

## 胃平滑肌肉瘤诊治分析36例

韩文

### ■背景资料

胃平滑肌肉瘤比较少见, 占胃恶性肿瘤的1%-3%, 临床表现不典型, 无特异性症状及体征, 缺乏特异性检查手段, 各种检查方法各有优点及缺陷, 临床医生对本病缺乏认识和经验, 常漏诊、误诊。为提高术前诊断率, 特收集资料, 结合文献予以对比总结, 以提高认识。

韩文, 成都市第五人民医院 四川省成都市 611130

通讯作者: 韩文, 611130, 四川省成都市温江区麻市街33号, 成都市第五人民医院. babyhl@hotmail.com

电话: 028-82729325

收稿日期: 2008-08-16 修回日期: 2008-09-22

接受日期: 2008-10-07 在线出版日期: 2008-10-28

### Diagnosis and treatment of gastric leiomyosarcoma: an analysis of 36 cases

Wen Han

Wen Han, the Fifth Hospital of Chengdu City, Chengdu 611130, Sichuan Province, China

Correspondence to: Wen Han, the Fifth Hospital of Chengdu, 33 Mashu Street, Wenjiang District, Chengdu 611130, Sichuan Province, China. babyhl@hotmail.com

Received: 2008-08-16 Revised: 2008-09-22

Accepted: 2008-10-07 Published online: 2008-10-28

### Abstract

**AIM:** To investigate the clinical manifestations of gastric leiomyosarcoma as well as to summarize its diagnostic and therapeutic experience for decreased misdiagnosis and missed diagnosis.

**METHODS:** Thirty-six cases of gastric leiomyosarcoma were retrospectively studied at our hospital from January 1980 through December 2007. Clinical manifestations, the diagnosis and treatment were investigated.

**RESULTS:** Of 36 patients, 31 cases of upper gastrointestinal hemorrhage (86.1%), 4 cases of shock caused by massive hemorrhage, 22 cases of epigastric masses (61.1%), irregular epigastralgia (69.4%), 28 cases of anemia (77.7%), and 3 cases of pyloric obstruction (9.6%) were observed. Among 17 cases administrated with upper gastrointestinal barium meal, 10 was diagnosed as gastric carcinoma, 4 gastric ulcer and 3 no lesions. Among 25 upper gastrointestinal CT scans, 18 abdominal masses were found, of which, 5 cases were diagnosed as gastric leiomyosarcoma, 3 as pancreatic pseudocyst and 4 as pancreatic head cancer. Of 31 cases undergoing gastric endoscopy and biopsy, 7 cases were diagnosed as gastric leiomyosarcoma (22.6%). Tumor metastasis was not associated with tumor

size, growth pattern or growth position.

**CONCLUSION:** The clinical manifestations of gastric leiomyosarcoma were lack of specific features and gastric leiomyosarcoma is prone to misdiagnosis. Operation and histopathological examinations are best treatment and diagnostic options.

**Key Words:** Gastric leiomyosarcoma; Endoscopy; Diagnosis

Han W. Diagnosis and treatment of gastric leiomyosarcoma: an analysis of 36 cases. *Shijie Huaren Xiaohua Zazhi* 2008; 16(30): 3448-3450

### 摘要

**目的:** 探讨胃平滑肌肉瘤的临床特征, 总结其诊断和治疗经验, 减少术前漏诊、误诊。

**方法:** 回顾性分析1980-01/2007-12我院36例胃平滑肌肉瘤临床及内镜资料, 总结患者临床表现、诊断及治疗等临床特征。

**结果:** 36例患者中上消化道出血31例(86.1%), 4例大出血导致休克。上腹包块22例(61.1%), 无规律性上腹痛25例(69.4%), 贫血28例(77.7%), 幽门梗阻3例(9.6%)。上消化道钡餐17例, 诊断为胃癌10例, 胃溃疡4例, 3例未发现病灶。上腹部CT 25例, 18例胃实质性包块, 其中诊断为胃平滑肌肉瘤5例, 3例胰腺假性囊肿, 4例胰头占位。31例作胃镜检查并取活检, 仅7例确诊为胃平滑肌肉瘤(22.6%)。肿瘤转移与肿瘤大小、生长方式及生长部位无关。

