

老年早期胃癌临床及内镜诊断124例

刘婧, 张子其, 陈孝, 付永和, 张钰

刘婧, 张子其, 陈孝, 付永和, 张钰, 中国人民解放军总医院南楼消化内镜诊疗科 北京市 100853

作者贡献分布: 此课题由刘婧设计; 研究过程由刘婧、张子其、陈孝、付永和及张钰操作完成; 资料、数据收集、整理分析由刘婧、张子其及陈孝完成; 本论文写作由刘婧完成。

通讯作者: 刘婧, 副主任医师, 100853, 北京市复兴路28号, 中国人民解放军总医院南楼消化内镜诊疗科. liujing7376@sohu.com
电话: 010-66876256 传真: 010-66935470

收稿日期: 2010-03-28 修回日期: 2010-05-27

接受日期: 2010-06-02 在线出版日期: 2010-07-18

Gastrosopic and clinical diagnosis of early gastric cancer in elderly patients: an analysis of 124 cases

Jing Liu, Zi-Qi Zhang, Xiao Chen, Yong-He Fu, Yu Zhang

Jing Liu, Zi-Qi Zhang, Xiao Chen, Yong-He Fu, Yu Zhang, Department of Digestive Endoscopy, Chinese PLA General Hospital, Beijing 100853, China

Correspondence to: Jing Liu, Department of Digestive Endoscopy, Chinese PLA General Hospital, Beijing 100853, China. liujing7376@sohu.com

Received: 2010-03-28 Revised: 2010-05-27

Accepted: 2010-06-02 Published online: 2010-07-18

Abstract

AIM: To investigate the clinicopathologic characteristics of early gastric cancer (EGC) in elderly patients.

METHODS: The clinical data for 124 elderly patients who were endoscopically diagnosed with EGC from May 1985 to December 2009 were retrospectively analyzed.

RESULTS: The mean age of these patients was 72.1 years. Elderly EGC patients usually had non-specific symptoms and physical signs. The tumors, most of which belonged to type IIb and IIc, were mainly located in the gastric sinus. Tumor diameter was usually less than 2 cm. Adenocarcinoma was the most common pathological type. Lymph node metastasis was noted in 3.2% (4/124) of patients.

CONCLUSION: There are usually no typical symptoms in elderly EGC patients. Mass screen-

ing by gastroscopy in combination with pathological examination is the most effective method to find EGC in elderly patients.

Key Words: Early gastric cancer; Endoscopy; Pathology

Liu J, Zhang ZQ, Chen X, Fu YH, Zhang Y. Gastrosopic and clinical diagnosis of early gastric cancer in elderly patients: an analysis of 124 cases. *Shijie Huaren Xiaohua Zazhi* 2010; 18(20): 2137-2140

摘要

目的: 分析老年人早期胃癌(early gastric cancer, EGC)的临床病理特征。

方法: 回顾分析1985-05/2008-06我科经胃镜诊断明确的老年EGC患者124例的临床及病理资料。

结果: 124例患者中, 平均年龄72.1岁, 症状体征缺乏特异性。EGC主要病灶分布于胃窦, 肉眼分型多为IIb、IIc型, 直径多<2 cm, 病理分型以腺癌为主, 多局限于黏膜层, 淋巴结转移率为3.2%(4/124)。

结论: 老年EGC临床症状不典型, 内镜普查并结合病理分析是发现老年EGC并指导治疗的有效方法。

关键词: 早期胃癌; 内镜; 病理特征

刘婧, 张子其, 陈孝, 付永和, 张钰. 老年早期胃癌临床及内镜诊断124例. *世界华人消化杂志* 2010; 18(20): 2137-2140
<http://www.wjgnet.com/1009-3079/18/2137.asp>

0 引言

胃癌是我国主要恶性肿瘤之一, 其死亡率居恶性肿瘤死亡率的首位^[1,2]。要提高胃癌患者的生存率, 关键在于早期诊断, 早期胃癌(early gastric carcinoma, EGC)定义为肿瘤的浸润局限于黏膜或黏膜下层, 不论病灶大小不管有无淋巴结转移。内镜检查是诊断EGC的主要手段。本文对我科确诊的124例老年EGC作回顾性分析, 旨在探

