

内镜检查对原发性胃恶性淋巴瘤诊断意义

谭东毅, 张国梁, 邹江, 布利民

■背景资料

原发性胃恶性淋巴瘤, 是除胃癌外胃内发病率最多的胃部恶性肿瘤, 该病发病隐匿, 容易误诊。本病预后较胃癌好, 对放疗化疗敏感, 对于无并发症的患者无需手术治疗, 因此该病早期诊断, 对治疗及预后起着重要作用。

谭东毅, 张国梁, 邹江, 布利民, 天津市第一中心医院消化内科 天津市 300192

作者贡献分布: 此课题由谭东毅与张国梁设计; 临床胃镜检查由谭东毅, 张国梁及邹江操作完成; 数据分析由谭东毅与布利民完成; 本论文写作由谭东毅与邹江完成。

通讯作者: 谭东毅, 300192, 天津市, 天津市第一中心医院消化内科。tdy058@126.com

电话: 022-23626817

收稿日期: 2008-07-08 修回日期: 2008-09-11

接受日期: 2008-09-17 在线出版日期: 2008-10-18

Diagnostic significance of endoscopy for primary gastric malignant lymphoma

Dong-Yi Tan, Guo-Liang Zhang, Jiang Zhou, Li-Min Bu

Dong-Yi Tan, Guo-Liang Zhang, Jiang Zhou, Li-Min Bu, Department of Gastroenterology, First Central Hospital of Tianjin, Tianjin 300192, China

Correspondence to: Dong-Yi Tan, Department of Gastroenterology, First Central Hospital of Tianjin, Tianjin 300192, China. tdy058@126.com

Received: 2008-07-08 Revised: 2008-09-11

Accepted: 2008-09-17 Published online: 2008-10-18

Abstract

AIM: To investigate endoscopic features as well as pathological characteristics of primary gastric malignant lymphoma (PGML).

METHODS: A total of 34 histopathologically-confirmed PGML cases were analyzed from January 2004 to March 2008 in our hospital. All the patients underwent electronic gastroscopy, parallel mucosa biopsy examination and immunohistochemistry for detection of CD3, CD20, CD45 and CK. HE staining was performed and positive results were interpreted as *H pylori* infection.

RESULTS: The tumor originated from corpus (44.1%) and antrum (29.4%). Results showed that 61.8% of the patients involved more than 2 lesions. The 61.8% of the tumor patients appeared ulcerative, among which multiple ulcer was 66.7%, infiltrating type was 26.5%, and protrusive erosion was 11.8%. Immunohistochemistry showed B-cell lymphoma in every case, and *H pylori* infection was found in 82.4%.

CONCLUSION: Wide use of endoscopy and correctness of biopsy make it important in the diagnosis of primary gastric malignant lymphoma.

Key Words: Primary gastric malignant lymphoma; Endoscopy; Diagnosis

Tan DY, Zhang GL, Zhou J, Bu LM. Diagnostic significance of endoscopy for primary gastric malignant lymphoma. *Shijie Huaren Xiaohua Zazhi* 2008; 16(29): 3332-3334

摘要

目的: 分析原发性胃恶性淋巴瘤内镜下表现特征及其病理学特点。

方法: 我院2004-01/2008-03住院PGML患者34例, 所有患者经病理组织学证实, 患者均行电子胃镜检查, 并行黏膜活检病理检查, 同时行免疫组织化学染色检测CD3、CD20、CD45和CK等标志物, 并行病理组织HE染色, 阳性即判为有*H pylori*感染。

结果: 内镜检查34例患者, 病变主要在胃体(44.1%)和胃窦(29.4%), 其中累及2个及以上病变部位占61.8%, 单一部位相对较少; 形态表现多为溃疡型(61.8%), 主要是多发性溃疡(66.7%), 弥散浸润型(26.5%), 隆起糜烂型(11.8%)。病理结果均为B细胞非霍奇金淋巴瘤, 4例(11.8%)为大B细胞性淋巴瘤, 为高度恶性胃淋巴瘤, 30例(88.2%)为低度恶性淋巴瘤; 幽门螺杆菌(*H pylori*)感染率为占82.4%。

结论: 内镜检查的广泛应用及活检的充分和准确, 对于PGML具有重要的确诊意义。

关键词: 原发性胃恶性淋巴瘤; 内镜检查; 诊断

谭东毅, 张国梁, 邹江, 布利民. 内镜检查对原发性胃恶性淋巴瘤诊断意义. *世界华人消化杂志* 2008; 16(29): 3332-3334
<http://www.wjgnet.com/1009-3079/16/3332.asp>

0 引言

原发性胃恶性淋巴瘤(primary gastric malignant lymphoma, PGML)是除胃癌外胃内发病率最多

■同行评议者

唐丽安, 教授, 湖南省长沙市湘雅路中南大学湘雅医院消化内科

的胃部恶性肿瘤, 绝大多数为胃黏膜相关淋巴组织(mucosa associated lymphoid tissue, MALT)淋巴瘤, 该病发病隐匿, 由于没有特征性临床表现, 容易误诊^[1]. 本病预后较胃癌好, 对放疗化疗敏感, 其中MALT淋巴瘤单纯抗幽门螺旋杆菌治疗也可缓解^[2]. 对于无穿孔、梗阻等并发症的患者无需手术治疗, 因此该病的诊断显得尤为重要^[3]. 本文总结我院34例PGML内镜及病理特点, 旨在探讨其在PGML上的诊断价值, 提高诊断率.