**结论:** 胃平滑肌肉瘤临床表现缺乏特征性, 手术及病理检查是诊断和治疗的最好方法。

**关键词:** 胃平滑肌肉瘤; 内镜; 诊断

韩文. 胃平滑肌肉瘤诊治分析36例. *世界华人消化杂志* 2008; 16(30): 3448-3450

<http://www.wjgnet.com/1009-3079/16/3448.asp>

### 0 引言

胃平滑肌肉瘤起源于肌层的平滑肌组织, 亦

### ■同行评议者

关玉盘, 教授, 首都医科大学附属北京朝阳医院消化科

有极少数起源于黏膜层或血管肌层,少数可由胃良性平滑肌瘤恶变而来,是胃内最常见的恶性非上皮性肿瘤,多见于老年,临床表现不典型,加之缺乏特异性检查手段,术前诊断有一定困难,误诊、漏诊率高。本文收集我院1980-01/2007-12经外科手术切除并经病理证实的胃平滑肌肉瘤36例,结合文献对如何减少其术前漏诊、误诊作出分析。

## 1 材料和方法

1.1 材料 收集我院1980-01/2007-12经外科手术切除并经病理证实的胃平滑肌肉瘤患者36例,男25例,女11例,年龄32-78(平均61.5)岁。

1.2 方法 回顾性分析患者临床及内镜资料,总结临床表现、诊断及治疗等临床特征。

## 2 结果

2.1 临床表现 上消化道出血31例(86.1%),4例大出血导致休克。上腹包块22例(61.1%),无规律性上腹痛25例(69.4%),贫血28例(77.7%),幽门梗阻3例(9.6%)。术中见病变位于胃底8例,胃体23例,胃窦部5例。肿瘤直径小于等于5cm 8例(22.2%),大于5 cm 28例(77.8%)。腔内型19例,腔外型10例,混合型7例,出现症状至手术病理确诊1-8(平均2.3)年。

2.2 放射学及内镜检查 上消化道钡餐17例,诊断为胃癌10例,胃溃疡4例,3例未发现病灶。上腹部CT 25例,18例胃实质性包块,其中诊断为胃平滑肌肉瘤5例,3例胰腺假性囊肿,4例胰头占位。31例作胃镜检查并取活检,仅7例确诊为胃平滑肌肉瘤(22.6%)。

2.3 肿瘤发生转移情况 CT检查及术中发现,7例发生转移,其中2例肝转移,5例瘤体周围淋巴结转移。肿瘤小于等于5 cm 3例,大于5 cm 4例,肿瘤转移与肿瘤大小、生长方式及生长部位无关。

## 3 讨论

胃平滑肌肉瘤是胃常见的恶性非上皮性肿瘤,发病率低,占胃恶性肿瘤的1%-3%,占胃肉瘤的30%<sup>[1]</sup>,明显低于胃癌及胃恶性淋巴瘤。临床表现缺乏特征性,容易误诊为消化性溃疡、胃癌、幽门梗阻等其他疾病。对本病缺乏认识是漏诊、误诊的主要原因,而及时诊断是影响胃平滑肌肉瘤生存率的主要因素。

胃平滑肌肉瘤多位于胃体上部<sup>[2-4]</sup>,单发或多发,其好发部位与胃癌刚好相反,了解其好发部位与胃癌的差别对鉴别诊断有重要意义。大

体生长类型可分为3型:胃内型,胃外型,混合型。早期很少影响功能,常在晚期并发出血或贫血,上腹包块时才就诊。一般肿块较大,但很少发生转移,手术切除率高,本组手术切除率为91.7%。

