

胃黄色瘤临床病理分析312例

崔荣丽, 金珠

■背景资料

随着胃镜的普及, 黄色瘤的检出率逐年升高。黄色瘤虽然是临床工作中常见的一种组织学表现, 但在内镜诊断中易与肠化结节混淆。

崔荣丽, 金珠, 北京大学第三医院消化科 北京市 100083
通讯作者: 崔荣丽, 100083, 北京市海淀区花园北路49号, 北京大学第三医院消化科. rl_cui@126.com
电话: 010-62017691-2527
收稿日期: 2006-12-10 接受日期: 2007-01-10

Histopathological and clinical analysis on 312 cases of gastric xanthelasma

Rong-Li Cui, Zhu Jin

Rong-Li Cui, Zhu Jin, Department of Gastroenterology, the Third Hospital of Peking University, Beijing 100083, China
Correspondence to: Rong-Li Cui, Department of Gastroenterology, the Third Hospital of Peking University, Beijing 100083, China. rl_cui@126.com
Received: 2006-12-10 Accepted: 2007-01-10

Abstract

AIM: To explore the histopathological and clinical characteristics of gastric xanthelasma (lipid island).

METHODS: Histopathological and clinical analyses were performed on 312 cases of gastric xanthelasma.

RESULTS: The detectable rate of endoscopy for gastric xanthelasma was 0.59% in our hospital. Gastric xanthelasma was most frequently found in the antrum (229/312, 73.4%). Of the 312 cases with gastric xanthelasma, 192 cases (61.5%) were diagnosed with superficial gastritis, 93 cases (29.8%) with atrophic gastritis, 106 cases (34.0%) with intestinal metaplasia, and 108 cases (34.6%) with *H pylori* infection.

CONCLUSION: Multiple factors such as mucosal inflammation, atrophy, intestinal metaplasia and *H pylori* infection are involved in the occurrence of gastric xanthelasma, and inflammation may play a dominant role.

Key Words: Gastric xanthelasma; Chronic gastritis; Intestinal metaplasia; *Helicobacter pylori*

Cui RL, Jin Z. Histopathological and clinical analysis on

312 cases of gastric xanthelasma. Shijie Huaren Xiaohua Zazhi 2007;15(6):646-648

摘要

目的: 探讨胃黄色瘤(脂质岛)的临床病理特征及其与胃黏膜病变的关系。

方法: 收集1997-2006年我院胃黏膜活检资料, 并对胃镜活检诊断为胃黄色瘤的312个病例进行病理分析。

结果: 10 a间我院胃镜活检中胃黄色瘤的检出率为0.59%。312例患者中, 病变位于胃窦部229例(73.4%); 伴发浅表性胃炎192例(61.5%), 萎缩性胃炎者93例(29.8%), 肠上皮化生者106例(34.0%), 幽门螺杆菌阳性者108例(34.6%)。

结论: 胃黄色瘤中老年人好发, 可能是胃黏膜炎症、萎缩、肠上皮化生、幽门螺杆菌感染、残胃、多次活检等多种因素协同作用的结果, 其中胃黏膜的炎症可能起主要作用。

关键词: 胃黄色瘤; 慢性胃炎; 肠上皮化生; 幽门螺杆菌

崔荣丽, 金珠. 胃黄色瘤的临床病理分析312例. 世界华人消化杂志 2007;15(6):646-648

<http://www.wjgnet.com/1009-3079/15/646.asp>

0 引言

胃黄色瘤又称脂质小岛, 胃镜下表现为黄白色结节样隆起, 属于良性病变。它是胃黏膜活检病理诊断中较为常见的一种组织学表现, 其确切病因目前尚不清楚。本文通过对我院胃镜活检组织经病理确诊为黄色瘤的病例进行回顾性分析, 旨在探讨其临床病理特征及与胃黏膜病变的关系。

1 材料和方法

1.1 材料 收集1997/2006-10我院胃黏膜活检的资料共52 805例, 其中共有病理诊断为黄色瘤者312例。

1.2 方法 组织固定于40 g/L福尔马林, 石蜡包埋, HE染色, 并做Warthin-Starry染色(简称WS)检查 *H pylori*.

