

# 原发性胃淋巴瘤内镜下表现及误诊分析

严瑾, 欧阳钦, 黄丽彬, 杨锦林

## ■背景资料

原发性胃淋巴瘤是一种令消化科医生和肿瘤科医生都很感兴趣的疾病, 该病所表现出来的有一些有别于其他恶性肿瘤的特质, 引发了人们对他的研究热潮。他在胃内表现形态多样, 病理分型复杂, 预后差异很大, 部分低度恶性的淋巴瘤与幽门螺旋杆菌密切相关, 根除幽门螺旋杆菌可获得60%-80%的完全缓解率, 开创了抗生素治疗肿瘤的新纪元。但由于该病病理形态复杂, 长期以来没有统一的病理诊断标准, 制约了临床医生对该病的进一步认识, 以至于漏诊及误诊率均很高。本文从该病的胃镜表现方面进行探讨, 同时对误诊病例的胃镜表现, 以期提高临床内镜医生对该病的鉴别能力, 提高术前确诊率, 使胃淋巴瘤患者的“保胃治疗”方案得以实现。

严瑾, 欧阳钦, 黄丽彬, 杨锦林, 四川大学华西医院消化内科  
四川省成都市 610041

通讯作者: 严瑾, 610041, 四川成都国学巷37号, 四川大学华西医院消化内科. yanwj@hotmai.com  
电话: 028-85422389

收稿日期: 2007-01-22 接受日期: 2007-02-13

## Endoscopic patterns and misdiagnosis of primary gastric lymphoma

Jin Yan, Qin Ou-Yang, Li-Bin Huang, Jin-Lin Yang

Jin Yan, Qin Ou-Yang, Li-Bin Huang, Jin-Lin Yang, Department of Gastroenterology, West China Hospital of Sichuan University, Chengdu 610041, Sichuan Province, China  
Correspondence to: Jin Yan, Department of Gastroenterology, West China hospital of Sichuan University, 37 Guoxue Alley, Chengdu 610041, Sichuan Province, China. yanwj@hotmai.com

Received: 2007-01-22 Accepted: 2007-02-13

## Abstract

**AIM:** To improve the diagnosis level of primary gastric lymphoma by observing the endoscopic patterns and analyzing the reasons of misdiagnosis.

**METHODS:** A total of 51 primary gastric lymphoma diagnosed by endoscopic biopsy and 27 pseudo-diagnosed “lymphoma” by endoscopy were included in this study. The endoscopic patterns of the two groups were compared and analyzed with Mann-Whitney U rank-sum test.

**RESULTS:** Primary gastric lymphomas were mainly ulcer type (33/51, 65%) and nodule type (12/51, 23.5%). The 27 suspected gastric lymphomas were mainly nodule type (13/27, 48%) and bulky mucosa type (10/27, 37%). There was significant difference between two groups in endoscopic patterns ( $P < 0.001$ ). However, there was no significance in movements and texture ( $P > 0.05$ ).

**CONCLUSION:** Endoscopic patterns of primary gastric lymphoma present polytypism. It is important for the avoidance of misdiagnosis to acquaint its endoscopic presentation and combine

with deep and multi-spot biopsy.

**Key Words:** Primary gastric lymphoma; Endoscopic patterns; Misdiagnosis

Yan J, Ou-Yang Q, Huang LB, Yang JL. Endoscopic patterns and misdiagnosis of primary gastric lymphoma. Shijie Huaren Xiaohua Zazhi 2007;15(14):1658-1661

## 摘要

**目的:** 对内镜下原发性胃淋巴瘤的形态进行分析, 以期提高内镜对胃淋巴瘤的诊断率。

**方法:** 收集近两年我院通过胃镜活检确诊的原发性胃淋巴瘤51例及内镜拟诊的“胃淋巴瘤”27例, 比较其内镜特点, 并采用Mann-Whitney U秩和检验进行比较。

**结果:** 51例确诊的原发性胃淋巴瘤以溃疡型33例(65%)和结节型12(23.5%)为主。27例拟诊组患者以结节型13例(48%)和黏膜粗大型10例(37%)为主, 内镜下病变形态有显著性差异( $P < 0.001$ )。而在病变的蠕动性及活检质地方面没有显著性差异( $P > 0.05$ )。

**结论:** 原发性胃淋巴瘤的内镜下形态具有多型性, 提高对其内镜下表现的认识并结合多取及深取活检对原发性胃淋巴瘤的术前确诊具有重要的意义。

**关键词:** 原发性胃淋巴瘤; 内镜表现; 误诊

严瑾, 欧阳钦, 黄丽彬, 杨锦林. 原发性胃淋巴瘤内镜下表现及误诊分析. 世界华人消化杂志 2007;15(14):1658-1661  
<http://www.wjgnet.com/1009-3079/15/1658.asp>