■背景资料

胃癌是我国主要恶性肿瘤之一, 其死亡率居恶性肿瘤死亡率的首位。要提高胃癌患者的生存率, 关键在于早期诊断, 内镜检查是诊断早期胃癌的主要手段。

■同行评议者

傅春彬, 主任医师, 吉化集团公司总医院一院消化内科

■研发前沿

如何坚持老年人群中的胃镜普查随诊,加强对EGC镜下表现的认识和鉴别,进而提高老年人群早期胃癌的检出率是亟待研究的问题。

讨老年人临床、内镜及病理特点,以提高EGC诊断水平。

1 材料和方法

1.1 材料 1985-05/2009-12, 我科胃镜检查共检出55岁以上老年EGC患者124例, 其中男119例, 女5例, 年龄55-91(平均年龄72.1)岁。

1.2 方法 对这124例老年EGC患者的临床表现、内镜所见、病理等结果作一回顾性分析。

2 结果

2.1 临床表现 本组病例有明确症状者仅31例(25%), 其中中上腹痛7例, 烧心反酸1例, 23例主诉上腹部不适感同时伴有腹胀、嗝气、消瘦等非特异性症状。便潜血阳性5例(4.0%), CEA升高待查1例, 85例(68.5%)患者无明显症状, 主要是查体发现。胃息肉切除术后复查2例, 所有病例均无腹部阳性体征。

2.2 病变部位 本组病理EGC的好发部位为胃窦, 其次是胃体。其中贲门21例(16.9%), 胃底5例(4.0%), 胃体26例(20.9%), 胃窦49例(39.5%), 胃角13例(10.5%), 残胃4例(3.2%), 多灶6例(4.8%)。

2.3 内镜下分型 按日本内镜协会早期胃癌的肉眼形态分为3型如下: I型(隆起型), II型(浅表型), 又分为IIa型(浅表隆起型)、IIb型(浅表平坦型)、IIc型(浅表凹陷型), III型(凹陷型), 此外介于两者之间的混合型, 本组大体分型以IIb、IIc型为主, 约占72.6%。其中I型6例(4.8%), IIa型13例(10.5%), IIb型42例(33.9%), IIc型48例(38.7%), IIa+IIc型6例(4.8%), I+IIc型5例(4.0%), III型4例(3.2%)。

2.4 病灶大小 EGC病灶为0.5-5 cm, <0.5 cm为微小胃癌, 0.6-1 cm为小胃癌, 本组以直径<5 mm的微小胃癌最多, 占38.7%(表1)。

2.5 病理类型 根据内镜下活检病理结果124例EGC以腺癌居多, 共69例占 55.6%, 其中重度不典型增生伴灶性癌变48例(38.4%, 表2)。

2.6 浸润深度 侵及黏膜下层22例, 脉管内癌栓6例, 淋巴结转移4例, 9例术后复发(表3)。

3 讨论

胃癌是我国最常见的恶性肿瘤之一, 其发病率通常在10/10万。要提高胃癌患者的生存率关键在于早期诊断及治疗。而EGC仅仅侵犯胃黏膜层或黏膜下层, 浸润范围小, 其临床表现常与胃炎、胃溃疡等症状相似, 多无特异性, 部分患

表 1 EGC病灶大小

肿瘤直径(mm)	n(%)
≤5	48(38.7)
5-10	36(29.0)
11-20	25(20.2)
>20	9(7.3)
多发	6(4.8)

表 2 EGC病理类型

病理类型	n(%)
重度不典型增生伴灶性癌变	50(40.3)
高分化腺癌	38(30.6)
中分化腺癌	14(11.3)
低分化腺癌	12(9.7)
印戒细胞癌	6(4.8)
腺瘤癌变	4(3.2)

表 3 EGC浸润深度与淋巴结转移及病灶大小

早期胃癌 浸润深度	脉管内癌栓	淋巴结转移	早期胃癌直径(mm)						
			有	无	<5	5-10	11-20	>20	
黏膜层(102)	1	0	101	47	30	24	1		
黏膜下层(22)	5	4	18	1	6	1	14		

者缺乏症状, 尤其老年人所占比例更高^[3-6]。我院Zhang等^[7]对3 048例老年人进行直接胃镜临床筛查, EGC检出率可达63.00%(58/92), 并且占无症状胃癌患者的74.14%(43/51)。因此给早期诊断带来很大困难。近年来随着高分辨电子内镜的普及, 色素染色内镜、共聚焦内镜及超声内镜等的应用, EGC的检出率有了明显提高, 日本EGC的检出率已达50.0%左右^[8-10]。而我国EGC的检出率仅为4.0%-10.0%^[11,12]。本文老年人EGC有明确上腹痛、腹胀症状的仅31例(25%), 而无明显不适主诉, 仅因常规查体发现的85例(68.5%), 故对临床上出现上腹痛、腹胀、乏力、食欲不振、吞咽不适等应放宽内镜检查指征, 尤其是老年人, 内镜普查和定期的随诊十分必要^[13-15]。

