

·病例报道·

内镜下线性黏膜切开后深挖活检术诊断皮革胃表现的胃印戒细胞癌 1 例(含视频)



扫码查看操作视频

周春华¹ 张玲¹ 张尧¹ 张敏敏¹ 张本炎² 王东¹ 邹多武¹¹上海交通大学医学院附属瑞金医院消化科,上海 200020;²上海交通大学医学院附属瑞金医院病理科,上海 200020

通信作者:邹多武,Email: zdw_pi@163.com

【摘要】 Borrmann IV型胃癌又称皮革胃,在内镜下表现为胃黏膜皱襞肥厚、融合,因肿瘤细胞浸润至黏膜下层,内镜下活检表面黏膜常出现假阴性结果。对内镜医师而言,如何准确获取病灶部位以病理确诊仍是一个挑战。本文报道 1 例反复内镜活检阴性的皮革胃患者,最终通过内镜下线性黏膜切开后深挖活检术确诊。该方法为皮革胃内镜下获取病理诊断提供一种新思路。

【关键词】 皮革胃; 印戒细胞癌; 黏膜切开术; 深挖活检术; 超声内镜

基金项目:国家自然科学基金(81800570,81970480)

Diagnosis of gastric signet-ring cell carcinoma manifested with linitis plastica by deep biopsy after linear mucosal resection under gastroscopy: a case report (with video)

Zhou Chunhua¹, Zhang Ling¹, Zhang Yao¹, Zhang Minmin¹, Zhang Benyan², Wang Dong¹, Zou Duowu¹¹Department of Gastroenterology, Ruijin Hospital, Shanghai Jiao Tong University School of Medicine, Shanghai 200020, China; ²Department of Pathology, Ruijin Hospital, Shanghai Jiao Tong University School of Medicine, Shanghai 200020, China

Corresponding author: Zou Duowu, Email: zdw_pi@163.com

患者女,35岁,因“产后月经不规律2个月余”至当地医院就诊,发现“盆腔肿块”。行全腹部增强CT:胃角增厚强化,网膜、腹膜多发结节,盆腔肿块,直肠壁增厚,转移可能,子宫增大并强化不均,肝胃间隙稍大淋巴结,肝脏小囊肿,腹盆腔少量积液(图1)。盆腔MRI:盆腔内右侧附件区团块状软组织信号,网膜、腹膜结节状不均匀增厚(图2)。PET-CT:胃窦及相邻胃体大弯侧及小弯侧软组织增厚并氟代脱氧葡萄糖(fluorodeoxyglucose, FDG)摄取增高,右侧附件区混杂密度肿块并FDG摄取增高,大网膜、肠系膜区及盆底腹膜软组织增厚并FDG摄取增高,胃小弯侧、胃窦旁、腹膜后多发淋巴结并FDG摄取增高,均考虑恶性肿瘤累及,以胃癌伴多发淋巴结转移、腹膜种植转移、右侧卵巢种植转移可能性大,原发性卵巢癌不排除,腹盆腔积液。胃镜:胃体黏膜病变,活检组织病理:(胃体)黏膜慢性炎伴息肉状增生。血CA125:452 U/mL。患者为进一步确诊,至我院门诊行环

扫内镜超声检查(endoscopic ultrasonography, EUS):胃体中下部前壁及大弯侧见弥漫黏膜肥厚、粗糙、发红,未见明显凹陷性病灶,受累处胃壁僵硬,蠕动差,病变范围累及胃角(图3),以12 MHz超声探头扫查,可见病灶处局部全层增厚,呈不均匀低回声改变,层次结构不清,呈融合改变,其中一处厚度约11 mm(图4),于内镜视野下局部深挖活检7块。病理提示:浅表黏膜慢性炎。为进一步明确诊断,行内镜下线性黏膜切开后深挖活检术(图5):术中于胃体中下部前壁黏膜增厚处注射含有稀释肾上腺素、亚甲蓝及甘油果糖的注射液,黏膜下层质地硬,黏膜无法抬举,后用一次性黏膜切开刀于病灶处将黏膜层线形切开,切开长度0.6~0.8 cm,再予一次性活检钳从切开处深挖活检,术后局部创面无活动性出血,以钛夹1枚夹闭创面。术后患者病情稳定,无腹痛、呕血、黑便。活检病理:胃黏膜组织,局灶见核偏位细胞,核增大,部分可见核仁(图6)。免疫组化见肿瘤细胞表