## 0 引言

在胃的恶性肿瘤中, 除了最常见的胃癌以外, 排在第2位的应该算胃淋巴瘤。据统计, 原发性胃淋巴瘤占胃恶性肿瘤的比例可达2%-8%左右<sup>[1-2]</sup>, 近年来随着诊断水平的提高以及对该疾病认识的深入, 确诊为原发性胃淋巴瘤的例数还有明显增加的趋势<sup>[3]</sup>。但由于胃淋巴瘤的内镜下表现

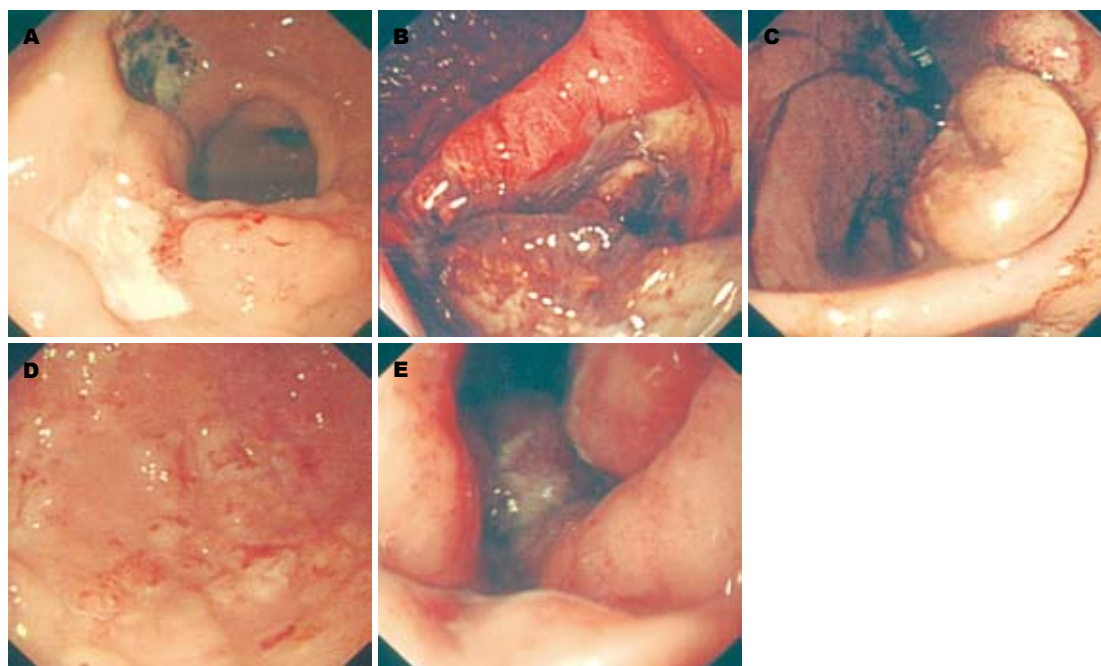


图 1 胃淋巴瘤的内镜下形态分型. A-B: 溃疡型; C: 肿块型; D: 小结节或息肉型; E: 黏膜粗大型.

## 同行评价

本文作者通过回顾性总结已经确诊胃淋巴瘤的病例, 并从胃镜初诊疑似胃淋巴瘤病例追踪分析结果, 论述角度具有一定新意, 为探索淋巴瘤内镜学诊断提供了新的分析思路.

形态多样且不典型, 恶性淋巴细胞浸润程度较深, 活检也有一定难度, 因此术前误诊率较高. 国外有文章曾报道45例胃淋巴瘤患者, 有37例是通过手术后确诊, 只有8例患者在术前通过胃镜活检确诊<sup>[4]</sup>. 由于近年来人们逐渐认识到该病预后比胃癌好, 不仅对放化疗敏感, 而且其中的MALT淋巴瘤采用单纯的抗幽门螺旋杆菌治疗也能获得60%-80%的完全缓解率. 因此对于无穿孔、梗阻等并发症的胃淋巴瘤患者目前多主张采用“保胃治疗”<sup>[5-9]</sup>. 胃镜检查+活检是术前确诊胃淋巴瘤最重要的检查方法.

## 1 材料和方法

1.1 材料 2004-10/2006-09我院内镜中心的62 000例次胃镜检查中, 通过活检共明确诊断胃淋巴瘤51例. 同时有27例患者胃镜拟诊为“胃淋巴瘤”.