统计学处理 统计分析采用STATA5.0软件分析, 进行 χ^2 检验, $P < 0.05$ 为有统计学意义.

2 结果

10 a间我院胃镜并取活检者52 805例, 经病理诊断为黄色瘤者共312例, 检出率为0.59%; 其中, 男162例, 女150例, 男:女之比为1.03:1; 年龄24-90(平均59.1)岁, 其中50岁以上者为243例(77.9%). 20-30岁者6例, 31-40岁者22例, 41-50岁者41例, 51-60岁者79例, 61岁以上者164例.

2.1 胃镜特点 黄色瘤病灶多为浅黄色、黄白色, 斑片状, 直径0.1-1.5 cm, 单发或多发, 单发者:多发者 = 15:1. 在312例患者中, 病变位于胃窦部229例(73.4%), 且其中有两例患者在胃窦和十二指肠同时检出黄色瘤, 位于体部47例(15.1%), 位于贲门部22例(7.1%), 残胃的14例(4.5%). 其中做过两次以上胃镜者121人(38.8%).

2.2 病理结果 诊断为黄色瘤的312例患者的胃镜活检组织的病理观察中, 可见胃黏膜浅层固有层内巢状聚集的大小不等的泡沫细胞, 这些细胞是吞噬了脂类物质的巨噬细胞, 细胞呈圆形或多边形, 胞质丰富, 呈泡沫状, 胞核小、圆形、核染色质细且均匀, 核多位于细胞中央, 有的偏于一侧, AB-PAS染色阴性.

312例黄色瘤的病例中并发浅表性胃炎(chronic surface gastritis, CSG)者192例(61.5%), 萎缩性胃炎(chronic atrophic gastritis, CAG)者93例(29.8%), 两组进行统计学分析, 差异有显著性($P < 0.01$); 伴发肠上皮化生(intestinal metaplasia, IM)者106例(34.0%), 幽门螺杆菌(*H pylori*)阳性者108例(34.6%), 异型增生(atypical dysplasia, ATP)者10例(3.2%), 胃癌(gastric cancer, GC)者7例(2.2%).

3 讨论

黄色瘤在光镜下可见数量不等的圆形或椭圆形含有脂质的泡沫细胞聚集, 它是一种非肿瘤性反应性增生病变, 属于良性病变, 多发生于皮肤及深部内脏. 胃黄色瘤的发病机制目前尚不清楚, 文献报道可能与以下因素有关^[1-5]: 慢性炎症刺激、原发或继发性血脂过高、年龄、*H pylori*感染等.

黄色瘤的发病率各家报道不尽相同, 我国报道的胃镜检出率为0.33%-0.8%^[1,6], 国外报道也不尽相同, Rasim *et al*通过对7320例行上消化道内镜检查的患者的研究表明, 黄色瘤在上消化道的检出率为0.23%, 其中胃部占76%^[7]. 本文连续10 a共52 805例胃镜中检出312例黄色瘤, 其检出率为0.59%, 与文献报道相近. 本文中黄色瘤的检出率有逐年增高的趋势, 可能与人口老龄化, 及内镜和病理医师对该病的认识增高有关.

本文中312例患者中, 随着年龄的增加其检出率也增加, 其中50岁以上者为243例(77.9%). 据黄色瘤病例中老年患者的比例增高可以推测该病与年龄呈正相关. 纪小龙 *et al*对150例“正常”老年人的大肠黏膜的研究中, 检出泡沫细胞的占11.3%, 提示年龄升高可能是胃肠道黄色瘤的病因之一^[8]; 有文献报道血脂增高可能是黄色瘤的诱发因素之一^[5], 而高脂血症也是中老年人好发疾病之一, 因此这也可能是黄色瘤在中老年人群中的检出率增高的原因之一.