内镜操作者的经验是正确判断的关键, 我国对EGC的内镜下分型多采用日本分型, 本组病例分型以IIc居多(46.0%)。I型和III型比较容易认识, 但识别II型有一定难度, 而在病变早期, 往往表现为表浅的充血、变色、粗糙、有报道EGC的大体类型与预后关系密切, 而其组织学

■相关报道

Zhang等对3 048例老年人进行直接胃镜临床筛查, 早期胃癌检出率可达63.00%(58/92), 并且占无症状胃癌患者的74.14%(43/51)。

类型与预后无明显关系^[16-18]。故临床上对平坦型病变应特别注意。凹陷型病变较容易发现和咬取活检,而平坦型EGC容易遗漏,这与内镜诊断水平高低、与内镜医师的操作技术、诊断经验有着密切关系^[19,20],EGC好发于胃窦,应仔细观察,对于胃窦、胃角的小片状充血、粗糙、糜烂质脆黏膜等可疑病灶要求做多活点活检,并强调活检取材要点和准确方法,这也是诊断EGC的关键^[21,22]。贲门及胃底处因位置较高,胃镜检查及活检需要一定技术,容易漏诊,应详查。

日本学者认为影响EGC生存率的重要因素是淋巴结转移情况,黏膜下癌淋巴结转移率高,预后相对差^[23,24]。肿瘤直径大、浸润黏膜下层、分化程度差是EGC淋巴结转移的独立危险因素^[25]。本研究结果显示:黏膜内癌102例(82.3%),黏膜下癌22例(17.7%),淋巴结转移率分别为0%和18.2%。

组织学检查是诊断EGC的金标准^[26]。目前认为,慢性萎缩性胃炎、胃溃疡及胃息肉等是癌前疾病,是一个临床概念,而胃黏膜上皮的肠化生和异形增生,认为是癌前病变,他是一种病理学概念。有资料证明,伴有中度或重度不典型增生者发展为胃癌的可能性为36%和80%^[27]。因此必须对癌前疾病和癌前病变的患者进行定期内镜及病理随访检查和检测,尤其对萎缩性胃炎、胃溃疡、胃息肉等伴不同程度肠化生或异性增生者,应列为高危人群,进行定期追踪随访,主要是病理随访检测^[17,28]。有研究对EGC患者未行手术切除治疗进行严格随访,发现由EGC进展为晚期胃癌(advanced gastric carcinoma, AGC)的中心时间大约37 mo,说明整个EGC阶段可持续数年,这为临床胃癌的检出提供了回旋余地,所以要坚持定期随访复查^[29]。我们在普查随访中发现病灶<0.5 cm黏膜层病灶少有淋巴结转移,治疗后5年复发率为0。

在老年人群中开展内镜普查及随访加强对EGC镜下表现的认识和鉴别并对镜下可疑病灶多点取材,能够提高老年人群EGC的检出率和诊断率。由于坚持了老年人群的内镜普查,EGC都在较小的病灶时被发现,淋巴转移率低,预后好。

4 参考文献

- Hartgrink HH, Jansen EP, van Grieken NC, van de Velde CJ. Gastric cancer. *Lancet* 2009; 374: 477-490
- Yu JX. [Familiar gastric cancer: case report and systematic review of the Chinese literature] *Zhonghua Yixue Zazhi* 2008; 88: 2789-2791
- Leung WK, Wu MS, Kakugawa Y, Kim JJ, Yeoh KG,