1.2 方法 我们将电脑库中的内镜图片及描述资料提出进行回顾性分析, 总结该病的内镜下特点; 同时62 000例次胃镜检查中, 有42份内镜诊断拟诊胃淋巴瘤, 除去其中15例是既往已确诊为胃淋巴瘤来进行复查的以外, 有27例是内镜医生通过内镜下病变的形态而高度怀疑胃淋巴瘤的, 追踪其最终的病理结果, 统计内镜与病理诊断的符合率并分析误诊的原因.

**统计学处理** 统计各项指标的比例. 采用SPSS12.0软件包对确诊胃淋巴瘤组与疑诊胃淋巴瘤组胃镜特点的比较采用Mann-Whitney U秩和检验.

## 2 结果

2.1 病理确诊的胃淋巴瘤的特点 51例胃淋巴瘤的病理分型(按2001年WHO诊断标准<sup>[10]</sup>): MALT淋巴瘤9例, Burkitt淋巴瘤1例, 淋巴瘤母细胞淋巴瘤1例, T细胞淋巴瘤1例, 弥漫性大B细胞淋巴瘤39例.

2.1.1 病变形态 胃镜下胃淋巴瘤的形态具有多样性. 根据朱正贤 *et al*<sup>[11]</sup>的研究, 将胃淋巴瘤的内镜下形态以其主要表现类型大致分为以下4类: (1)溃疡型(图1A-B): 溃疡型占了胃淋巴瘤的绝大多数共33例(65%), 特别是有29例为巨大溃疡型(直径超过2 cm), (2)粗大型(图1C): 肿块型5例(10%), 均为巨大肿块, 3例为单发, 2例为多发; (3)小结节或息肉型12例(图1D), 占23.3%, 为累及多个部位的形态不一大小不均的多发结节或息肉样改变; (4)黏膜粗大型1例(2%)(图1E), 为胃黏膜广泛肿胀狭窄, 表面糜烂.

2.1.2 质地、蠕动性和病变部位 有49份内镜报告中提及活检质地, 其中质地硬20例(41%), 质地韧11例(22%), 质地脆10例(20%), 质地软8例(16%). 有两份报告提到活检时病变有软有硬, 具有多形性的特点. 有19份内镜报告描述了病变的蠕动性, 除了2例描述蠕动尚可以以外, 其余17例均描述蠕动差、消失或胃腔狭窄. 26例为单一病变(多为巨大溃疡型), 其余25例为多发病变(结节型或多个溃疡型), 病变累及胃腔的多个解剖部位. 胃体为胃淋巴瘤最常累及的部位, 有

表 1 淋巴瘤确诊组与疑诊组内镜表现对比表

分组	形态(n)				蠕动性			活检质地				
	溃疡型	肿块型	小结节型	黏膜肿胀型	好	差	未描述	硬	韧	脆	软	未描述
确诊组(51例)												
MALT淋巴瘤	4	0	4	1	1	6	2					
非MALT淋巴瘤	29	5	8	0	1	11	30					
总计	33	5	12	1	2	17	32	20	11	10	8	2
疑诊组(27例)	3	1	13	10	2	14	11	4	7	7	5	4

34例(67%)病变累及了胃体, 比较常见的部位为胃底体交界或胃窦体交界部位. 有8例在检查中发现有活动性出血.

2.1.3 胃镜初步诊断的结论 回顾性分析这51例最后经病理活检证实为胃淋巴瘤的病例, 其胃镜初步诊断仅有3例考虑为淋巴瘤; 有27例(53%)初步诊断提出“胃新生物性质待定”, 对该疾病的恶性倾向做出了明确的判断; 其余21例初步诊断为结节(或溃疡)性质待定, 没有明确判断疾病的良恶性.

## 2.2 内镜疑诊的胃淋巴瘤的特点

2.2.1 病变形态 其余24例显示: 腺癌18例, 慢性炎症6例. 回顾这27例的内镜表现: 溃疡型3例(11.1%); 肿块型1例(3.7%); 结节型13例(48%); 黏膜粗大型10例(37%).

2.2.2 质地和蠕动性 有23份报告提及病变质地, 其中软5例(21.7%); 韧7例(30%); 硬4例(17.4%); 脆7例(30.4%). 有16份报告提及蠕动性, 其中蠕动好仅2例; 蠕动差14例.

2.2.3 两组特点比较 从形态、质地、蠕动性这3个方面对两组进行比较发现(表1), 两组病变的形态差异有显著性( $P<0.001$ ), 确诊淋巴瘤组以溃疡型和小结节型为主, 而疑诊组以大结节及黏膜粗大型为主. 其余两项指标——质地和蠕动性在两组间差异没有显著性,  $P$ 分别为0.188和0.698. 其中MALT淋巴瘤组和疑诊组比较, 病变形态之间也有显著性差异( $P<0.05$ , 图2).

