

DOI: 10.3969/j.issn.1005-8982.2016.14.028

文章编号: 1005-8982(2016)14-0135-03

18 例胃黏膜相关淋巴组织淋巴瘤临床分析

童明富,王细金,叶向荣,欧阳卫泽,蔡长春,夏凤梅

(九江学院附属医院 消化内科,江西 九江 332000)

摘要:目的 提高对胃黏膜相关淋巴组织(MALT)淋巴瘤的诊疗水平,提高其治愈率。**方法** 对九江学院附属医院 2006-2013 年胃 MALT 淋巴瘤病例资料进行回顾性分析。**结果** 胃镜检查示胃 MALT 淋巴瘤疑似病例 67 例,病理确诊胃 MALT 淋巴瘤 18 例,内镜病理诊断符合率 26.9%。18 例确诊患者男女比例为 1:1.25,平均年龄(54.2±8.7)岁。临床症状以上腹部疼痛最常见 15 例(83.3%),恶心、呕吐 14 例(77.8%),纳差 11 例(61.1%)、消瘦 7 例(38.9%),呕血、黑便 3 例(16.7%)。内镜下表现为广泛、多发溃疡或结节样病变,病变位于胃窦部 7 例,胃体部 9 例,同时累及胃窦、胃体部 2 例。12 例中 7 例检测幽门螺杆菌感染阳性,阳性率 58.3%。18 例患者中经手术+术后化疗 7 例;单纯化疗 5 例;根除 HP 治疗 3 例;根除 HP 治疗+手术 3 例。**结论** 胃 MALT 淋巴瘤临床、内镜下特点特异性差,极易误诊;胃 MALT 淋巴瘤治疗首选根除 HP 治疗,对于转移和根除 HP 治疗效果不佳时,需进一步放化疗或联合手术治疗。

关键词: 胃;MALT 淋巴瘤;临床分析

中图分类号: R755.2

文献标识码: B

胃黏膜相关淋巴组织(mucosa associated lymphoid tissue,MALT)淋巴瘤是来自边缘区 B 细胞的非霍奇金淋巴瘤(NHL),胃是最常见的发病部位^[1]。尽管胃 MALT 淋巴瘤在胃恶性肿瘤中所占的比率不高,但近年来其发病率呈上升趋势^[2]。其临床症状的非特异性、内镜表现的多样性,都增加了内镜诊断的难度^[3],况且目前国内外对胃 MALT 淋巴瘤的治疗缺乏共识意见。本文通过选取近年来九江学院附属医院诊断胃 MALT 淋巴瘤病例资料,从内镜表现及临床特点进行总结分析并进行文献复习,以期提高该病临床诊疗水平。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取 2006~2013 年于九江学院附属医院经胃镜检查疑似胃 MALT 淋巴瘤资料,并从中遴选出经病理确诊胃 MALT 淋巴瘤病例。

1.2 研究方法

1.2.1 内镜诊断 所有患者均行电子胃镜检查。胃镜发现可疑病变予以多点取材(6~8 块活检组织),进行病理诊断。

1.2.2 病理诊断 由病理科医师采取常规 HE 染色及免疫组织化学染色确诊,部分可疑病理经外院基因重组确诊。

1.2.3 HP 检测 以病理、快速尿素酶试验、14C 或 13C 呼气试验检测有无 HP 感染,其中有检测阳性,即认为 HP 感染阳性。

2 结果

2.1 一般情况

2006~2013 年于本院胃镜直视下诊断疑似胃 MALT 淋巴瘤病例 67 例,其中经病理确诊病例仅 18 例,胃镜病理诊断符合率 26.9%。18 例确诊患者中,男性 8 例,女性 10 例,男女比例为 1:1.25,年龄 35~76 岁,平均(54.2±8.7)岁。

2.2 临床表现

临床表现呈多样性,表现最常见的为上腹疼痛(15 例)、恶心、呕吐(14 例)、纳差 11 例、消瘦(7 例)、呕血、黑便(3 例)。见表 1。

2.3 胃镜表现

病变部位位于胃体(9 例)、胃窦(7 例),病变范围较广,部分病变同时累及胃体、胃窦(2 例)。主要

表现为广泛、多发溃疡(12例)或结节样病变(6例)。见表 2。

2.4 胃镜检查及活检结果

67例胃镜疑似胃 MALT 淋巴瘤中,18例活检病理确诊为胃 MALT 淋巴瘤,胃镜病理诊断符合率 26.9%,其中有 2例常规病理提示胃 MALT 淋巴瘤可疑,完善免疫组织化学及分子遗传学检查后确诊胃 MALT 淋巴瘤。其他患者,29例活检病理确诊为腺癌;10例活检病理确诊为胃良性溃疡;9例活检病理确诊增生性息肉;1例活检病理确诊为萎缩性胃炎。见表 3。

2.5 HP 感染检测情况

有 12例进行 HP 检测,其中 7例 HP 检测阳性,阳性率 58.3%。

2.6 治疗

7例经手术治疗,术后行化疗,CHOP 方案为主;5例单纯 CHOP 化疗;3例经根除 HP 治疗后内镜征象完全缓解;3例根除 HP 治疗缓解不明显,再行外

科手术。

3 讨论

原发胃恶性淋巴瘤(primary gastric lymphoma, PGL)是一种少见的胃恶性肿瘤,占有胃恶性肿瘤的 7%。根据 2000 年 WHO 分类标准,约 40%的 PGL 为胃 MALT 淋巴瘤,另 60%的 PGL 为弥漫大 B 细胞性淋巴瘤(diffuse large B cell lymphomas,DLBCL),其中 1/3 为 MALT 淋巴瘤转化而来^[4]。胃是 MALT 淋巴瘤最常见的部位,约占结外淋巴瘤的 37%,约占胃恶性肿瘤的 2%~8%,具有低度恶性,其临床和内镜下的表现无特异性,极易误诊,预后较胃癌要好^[5]。因此,提高胃 MALT 淋巴瘤的临床及内镜特点的认识,提高对其鉴别能力尤为重要。