黄色瘤其基础病变为CSG者与CAG者两组间比较, CSG者192例(61.5%), CAG者93例(29.8%), 两组间差异有统计学意义($P = 0.00$), 同时我们发现黄色瘤多伴有糜烂, 且多发生于黏膜浅层, 故我们认为黄色瘤的发生与慢性炎症的刺激造成胃黏膜损伤有关, 在国内外均有类似的报道^[1,5,9]. 炎症的作用常从胃黏膜的浅层开始, 随着炎症的加重, 逐步向深层发展. 机体的炎症反应产生的细胞碎屑等产物, 经巨噬细胞吞噬后如果所吞噬的脂类物质较多, 而又无法代谢出去, 即可形成泡沫细胞. 但文献上较多见的报道是黄色瘤的发病与CAG关系更为密切^[4,10], 本文作者认为在黄色瘤的发生来说, 慢性炎症的刺激造成的黏膜损伤作用要比萎缩性胃炎的作用机制更为明显. 但还有待于更大的样本量及进一步的深入研究.

有学者认为黄色瘤的形成与IM有关系^[1,5]. 因IM上皮的吸收细胞也具有吸收功能, IM的黏膜可以吸收胃内的脂质, 但伴有IM的胃黏膜没有中央乳糜管, 故不能将吸收的脂质排出而由巨噬细胞吞噬形成泡沫细胞. 同时IM可促进胃黏膜损伤, 而损伤等炎性刺激与黄色瘤发病有关. 本文312例中106例病灶中同时有IM发生, 占34.0%, 虽然较之IM在人群中的检出率高(20.45%-33.12%^[11-13]), 但剩下的66%黄色瘤发生在无IM的区域, 故单纯以IM还不能解释其发生, 可能是包括IM在内的多种因素协同作用的结果.

■同行评价

本文总结了黄色瘤组织学改变与可能相关因素的关系, 虽然未能得到新结果, 但是对广大读者了解相关内容有帮助, 文章资料可靠, 文字流利, 结果可信.

在内镜诊断中黄色瘤与淡黄色结节型IM尚需仔细辨别,两者均为淡黄色结节,但前者表面及边界常较光滑;而后者多为轻度不规则型,表面呈细颗粒状或绒毛状。

本文中*H pylori*在黄色瘤的检出率仅为34.6%,而*H pylori*在自然人群中的检出率为47.07%-54.9%^[14-16],不能证实二者是否相关,与现有的文献结果不同^[4],但*H pylori*感染可使胃黏膜炎症加重,而炎症造成的胃黏膜损伤可能影响胃黏膜上皮的正常功能,从而造成黄色瘤的形成。故*H pylori*的感染与黄色瘤的发生的关系还有待进一步研究。本文中312例黄色瘤患者做过两次以上胃镜者121人(38.8%),推测可能与胃镜活检造成胃黏膜损伤,在损伤修复的过程中,脂类物质产生增加,从而增加黄色瘤的发病率。

黄色瘤可发生于胃内任何部位,本文中病变位于胃窦部229例(73.4%),其中有两例伴有十二指肠的黄色瘤;位于体部47例(15.1%),位于贲门部22例(7.1%),残胃的14例(4.5%),胃窦部与其他部位相差异有显著性($P = 0.00$),提示胃窦部发病率较高,与文献报道一致。胃窦部是慢性胃炎和IM等胃黏膜病变的高发部位,而后两者可加速黄色瘤的形成,故可能是胃窦部高发的原因之一。本文中有14例为残胃发生的黄色瘤,可能与胃切除手术对胃黏膜的损伤有关,文献中也有相关报道^[17]。有7例黄色瘤同时伴有胃癌,10例黄色瘤同时伴发异型增生,但胃癌和异型增生与黄色瘤的关系还有待进一步的研究。在临床病理诊断中需要注意的是黄色瘤在组织学形态上要与胃印戒细胞癌相鉴别^[18,19]。泡沫细胞大小较一致,胞质呈泡沫状,细胞核小圆形,无异型性及核分裂像,核多居中;而印戒细胞大小不一致,胞质内有黏液,核大,有异型性,深染,多偏位,细胞排列松散或密集,AB-PAS染色阳性。内镜下黄色瘤多为淡黄色隆起,呈良性表现,而印戒细胞癌多呈糜烂、溃疡、皱襞粗大等恶性表现,故在诊断时可参考临床信息。