- Goh KL, Wu KC, Wu DC, Sollano J, Kachintorn U, Gotoda T, Lin JT, You WC, Ng EK, Sung JJ. Screening for gastric cancer in Asia: current evidence and practice. *Lancet Oncol* 2008; 9: 279-287
- Arai T, Takubo K. Clinicopathological and molecular characteristics of gastric and colorectal carcinomas in the elderly. *Pathol Int* 2007; 57: 303-314
- Sugano K. Gastric cancer: pathogenesis, screening, and treatment. *Gastrointest Endosc Clin N Am* 2008; 18: 513-522, ix
- Fock KM, Talley N, Moayyedi P, Hunt R, Azuma T, Sugano K, Xiao SD, Lam SK, Goh KL, Chiba T, Uemura N, Kim JG, Kim N, Ang TL, Mahachai V, Mitchell H, Rani AA, Liou JM, Vilaichone RK, Sollano J. Asia-Pacific consensus guidelines on gastric cancer prevention. *J Gastroenterol Hepatol* 2008; 23: 351-365
- Zhang Z, Wan J, Zhu C, Wang M, Zhao D, Fu Y, Zhang J, Wang Y, Wu B. Direct gastroscopy for detecting gastric cancer in the elderly. *Chin Med J (Engl)* 2002; 115: 117-118
- Moore MA, Sobue T. Cancer research and control activities in Japan: contributions to international efforts. *Asian Pac J Cancer Prev* 2009; 10: 183-200
- Yasuda K. Early gastric cancer: diagnosis, treatment techniques and outcomes. *Eur J Gastroenterol Hepatol* 2006; 18: 839-845
- Tashiro A, Sano M, Kinameri K, Fujita K, Takeuchi Y. Comparing mass screening techniques for gastric cancer in Japan. *World J Gastroenterol* 2006; 12: 4873-4874
- Yang L, Parkin DM, Whelan S, Zhang S, Chen Y, Lu F, Li L. Statistics on cancer in China: cancer registration in 2002. *Eur J Cancer Prev* 2005; 14: 329-335
- Tan YK, Fielding JW. Early diagnosis of early gastric cancer. *Eur J Gastroenterol Hepatol* 2006; 18: 821-829
- Maconi G, Manes G, Porro GB. Role of symptoms in diagnosis and outcome of gastric cancer. *World J Gastroenterol* 2008; 14: 1149-1155
- Yoshida S, Kozu T, Gotoda T, Saito D. Detection and treatment of early cancer in high-risk populations. *Best Pract Res Clin Gastroenterol* 2006; 20: 745-765
- Yeoh KG. How do we improve outcomes for gastric cancer? *J Gastroenterol Hepatol* 2007; 22: 970-972
- Kunisaki C, Takahashi M, Nagahori Y, Fukushima T, Makino H, Takagawa R, Kosaka T, Ono HA, Akiyama H, Moriwaki Y, Nakano A. Risk factors for lymph node metastasis in histologically poorly differentiated type early gastric cancer. *Endoscopy* 2009; 41: 498-503
- Okabayashi T, Kobayashi M, Nishimori I, Sugimoto T, Namikawa T, Onishi S, Hanazaki K. Clinicopathological features and medical management of early gastric cancer. *Am J Surg* 2008; 195: 229-232
- Lazăr D, Tăban S, Demă A, Cornianu M, Goldiș A, Rațiu I, Sporea I. Gastric cancer: the correlation between the clinicopathological factors and patients' survival (I). *Rom J Morphol Embryol* 2009; 50: 41-50
- Yao K, Iwashita A, Tanabe H, Nagahama T, Matsui T, Ueki T, Sou S, Kikuchi Y, Yorioka M. Novel zoom endoscopy technique for diagnosis of small flat gastric cancer: a prospective, blind study. *Clin Gastroenterol Hepatol* 2007; 5: 869-878
- Sano T, Hollowood A. Early gastric cancer: diagnosis and less invasive treatments. *Scand J Surg* 2006; 95: 249-255
- Qian JZ, Zhao K, Li SL, Xu HM. [Clinicopathological