胃 MALT 淋巴瘤的临床表现类似慢性胃炎、消化性溃疡或功能性消化不良等,常为上腹部隐痛或不适、反酸、腹胀、黑便、恶心等。本资料显示胃 MALT 淋巴瘤好发于 40~60 岁患者,男女发病率相近。临床表现可为上腹胀、恶心、呕吐,纳差、消瘦,甚至呕血、黑便等表现,差异无统计学意义。

胃 MALT 淋巴瘤胃镜下常表现广泛、多发溃疡或结节样病变,常与胃癌、溃疡、息肉、炎症混淆,部位以胃体、胃窦多见,亦可见于胃底、贲门^[6]。本资料亦显示该病内镜下容易与上述疾病相混淆。而且仅发现病变位于胃体、胃窦,未见胃底、贲门病变,可能与病例数少有关。其中有 2例病理结果疑诊,最终依靠免疫组化及分子遗传学检查确诊,提示该病有时活检组织病理都难以确诊。内镜医师需要提高对该病警惕性,对可疑病灶多点多方向活检,并尽可能多的取得组织。内镜下多点多方向活检、深凿活检及利用圈套大活检获取包括黏膜下层在内的大块胃黏膜(内镜黏膜活检)可提高胃 MALT 淋巴瘤的诊断率^[7]。

近年来研究认为,胃 MALT 淋巴瘤的治疗方式从传统手术治疗为主转变为 Hp 根除治疗、化疗及放疗等综合治疗^[8]。目前对于 HP 感染可以引发胃 MALT 淋巴瘤的观点已经达到共识,根除 HP 可治愈胃 MALT 淋巴瘤的观点也得到大量研究证实^[9]。本组研究患者中有 3例患者经过根除 HP 治疗治愈,其他患者在根治 HP 治疗效果不佳时采取外科手术切除或化疗,符合胃 MALT 淋巴瘤治疗方案。

总之,胃 MALT 淋巴瘤是一种少见病,临床医师应该提高对该病的认识,减少该病临床误诊率。对于

表 1 18 例患者主要临床表现

临床表现	例数	百分比/%
上腹痛	15	83.3
恶心或呕吐	14	77.8
纳差	11	61.1
消瘦	7	38.9
呕血或黑便	3	16.7

表 2 18 例患者发病部位及内镜表现

特点	例数	百分比/%
发病部位		
胃体	9	50.0
胃窦	7	38.9
胃体+胃窦	2	11.1
内镜表现		
多发溃疡	12	66.7
结节样改变	6	33.3

表 3 67 例胃镜疑似胃 MALT 淋巴瘤患者病理类型分布

病理类型	例数	百分比/%
胃 MALT 淋巴瘤	18	26.9
胃癌	29	43.3
溃疡	10	14.9
增生性息肉	9	13.4
萎缩性胃炎	1	1.5

该病的治疗首选根除 HP 治疗,即使 HP 阴性患者也可从 HP 根除治疗中获益。对于转移和根除 HP 治疗效果不佳时,需进一步放化疗或联合手术。

参 考 文 献:

- [1] ZUCCA E, GREGORINI A, CAVALLI F. Management of non-Hodgkin lymphomas arising at extranodal sites[J]. Ther Umsch, 2010, 67(10): 517-525.
- [2] NAKAMURA S, MATSUMOTO T, IIDA M, et al. Primary gastrointestinal lymphoma in Japan: a clinicopathologic analysis of 455 patients with special reference to its time trends[J]. Cancer, 2003, 97(10): 2462-2473.
- [3] DOGLIONI C, PONZONI M, FERRERI A J, et al. Gastric lymphoma: the histology report[J]. Dig Liver Dis, 2011, 43(4): 310-318.
- [4] HARRIS N L, JAFFE E S, DIEBOLD J, et al. World health organization classification of neoplastic diseases of the hematopoietic and lymphoid tissues: report of the clinical advisory committee meeting airlehouse, virginia, november 1997 [J]. J Clin Oncol, 1999, 17(12): 3835-3849.
- [5] AI-AKWAA A M, SIDDIQUI N, AI-MOFLEH L A. Primary gastric lymphoma[J]. World J Gastroenterol, 2004, 10(1): 5-11.
- [6] 孙萍胡, 朱燕华, 吴巍, 等. 胃 MALT 淋巴瘤的形态特征及[J]. 胃肠病学和肝病学杂志, 2012, 21(11): 1019-1022.
- [7] 陈广侠, 姜葵, 王邦茂, 等. 胃黏膜相关淋巴组织淋巴瘤的临床特点及单纯根除幽门螺杆菌治疗的价值分析[J]. 中华消化内镜杂志, 2012, 29(3): 155-158.
- [8] NAKAMURA S, MATSUMOTO T. Treatment Strategy for Gastric Mucosa-Associated Lymphoid Tissue Lymphoma[J]. 2015, 44(3): 649-660.
- [9] NAKAMURA S, SUGIYAMA T, MATSUMOTO T, et al. Long term clinical outcome of gastric MALT lymphoma after eradication of Helicobacter pylori: a multicentre cohort follow-up study of 420 patients in Japan[J]. Gut, 2012, 61(4): 507-513.

(张西倩 编辑)