总之,胃黄色瘤中老年人好发,他可能是胃黏膜炎症、萎缩、残胃、多次活检等多种因素协同作用的结果,其中胃黏膜的炎症可能起主要作用,而*H pylori*感染对与黄色瘤发生尚无明确关系,这与其他文献报道不一致,尚有待进一步研究;在临床病理诊断时黄色瘤要与印戒细胞癌相鉴别。

4 参考文献

- 1 唐忠辉,李钟峰.胃黄色瘤临床病理分析.临床荟萃. 2000; 15: 206
- 2 Covotta A, Covotta L, D'Ambra G, Paoletti M, Urbano V, Midiri G, Bertolotti A. Gastric xanthomatosis in a patient with severe lipid metabolic disorder. *G Chir* 1994; 15: 29-31
- 3 Naito M, Miura S, Funaki C, Tateishi T, Kuzuya F. Gastric xanthomas in the elderly. *Nippon Ronen Igakkai Zasshi* 1991; 28: 683-687
- 4 Isomoto H, Mizuta Y, Inoue K, Matsuo T, Hayakawa T, Miyazaki M, Onita K, Takeshima F, Murase K, Shimokawa I, Kohno S. A close relationship between *Helicobacter pylori* infection and gastric xanthoma. *Scand J Gastroenterol* 1999; 34: 346-352
- 5 任长庆,高梦先,童明超.胃黏膜黄色瘤21例临床病理学研究.河北医药 2001; 23: 204-205
- 6 Chen YS, Lin JB, Dai KS, Deng BX, Xu LZ, Lin CD, Jiang ZG. Gastric xanthelasma. *Chin Med J (Engl)* 1989; 102: 639-643
- 7 Gencosmanoglu R, Sen-Oran E, Kurtkaya-Yapicier O, Tozun N. Xanthelasmas of the upper gastrointestinal tract. *J Gastroenterol* 2004; 39: 215-219
- 8 纪小龙,富桂华,王孟薇.正常老年人大肠黏膜的病理变化.新消化病学杂志 1995; 3: 154-155
- 9 Arevalo F, Cerrillo G. Gastric xantoma: histological findings and clinico endoscopic characteristics in the "Hospital Nacional 2 de Mayo" (1999-2005). *Rev Gastroenterol Peru* 2005; 25: 268-271
- 10 张晓明,郑春大.胃黏膜黄色瘤112例.新消化病学杂志 1997; 5: 255
- 11 郑天荣,陈建顺,王振宇,林兆鑫.幽门螺杆菌与胃病变的关系.中国肿瘤 2000; 9: 537
- 12 马峻岭,张联,潘凯枫,刘卫东,冯国双,游伟程.幽门螺杆菌与胃癌发生进程的10年队列研究.中华医学杂志 2005; 85: 2758-2761
- 13 柯昌庶,李道芬,王伟,王一鸣.慢性糜烂性胃炎的临床病理学及免疫组织化学研究.新消化病学杂志 1997; 5: 241-242
- 14 Zhou L, Sung JJ, Lin S, Jin Z, Ding S, Huang X, Xia Z, Guo H, Liu J, Chao W. A five-year follow-up study on the pathological changes of gastric mucosa after *H pylori* eradication. *Chin Med J (Engl)* 2003; 116: 11-14
- 15 郭晓临,王立娥,王兰,董明,袁媛.胃癌高发区高危人群血清HpCagA毒素相关蛋白检测的意义.世界华人消化杂志 2001; 9: 595-596
- 16 徐智民,张万岱,周殿元.幽门螺杆菌的研究进展.世界华人消化杂志 2003; 11: 635-639
- 17 Khachaturian T, Dinning JP, Earnest DL. Gastric xanthelasma in a patient after partial gastrectomy. *Am J Gastroenterol* 1998; 93: 1588-1589
- 18 Kumar PV, Monabati A, Naini MA, Lankarani KB, Fattahi MR, Asadilari M. Gastric xanthoma: a diagnostic problem on brushing cytology smears. *Acta Cytol* 2006; 50: 74-79
- 19 王莉,古丽娜·阿不拉江,王铁新,刘霞.胃黄色瘤与印戒细胞癌.新疆医科大学学报 2004; 27: 173-174

电编 李琪 编辑 张焕兰