内镜检查是诊断该病的主要方法,可以在动态的情况下直接观察肿块及胃腔的形态,镜下可见突入胃腔的肿物,用活检钳触之,质韧或硬,较固定,表面粗糙,肿块表面常有溃疡,糜烂出血,尤其形成穿凿样或脐孔样溃疡对诊断有意义,可取活检术前明确诊断,为治疗提供可靠的依据。但内镜也易误诊、漏诊,本组术前病理确诊7例,仅22.6%。内镜下胃平滑肌肉瘤与其他肿块特别是隆起型胃癌鉴别往往不易。胃平滑肌肉瘤多位于胃体上部,常有黏液糊掩盖,内镜如果不翻转或翻转角度不够容易漏诊,对胃外型平滑肌肉瘤的诊断更为困难,如果胃镜发现胃壁有压迹,局部胃壁形态有改变,胃腔内又无明显软组织肿块突入时,应配合CT进行诊断和鉴别诊断。胃平滑肌肉瘤病理改变主要在黏膜下,普通活检钳只有25%可达黏膜下层,因此单纯依靠内镜活检是不可靠的,但如果在肿瘤顶端溃疡处活检或采用挖洞式深部反复多处取材有助于组织学诊断,阳性率可达53.8%。

上消化道钡餐可随意多体位观察胃的整个轮廓和功能,明确是否有肿瘤的存在,腔内型表现为圆形、椭圆形或分叶状软组织肿块影,肿块内可见“脐样”龛影,腔外型可见胃受压向中线移位,胃黏膜变平,皱壁有拉直现象。但胃肠造影对肿块的形态、大小、质地和范围观察欠清<sup>[5]</sup>,不能取活检,难以从病理组织学来确定肿瘤的性质,当肿块向腔外突出为主时,钡餐表现并非本病所特异,易漏诊、误诊。CT检查已被广泛应用于胃肠道肿瘤的诊断,他不仅能确定肿瘤来源及其生长方式与发展方向,而且能够确定肿瘤的大小形态,内部结构及与周围结构的关系,还可观察肿瘤对邻近组织器官的侵犯及远处转移的情况,对提高腔外型胃平滑肌肉瘤的诊断准确率很有价值,CT下肿块巨大,广泛坏死,囊性变与胃关系密切为胃外型平滑肌肉瘤的特征<sup>[6]</sup>。MRI检查不仅有良好的软组织分辨能力,而且可采取多种扫描序列和多方位成像,因此对肿块的形态、大小、来源及范围较CT更准确<sup>[7]</sup>,特别是胃外型平滑肌肉瘤位于肝胃间,胃胰间,胃和后腹膜间诊断较困难时,应将MRI列为常规检查<sup>[8]</sup>。

### ■相关报道

由于胃平滑肌肉瘤比较少见,相关报道不多,胃镜与影像学是目前最常应用的主要方法。李书鹏,王新勇在《胃平滑肌肉瘤的MRI特点分析》中指出,MRI检查不仅有良好的软组织分辨能力,而且可采取多种扫描序列和多方位成像,对肿块的形态、大小、来源及范围较CT更准确,诊断较困难时,可列为常规检查。

### ■应用要点

在对胃平滑肌肉瘤的临床诊治中,任何单一的检查方法均存在一定的局限性,应将各种检查结果综合分析,有助于提高术前诊断率。超声内镜对胃平滑肌肉瘤的诊治具有较好的敏感性和特异性,有进一步研究、推广应用价值。

## ■同行评价

本文总结了胃平滑肌肉瘤的临床特征,对其各种诊断方法的优点与缺陷进行了比较与总结,对临床具有一定的实用价值。

近年来,超声内镜的诊断价值受到高度重视,他能清楚地显示胃壁各层的结构特征,了解肿瘤浸润的深度和范围,尤其是能在超声引导下对黏膜下肿块进行活检,其诊断符合率高达90%以上,对诊断胃平滑肌肉瘤有较好的敏感性和特异性<sup>[9]</sup>。但以上单一的检查方法均存在一定的局限性,胃镜或X线钡餐与CT、MRI、超声内镜、选择性血管造影等检查结果的综合分析,有助于提高术前诊断率。