1 材料和方法

1.1 材料 我院2004-01/2008-03住院PGML患者34例, 男21例, 女13例, 年龄44-76(平均 56 ± 14.72)岁. 所有患者经病理组织学证实, 并均符合Dawason的诊断标准^[4]: (1)全身浅表淋巴结无肿大; (2)周血白细胞计数及分类正常; (3)X线检查, 无纵隔淋巴结肿大; (4)病变仅限于胃及局部淋巴结; (5)肝脾正常.

1.2 方法 34例患者行电子胃镜检查, 均到达十二指肠降部, 并行黏膜活检病理检查, 黏膜活检均在病变部位多点取标本6块, 病理分型参照WHO的B细胞及T细胞淋巴瘤分类标准^[5], 同时行免疫组织化学染色检测CD3、CD20、CD45和CK等标志物, 并行病理组织HE染色, 阳性即判为有*H pylori*感染.

2 结果

2.1 病变部位 内镜检查胃底病变3例, 占8.8%; 胃体病变15例, 占44.1%; 胃角病变15例, 占17.6%; 胃窦病变10例, 占29.4%; 十二指肠球部病变4例, 占11.8%; 十二指肠降部病变2例, 占5.9%. 其中单一部位受累共13例, 占38.2%; 累及2个及以上病变部位共21例, 占61.8%.

2.2 内镜表现 溃疡型21例, 占61.8%, 其中多发性溃疡14例, 占66.7%, 溃疡之间边界清晰, 互不融合; 弥漫浸润型9例, 占26.5%, 病灶范围广, 累及部位多, 病灶境界多不清, 底部多有不规则糜烂、出血、污秽; 隆起糜烂型4例, 占11.8%, 可发生在胃的任何部位, 多呈孤立隆起病灶, 基底较广约2.0-5.0 cm, 隆起表面、顶端有糜烂或浅小溃疡可出血, 质地较息肉硬, 周边皱襞增粗等改变^[5]. 同一患者不同部位病变情况, 两处病变相对独立, 互不融合(图1).

2.3 病理特点 所有病例经病理学检查确诊均为非霍奇金淋巴瘤. 镜下黏膜组织中可见反应性淋巴滤泡结构, 瘤细胞中等大小, 核不规则, 呈

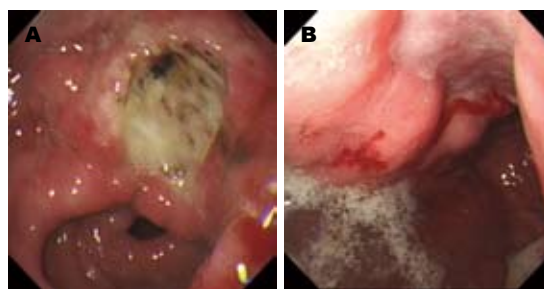


图1 同一患者不同部位病变. A: 胃窦小弯侧溃疡; B: 胃体小弯侧溃疡.

三角形或不规则圆形, 浸润至腺体上皮组织中, 破坏腺上皮或嗜酸性变, 有时可见肿瘤细胞向浆细胞分化倾向, 尚可见反应性淋巴滤泡, 胞质浅染或透明^[6]. 免疫组织化学检查, 瘤细胞标记物CD45及B细胞标记物CD20阳性, 瘤细胞间伴有散在CD3阳性, CK为阴性, 据此诊断为B细胞淋巴瘤. 本组中4例(11.8%)为大B细胞性淋巴瘤, 为高度恶性胃淋巴瘤, 30例(88.2%)为低度恶性淋巴瘤. 病理组织HE染色阳性, 即为有*H pylori*感染者28例, 占82.4%.

3 讨论

恶性淋巴瘤是起源于淋巴结或结外淋巴组织瘤, 临床特点是常见为无痛性进行性淋巴结肿大, 好发于颈部、腋窝、滑车, 其次就是咽淋巴结及胃肠道. PGML没有特征性临床表现, 其主要症状为上腹部不适、腹胀、恶心、呕吐, 部分病例表现为上消化道出血、穿孔或幽门梗阻等, 与胃癌相比, PGML食欲减退, 消瘦少见, 一般情况较好^[7-8]. 部分晚期患者可于上腹部扪及肿块. 有证据表明, *H pylori*为淋巴瘤发生、生长提供了抗原刺激. 正常胃黏膜内缺乏淋巴组织, *H pylori*感染导致黏膜淋巴细胞浸润, 并可出现淋巴滤泡, 这种获得性的淋巴组织是胃壁发生淋巴瘤的病理基础. 绝大多数胃MALT淋巴瘤病例胃黏膜能检出*H pylori*, 本组资料*H pylori*感染率达82.4%, 表明*H pylori*感染与胃MALT淋巴瘤存在密切关联^[9-10].