2.2.4 我院2004-10/2006-9通过外科手术和胃镜活检共确诊胃淋巴瘤58例, 其中胃镜+活检确诊51例, 术前确诊率达到了88%.

## 3 讨论

所谓原发性胃淋巴瘤是指原发于胃内, 而符合以下条件的淋巴瘤: (1)体表淋巴结无病变; (2)血液白细胞计数正常; (3)纵隔淋巴结无病变; (4)诊断时胃及其所属淋巴结以外的部位无肉

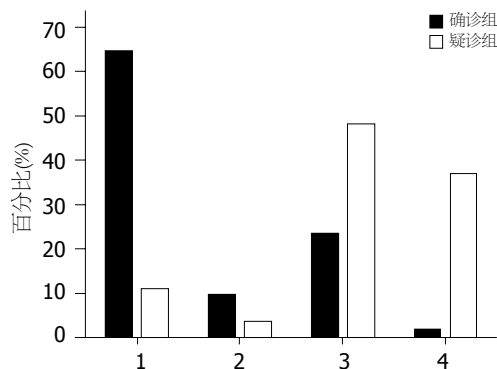


图 2 确诊组与疑诊组内镜下大体形态比较. 1: 溃疡型; 2: 肿块型; 3: 结节型; 4: 黏膜粗大型.

眼可见病变; (5)肝脾正常. 在研究过程中我们发现, 我们对原发性胃淋巴瘤内镜下表现的认识与实际情况有着较大的出入: 一方面后来经病理活检确诊的淋巴瘤, 在其初次内镜检查时没能做出淋巴瘤的判断, 其次内镜疑诊的胃淋巴瘤最后经病理确诊却多半并不符合淋巴瘤的诊断, 而以低分化胃癌为主. 从既往的文献中我们得到的经验是: 有两种镜下形态对胃淋巴瘤的诊断具有特征性意义<sup>[11]</sup>: 其一是广泛的多发的结节样、铺路石样或小息肉样病变, 伴胃壁僵硬, 动度减小; 其二是粗大的黏膜皱襞、僵直、表面糜烂, 不能为充气所展平. 文献中还特别指出第1种类型对淋巴瘤具有特别的意义, 因在胃癌中未能发现此种改变, 因此具有鉴别意义<sup>[12-14]</sup>. 在我们所统计的内镜疑诊病例中, 绝大多数镜下形态都是这两种类型(85%), 说明我们的内镜医生对胃淋巴瘤形态的表现是遵照上述文献来进行判断的. 但遗憾的是通过追踪病理结果, 除了3例符合淋巴瘤的诊断以外, 其余24例中18例(75%)是腺癌, 尤其是10例低分化腺癌在内镜下也常呈现出与淋巴瘤类似的多型性、结节样改变的特点, 同时低分化腺癌也和淋巴瘤一样具有黏膜下浸润的生长方式, 因此也常出现黏膜粗大肿胀的形态. 从我们的研究发现,

以上两种病变形态似乎并不具有特征性, 而且因为在我国, 胃癌发病率明显高于胃淋巴瘤, 在病变形态表现为以上两种类型时内镜疑诊淋巴瘤应更慎重。

确诊的51例淋巴瘤的内镜下表现以溃疡型占绝大多数, 而这种类型也是很难与胃癌相鉴别的。经过仔细分析图片, 我们发现某些淋巴瘤的溃疡周边较多见不规则结节, 且活检质地以硬为主(占41%), 甚至有些取材时感觉像石头一样坚硬, 有些仔细的内镜医生甚至描述在多个不同的病变部位取材时感觉质地有明显差异。以巨大溃疡为表现形式的多为进展较快, 恶性程度较高的淋巴瘤, 而MALT淋巴瘤以溃疡型和结节型各占一半, 且其溃疡型多为多发、散在、不规则、结节基础上出现的较浅的溃疡, 与文献报道的结果较吻合<sup>[15]</sup>。最近同济医科大学Hu *et al*<sup>[16]</sup>报道了31例胃MALT淋巴瘤的临床和内镜研究结果, 他也指出当内镜下胃淋巴瘤表现为深大溃疡的时候, 很难与胃癌相鉴别, 内镜初次正确诊断的阳性率只有29%。国外文献报道内镜初次疑诊胃淋巴瘤的阳性率只达到27%。但对于该病变的恶性倾向可达到60%左右的正确判断率<sup>[1]</sup>, 与我们报道的53%差别不大。尽管如此, 内镜检查仍是确诊胃淋巴瘤的重要检查方法。通过提高内镜医生对淋巴瘤病变的认识, 必要时辅以超声内镜的扫描<sup>[17]</sup>, 通过多取深取活检, 再结合病理科的形态学表现及免疫组化的方法, 胃淋巴瘤的术前确诊率是可以进一步提高的。

