2例,肺转移1例。I_E,II_E期5年生存率为73.3%(11/15);III_E,IV_E期5年生存率为16.7%(1/6)。

3 讨论

由于PGL起病隐袭,早期临床表现不明显,晚期又与胃癌、胃溃疡相似,临床误诊率高。提高PGL的早期诊断率很重要。诊断本病的辅助检查主要有钡餐造影和胃镜检查。有诊断意义的X线表现为黏膜表面多个圆形不规则充盈缺损,即“鹅卵石”样变。本组有2例表现为胃后壁或小弯侧有大而浅的充盈缺损或龛影。在不规则的充盈缺损周围,伴有粗糙、扭曲而又十分肥大的胃黏膜皱襞,跨过幽门进入十二指肠的环形病变,但仅诊断1例。胃镜可发现肿瘤质地柔软,黏膜水肿皱襞粗大,黏膜皱襞不向中心集中,而围绕在肿块周围,有黏膜下肿块征象;病变呈多灶性、多形性,应考虑恶性淋巴瘤^[5]。本病多起源于胃壁淋巴组织,沿黏膜下层浸润生长,直到晚期才侵袭黏膜。因此,活检应多部位连续作一点多钳法取材,或重复多次钳取才能提高检出率。目前超声内镜已在临床开展,可进一步明确黏膜下浸润深度、胃周围淋巴转移及与邻近器官的关系等。这对PGL的诊断、临床分期具有指导意义。分子生物学技术对活检标本进行分

析诊断早期PGL有较高的敏感性,尤其是对少数通过内镜活检难以确诊的病例及对治疗后复发的判断,具有特殊的临床意义^[6]。

尽管对本病的治疗有争议^[7],笔者认为以采用手术为主的综合治疗为妥。要求积极切除原发病灶;切除范围应根据病变大小、部位与大体形态而定。即使术中发现的肿块巨大且与周围粘连,但因其系非侵袭性,根治性切除率仍很高。不要盲目地认为是“晚期”仅行姑息性手术或放弃手术。由于本病在黏膜下沿其长轴浸润扩散,所以术中应常规冷冻切片检查切缘,避免肿瘤复发^[5]。手术也可为临床病理TNM分期法提供组织学依据,特别是准确区分I_E和II_E期^[8]。由于恶性淋巴瘤是全身性疾病,胃部病灶只是首先累及之处,术后亦易复发。淋巴瘤对化疗敏感,通过术前化疗,可明显缩小肿块,提高切除率,减少残留及术中播散,进而提高生存率。多数学者主张术后应予化疗、放疗以提高疗效,化疗、放疗对淋巴瘤有较高的缓解率。本组病例中生存超过5年者均进行正规的化学治疗。鉴于低度恶性B细胞胃淋巴瘤的增殖依赖于幽门螺杆菌(Hp)感染后T细胞的激活,在正规抗Hp治疗后,有50%~70%的患者可出现完全消退。因此,正规的抗Hp治疗不仅对接受放化疗的患者非常有效,同样也是手术切除后的综合疗法之一^[9]。

综上所述笔者认为,早期诊断、根治性手术和综合治疗可能使患者有较好的预后。

参考文献:

- [1] 李先玮. 原发性胃恶性淋巴瘤的诊断和外科治疗[J]. 中国临床医学, 2002, 9(3): 281-283.
- [2] Dawson IM, Cornes JS, Morson BC. Primary malignant lymphoid tumors of the intestinal tract, report of 37 cases with a study of factors influencing prognosis [J]. Br J Surg, 1961, 49(7): 80-89.
- [3] 余长锋, 陈丽荣. 原发性胃恶性淋巴瘤的诊治进展[J]. 实用肿瘤杂志, 1999, 14(2): 69-71.
- [4] 安泽武, 宋少柏. 胃黏膜相关淋巴组织淋巴瘤的外科治疗[J]. 中国普通外科杂志, 2001, 10(3): 213-215.
- [5] 蔡阳, 朱玮, 封光华, 等. 原发性胃肠道恶性淋巴瘤的诊断与治疗[J]. 中华胃肠外科杂志, 2002, 5(1): 48.
- [6] 崔青皓, 董学斌, 王殿昌, 等. 157例胃原发性非霍奇金恶性淋巴瘤的诊治[J]. 中华外科杂志, 2002, 40(7): 502-504.
- [7] Crump I, Gospodarowicz I, Shepherd FA. Lymphoma of the gastrointestinal tract [J]. Semin Oncol, 1999, 26(3): 324-337.
- [8] Kodrea Y, Yamamura Y, Nakamura S, et al. The role of radical gastrectomy with systematic lymphoma [J]. Ann Surg, 1998, 227(1): 45-50.
- [9] 李琛, 燕敏. 原发性胃恶性淋巴瘤的研究进展[J]. 国外医学外科学分册, 2003, 30(2): 93-95.