DOI: 10.3760/cma.j.cn321463-20210422-00172

收稿日期 2021-04-22 本文编辑 朱悦

引用本文:周春华,张玲,张尧,等.内镜下线性黏膜切开后深挖活检术诊断皮革胃表现的胃印戒细胞癌 1 例(含视频)[J].中华消化内镜杂志,2022,39(9):747-749. DOI: 10.3760/cma.j.cn321463-20210422-00172.



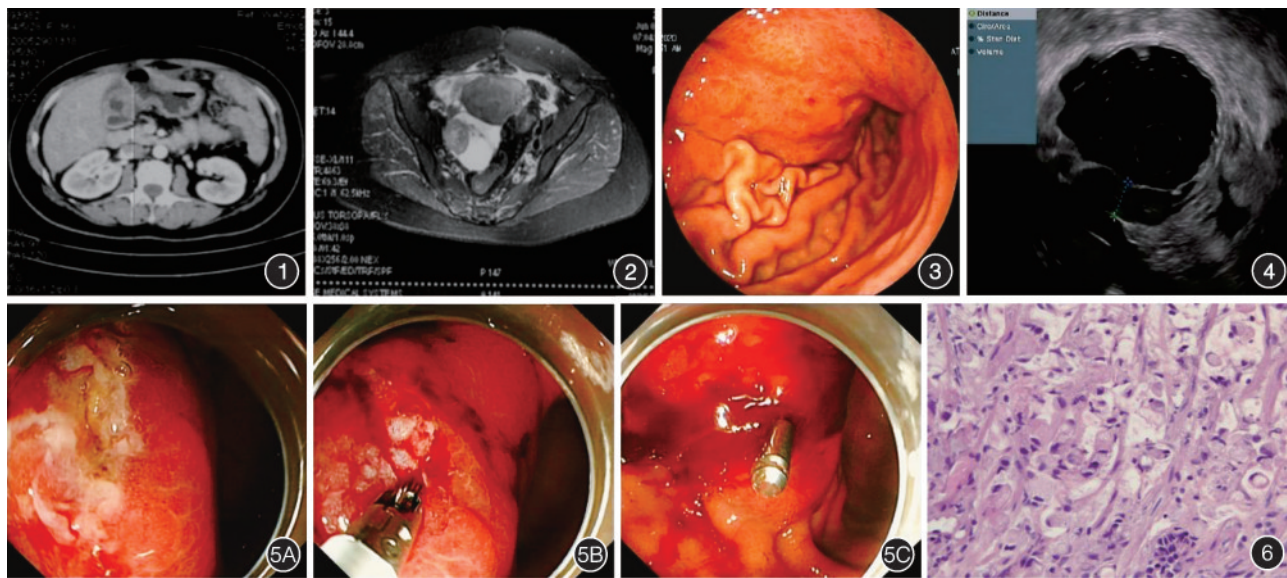


图1 增强CT提示胃角增厚强化 图2 盆腔MRI示盆腔内右侧附件区团块状软组织信号 图3 胃镜下可见胃体中下部前壁及大弯侧弥漫黏膜肥厚、粗糙、发红 图4 内镜超声下病灶处局部全层增厚,呈不均匀低回声改变,层次结构不清,呈融合改变 图5 内镜下线性黏膜切开后深挖活检术 5A:一次性黏膜切开刀于病变处将黏膜层线形切开;5B:一次性活检钳从黏膜切开处深挖活检;5C:创面无活动性渗血,钛夹夹闭 图6 活检病理见核偏位的细胞(印戒细胞),核增大,部分可见核仁 HE $\times 400$