#### 4 参考文献

- 1 Kelesis NG, Vassilopoulos PP, Tsamakidis KG, Bai MG, Avital S, Rosenthal RJ. Is gastroscopy still a valid diagnostic tool in detecting gastric MALT lymphomas? A dilemma beyond the eye. *Mucosa-associated lymphoid tissue. Surg Endosc* 2003; 17: 469-474
- 2 Ferrucci PF, Zucca E. Primary gastric lymphoma pathogenesis and treatment: what has changed over the past 10 years? *Br J Haematol* 2007; 136: 521-538
- 3 Hjermsstad MJ, Hollender A, Warloe T, Karlsen KO, Ikonomo I, Kvaloy S, Nome O, Holte H. Quality of life after total or partial gastrectomy for primary gastric lymphoma. *Acta Oncol* 2006; 45: 202-209
- 4 Butkeviciene L, Dubinskiene L, Verbiene I. Diagnosis of malignant lymphoma of the stomach. *Medicina (Kaunas)* 2002; 38: 172-175
- 5 Curcio A, Bertelli R, Gentilini P, Ronconi S, Saragoni L, Vagliasindi A, Mura G, Mazza P, Framarini M, Verdecchia GM. Multimodal treatment of gastric MALT lymphoma: our experience. *Suppl Tumori* 2005; 4: S77-78
- 6 Ferrucci PF, Zucca E. Primary gastric lymphoma pathogenesis and treatment: what has changed over the past 10 years? *Br J Haematol* 2007; 136: 521-538
- 7 Hjermsstad MJ, Hollender A, Warloe T, Karlsen KO, Ikonomo I, Kvaloy S, Nome O, Holte H. Quality of life after total or partial gastrectomy for primary gastric lymphoma. *Acta Oncol* 2006; 45: 202-209
- 8 Rodriguez-Sanjuan JC, Garcia RA, Trugeda S, de la Torre F, Llorca J, Gomez-Fleitas M. Do current indications for surgery of primary gastric lymphoma exist? *Rev Esp Enferm Dig* 2006; 98: 180-188
- 9 Jezersek Novakovic B, Vovk M, Juznic Setina T. A single-center study of treatment outcomes and survival in patients with primary gastric lymphomas between 1990 and 2003. *Ann Hematol* 2006; 85: 849-856
- 10 Chan JK. The new World Health Organization classification of lymphomas: the past, the present and the future. *Hematol Oncol* 2001; 19: 129-150
- 11 朱正贤, 陈德珍, 李蜀华. 纤维胃镜对诊断原发性胃淋巴瘤的价值. *华西医讯* 1989; 4: 173-176
- 12 Fork FT, Haglund U, Hogstrom H, Wehlin L. Primary gastric lymphoma versus gastric cancer. An endoscopic and radiographic study of differential diagnostic possibilities. *Endoscopy* 1985; 17: 5-7
- 13 Taal BG, den Hartog Jager FC, Tytgat GN. The endoscopic spectrum of primary non-Hodgkin's lymphoma of the stomach. *Endoscopy* 1987; 19: 190-192
- 14 Aoun JP, Moukarbel N, Khoury S. Endoscopic patterns of primary gastric MALT lymphoma. *J Med Liban* 1998; 46: 131-135
- 15 Andriani A, Zullo A, Di Raimondo F, Patti C, Tedeschi L, Recine U, Caruso L, Bonanno G, Chiarenza A, Lizzani G, Miedico A, Romanelli A, Costa A, Linea C, Marrone C, Mirto S, Mistretta A, Montalbano L, Restivo G, Vinci M, Bibas M, Hassan C, Stella F, Cottone M, Morini S. Clinical and endoscopic presentation of primary gastric lymphoma: a multicentre study. *Aliment Pharmacol Ther* 2006; 23: 721-726
- 16 Hu C, Yi C, Dai X. Clinical study of 31 patients with primary gastric mucosa-associated lymphoid tissue lymphoma. *J Gastroenterol Hepatol* 2006; 21: 722-726
- 17 Hoepffner N, Lahme T, Gilly J, Menzel J, Koch P, Foerster EC. Value of endosonography in diagnostic staging of primary gastric lymphoma (MALT type). *Med Klin (Munich)* 2003; 98: 313-317

电编 郭海丽 编辑 王晓瑜