■应用要点

在老年人群中开展内镜普查及随访,提高老年人群EGC的检出率和诊断率,进而提高早期胃癌的治愈率及胃癌患者的生存率,与胃癌患者的生活质量密切相关。

■同行评价

本文内容科学, 数据详实可靠, 对临床及内镜工作人员有较好的指导意义。

- analysis of 250 patients with early-stage gastric cancer] *Zhonghua Weichang Waikes Zazhi* 2010; 13: 103-105
- 22 Guarner J, Herrera-Goepfert R, Mohar A, Smith C, Schofield A, Halperin D, Sanchez L, Parsonnet J. Diagnostic yield of gastric biopsy specimens when screening for preneoplastic lesions. *Hum Pathol* 2003; 34: 28-31
- 23 Saito H, Osaki T, Murakami D, Sakamoto T, Kanaji S, Ohro S, Tatebe S, Tsujitani S, Ikeguchi M. Recurrence in early gastric cancer--presence of micrometastasis in lymph node of node negative early gastric cancer patient with recurrence. *Hepatogastroenterology* 2007; 54: 620-624
- 24 Saka M, Katai H, Fukagawa T, Nijjar R, Sano T. Recurrence in early gastric cancer with lymph node metastasis. *Gastric Cancer* 2008; 11: 214-218
- 25 Otsuji E, Kuriu Y, Ichikawa D, Ochiai T, Okamoto K, Yamagishi H. Prediction of lymph node metastasis by size of early gastric carcinoma. *Hepatogastroenterology* 2007; 54: 602-605
- 26 Moreira H, Pinto-de-Sousa J, Carneiro F, Cardoso de Oliveira M, Pimenta A. Early onset gastric cancer no longer presents as an advanced disease with ominous prognosis. *Dig Surg* 2009; 26: 215-221
- 27 Klinge U, Ackermann D, Lynen-Jansen P, Mertens PR. The risk to develop a recurrence of a gastric cancer-is it independent of time? *Langenbecks Arch Surg* 2008; 393: 149-155
- 28 Testino G. Gastric precancerous changes: carcinogenesis, clinical behaviour immunophenotype study and surveillance. *Panminerva Med* 2006; 48: 109-118
- 29 Goto O, Fujishiro M, Kodashima S, Ono S, Omata M. Is it possible to predict the procedural time of endoscopic submucosal dissection for early gastric cancer? *J Gastroenterol Hepatol* 2009; 24: 379-383

编辑 曹丽鸥 电编 何基才

ISSN 1009-3079 CN 14-1260/R 2010年版权归世界华人消化杂志

• 消息 •

《世界华人消化杂志》正文要求

本刊讯 本刊正文标题层次为 0 引言; 1 材料和方法, 1.1 材料, 1.2 方法; 2 结果; 3 讨论; 4 参考文献。序号一律左顶格写, 后空1格写标题; 2级标题后空1格接正文。以下逐条陈述: (1)引言 应包括该研究的目的和该研究与其他相关研究的关系。(2)材料和方法 应尽量简短, 但应让其他有经验的研究者能够重复该实验。对新的方法应该详细描述, 以前发表过的方法引用参考文献即可, 有关文献中或试剂手册中的方法的改进仅描述改进之处即可。(3)结果 实验结果应合理采用图表和文字表示, 在结果中应避免讨论。(4)讨论 要简明, 应集中对所得的结果做出解释而不是重复叙述, 也不应是大量文献的回顾。图表的数量要精选。表应有表序和表题, 并有足够具有自明性的信息, 使读者不查阅正文即可理解该表的内容。表内每一栏均应有表头, 表内非公知通用缩写应在表注中说明, 表格一律使用三线表(不用竖线), 在正文中该出现的地方应注出。图应有图序、图题和图注, 以使其容易被读者理解, 所有的图应在正文中该出现的地方注出。同一个主题内容的彩色图、黑白图、线条图, 统一用一个注解分别叙述。如: 图1 萎缩性胃炎治疗前后病理变化。A: …; B: …; C: …; D: …; E: …; F: …; G: …。曲线图可按●、○、■、□、▲、△顺序使用标准的符号。统计学显著性用: ^a $P < 0.05$, ^b $P < 0.01$ ($P > 0.05$ 不注)。如同一表中另有一套 P 值, 则^c $P < 0.05$, ^d $P < 0.01$; 第3套为^e $P < 0.05$, ^f $P < 0.01$ 。 P 值后注明何种检验及其具体数字, 如 $P < 0.01$, $t = 4.56$ vs 对照组等, 注在表的左下方。表内采用阿拉伯数字, 共同的计量单位符号应注在表的右上方, 表内个位数、小数点、±、-应上下对齐。“空白”表示无此项或未测, “-”代表阴性未发现, 不能用同左、同上。等。表图勿与正文内容重复。表图的标目尽量用 t/min , $c/(\text{mol/L})$, p/kPa , V/mL , $t/^\circ\text{C}$ 表达。黑白图请附黑白照片, 并拷入光盘内; 彩色图请提供冲洗的彩色照片, 请不要提供计算机打印的照片。彩色图片大小 $7.5\text{ cm} \times 4.5\text{ cm}$, 必须使用双面胶条粘贴在正文内, 不能使用浆糊粘贴。(5)志谢 后加冒号, 排在讨论后及参考文献前, 左齐。