胃平滑肌肉瘤对放疗、化疗均不敏感<sup>[10-12]</sup>,但预后较胃癌好<sup>[13]</sup>。胃部份或全部切除是胃平滑肌肉瘤的主要治疗措施,Katai报导103例胃平滑肌肉瘤患者治疗经验,对其中68例行楔形切除,5年生存率90%以上<sup>[14]</sup>,大大高于国内的51.2%<sup>[15]</sup>。对术后复发病例,同样也应选择以手术为主的治疗方法。国内外资料均表明肿瘤全切除组的疗效明显优于不全切除组。

## 4 参考文献

- 1 王晓玲,于皆平,冉宗学,罗和生. 内镜对胃平滑肌肉瘤的诊断价值. 中国内镜杂志 2003; 9: 35
- 2 邵建文,肖启栋,徐广玲. 腔外型胃平滑肌肉瘤CT诊

断. 牡丹江医学院学报 2003; 24: 29

- 3 王振虹,李绍科,毕卫群. 胃平滑肌肉瘤15例综合影像诊断分析. 齐鲁医学杂志 2004; 19: 350
- 4 张钢锋. 胃平滑肌肉瘤的诊治体会. 中国冶金工业医学杂志 2007; 24: 223-224
- 5 王晓玲,于皆平,袁嘉骥,罗和生,魏文洲. 胃平滑肌肉瘤23例影像学与内镜分析. 中国实用内科杂志 2004; 24: 301-302
- 6 李家言. 腔外型胃平滑肌肉瘤的CT表现. 广西医科大学学报 2006; 23: 462-463
- 7 赵桐,周经志. 不同影像学检查在胃平滑肌肉瘤诊断中的应用价值. 中国全科医学 2007; 10: 1962-1963
- 8 李书鹏,王新勇. 胃平滑肌肉瘤的MRI特点分析(附9例报告). 山东医学 2008; 48: 108
- 9 胡建群,张小勇. 腹部超声和超声内镜在胃间叶组织肿瘤中的诊断价值. 南京医科大学学报 2000; 20: 462-463
- 10 李玉函,李玲,姜建华,郑光明. 胃平滑肌肉瘤20例临床分析. 华西医学 2005; 20: 664-665
- 11 蒋建春,陈志新,胡建昆,陈佳平. 胃平滑肌肉瘤26例报告. 中国普外基础与临床杂志 2000; 6: 18
- 12 张为民,杨汝娟,卞宝祥,巨爱平,郑义同. 异环磷酸胺、阿霉素、顺铂联合方案治疗术后转移性胃平滑肌肉瘤16例临床疗效. 海南医学 2003; 14: 21-22
- 13 侯英勇,王坚,朱雄增,杜祥,孙孟红,郑爱华. 胃肠道间质瘤76例的临床病理及免疫组织化学特征. 中华病理学杂志 2002; 31: 20-25
- 14 Katai H, Sasako M, Sano T, Maruyama K. Surgical treatment for gastric leiomyosarcoma. *Ann Chir Gynaecol* 1998; 87: 293-296
- 15 张才全,傅仲学,王子卫,朱明才,时德. 胃平滑肌肉瘤23例诊治分析. 四川医学 2002; 23: 5-6

编辑 李军亮 电编 吴鹏朕

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

## • 消息 •

## 世界华人消化杂志标点符号用法

本刊讯 遵照国家标准GB/T 15834-1995标点符号用法的要求,本刊论文中的句号都采用黑圆点;数字间的起止号采用“-”字线,并列的汉语词间用顿号分开,而并列的外文词、阿拉伯数字、外文缩略词及汉语拼音字母拼写词间改用逗号分开,参考文献中作者间一律用逗号分开;表示终了的标点符号,如句号、逗号、顿号、分号、括号及书名号的后一半,通常不用于一行之首;而表示开头的标点符号,如括号及书名号的前一半,不宜用于一行之末。标点符号通常占一格,如顿号、逗号、分号、句号等;破折号应占两格;英文连字符只占一个英文字符的宽度,不宜过长,如5-FU。外文字符下划一横线表示用斜体,两横线表示用小写,三横线表示用大写,波纹线表示用黑体。(常务副总编辑:张海宁 2008-10-28)