PGML与胃溃疡、胃癌等难以区别, 故内镜检查是早期诊断该病的重要方法. PGML内镜下特点是病变范围广泛、散在且多发. 本组研究证实, 该病好发于胃体(44.1%)和胃窦(29.4%), 胃角、胃底、十二指肠球部及降部均可受累, 其中多为两个或两个以上病灶, 孤立病灶相对较少. 内镜下主要分为溃疡型、弥漫浸润型、隆起糜烂型, 一般为大的溃疡、巨大的腔内肿

■创新盘点

本文总结了原发性胃恶性淋巴瘤内镜下表现特征及其病理学特点. 针对肿瘤细胞首先在黏膜下生长, 其上往往覆盖正常黏膜组织的特点, 提出了对内镜下疑为恶性形态、多发性的病灶, 活检时注意深取, 并进行多次和多点活检, 甚至是一穴二钳方法, 每次活检组织不少于6块, 以提高检查阳性.

■同行评价

本文属回顾总结性研究,数据可靠准确,实用性强,学术价值较好。

物、广泛的结节,形成鹅卵石样外观或弥漫分布的颗粒样改变^[11]。

本组病理诊断均为B细胞霍奇金淋巴瘤,最基本的组织学改变是边缘区B细胞克隆性增生,淋巴上皮病变,淋巴滤泡克隆化形成假滤泡样结构。大部分为低度恶性淋巴瘤,而4例为大B细胞性淋巴瘤,则为高度恶性胃淋巴瘤。大多数胃高度恶性淋巴瘤是由低度恶性MALT转化而来,转化的标准是出现灶性浸润的大B细胞,不论数量多少,都属于高度恶性淋巴瘤^[12-13],且肿瘤细胞首先在黏膜下生长,其上往往覆盖正常黏膜组织,这一特点提示,对内镜下疑为恶性形态、多发性的病灶,活检时注意深取、多次和多点活检,甚至是一穴二钳方法,每次活检组织不少于6块,以提高检查阳性率^[14]。

PGML的预后明显优于胃其他恶性肿瘤及淋巴结内淋巴瘤。胃MALT淋巴瘤5年生存率可达90%,10年生存率为75%^[15]。因此,早诊断、早治疗是目前提高PGML生存率、延长生存期的关键。内镜检查的广泛应用及活检的充分和准确,对于PGML具有重要的确诊意义。

4 参考文献

- 1 骆红. 原发性胃恶性淋巴瘤的诊治. 中国当代医学 2008; 7: 61
- 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 欧阳钦, 易智慧. 胃肠道淋巴瘤. 中华消化杂志 2006; 26: 209-212
- 4 盛传伦, 赵忠岩, 胡淑晶. 内镜诊断原发性胃恶性淋巴瘤. 吉林医学 2000; 21: 137-138
- 5 陈蕾, 吕翔. 胃原发性恶性淋巴瘤. 诊断病理学杂志 2006; 13: 79
- 6 毕小刚, 杨建民, 王振华, 李向红. 原发性胃恶性淋巴瘤18例临床分析. 中国内镜杂志 2003; 9: 93-94
- 7 Hjermstad 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 施杰民. 原发性胃恶性淋巴瘤的特点及误诊分析. 中国全科医学 2006; 9: 2060-2061
- 9 贺降福, 刘荣, 胡仕林, 沈俊松, 王银, 陈新皓. 胃黏膜相关淋巴组织淋巴瘤临床与内镜诊断分析. 国际消化病杂志 2007; 27: 306-308
- 10 Wundisch T, Thiede C, Morgner A, Dempfle A, Gunther A, Liu H, Ye H, Du MQ, Kim TD, Bayerdorffer E, Stolte M, Neubauer A. Long-term follow-up of gastric MALT lymphoma after *Helicobacter pylori* eradication. *J Clin Oncol* 2005; 23: 8018-8024
- 11 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
- 12 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
- 13 胡家柳. 原发性胃恶性淋巴瘤9例临床误诊的探讨. 临床和实验医学杂志 2007; 6: 28-29
- 14 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-S78
- 15 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

编辑 李军亮 电编 郭海丽

ISSN 1009-3079 CN 14-1260/R 2008年版权归世界华人消化杂志

• 消息 •

世界华人消化杂志投稿方式

本刊讯 本刊只接受在线投稿,不接受其他方式的投稿,如E-mail,印刷版。在线投稿网址: <http://wcjd.wjgnet.com/submission@wjgnet.com>, 电话: 010-8538 1892, 传真: 010-8538-1893寻求帮助。投稿须知下载网址<<http://www.wjgnet.com/1009-3079/tgxz.pdf>>审稿过程平均时间需要14 d。来稿均经2-3位同行专家严格评审,2位或以上通过为录用,否则将退稿或修改后再审。接受后的稿件作者需缴纳稿件处理费及发表费,文章发表后可获得2本样刊及20套单行本(稿酬)。(常务副总编辑:张海宁 2008-10-18)