达 AE1/AE3、CK7、EMA、CAM5.2、Ki67(约 5%+)、P53(野生型),不表达 Vimentin 及 CD34。结合临床及免疫组化表型,考虑为胃低分化腺癌(印戒细胞癌)。

讨论 Borrmann IV 型胃癌又称皮革胃,其特征是胃底腺区域黏膜中存在未分化的癌细胞,起初表现为局灶的 II c 型黏膜内癌,在溃疡发生前肿瘤细胞在黏膜下弥漫性浸润,伴有纤维组织增生,导致胃皱襞肿胀,胃壁增厚、僵硬^[1]。对于内镜下所见胃壁增厚,需要与皮革胃鉴别诊断的疾病包括胃淋巴瘤、转移性胃癌、Menetrier 病、梅毒、克罗恩病、结核导致的特异性胃炎、巨细胞病毒感染、淀粉样病变等^[1-2],这些疾病的治疗策略完全不一样,因此及时准确的诊断非常有必要,否则影响下一步治疗及患者预后。

近年来围绕 Borrmann IV 型胃癌等胃弥漫性浸润性病变的内镜下病灶组织诊断,有许多文献报道。2012 年 Kodani 等^[3]报道对 1 例硬性胃癌患者行透明帽辅助下黏膜圈套切除术明确诊断。但该方法有出血风险,且对于无局限性隆起性病灶,尤其是合并纤维组织时,很难进行圈套操作。亦有虽然行透明帽辅助下黏膜圈套切除术后再活检,但仍无法确诊的病例报道^[4]。Chiyo 等^[5]借鉴胃黏膜下肿瘤活检取样^[6]方法,采用内镜下黏膜剥离术,对病灶周边正常黏膜切开,形成黏膜下瓣,再用活检钳进入黏膜下层进行病灶活检明确诊断。内镜超声引导下细针抽吸术(endoscopic ultrasound-guided fine needle aspiration, EUS-FNA)可以诊断导致胃壁弥漫增厚的病变,一项回顾研究纳入 24 例诊断皮革胃的患者,发现 EUS-FNA 对胃壁病灶的诊断准确性并不高,相对于穿刺转移性淋巴结,诊断准确率低(54.2% 比 75%)^[7]。另一项研究也发现 EUS-FNA 诊断皮革胃型胃癌的阳性率为 71.43%,而对胃周转移性淋巴结的诊断率为 93.75%^[8],也证实对皮革胃患者,穿刺淋巴结阳性率要高。

EUS-FNA 能够获取黏膜下层组织,但是由于技术本身因素,有时候难以获取大小合适的组织用于病理组织学诊断,满足不了临床上对肿瘤精准诊断(基因测序、免疫组化)日益增加的需求。Zhou 等^[9]报道对于胃内浸润性肿瘤,在 EUS 引导下采用 EMR 法(圈套器圈套切除病灶表面覆盖的黏膜)、深挖活检法(当黏膜平坦或黏膜下层难以抬举时),诊断阳性率分别为 82.1%、75%。Liu 和 Yang^[10]报道采用一种垂直于黏膜的电圈在病变黏膜上切开一个洞,再进行深挖活检,用于诊断胃浸润性肿瘤及黏膜下肿瘤。当然,如果通过内镜下手段仍无法获得病理诊断时,腹腔镜下对浆膜层进行活检是一种可以考虑的策略^[2]。

对于皮革胃,由于黏膜下层的纤维化明显,黏膜下注射往往无法形成黏膜下隆起,并且病变处胃壁明显增厚,在内镜超声评估后,可以直接进行病灶处线形切开黏膜,笔者认为这是一种可行、安全的方法。对于切开、活检后出血,内镜下进行喷洒止血药物、电凝止血、钛夹夹闭等措施可有效止血,因局部胃壁僵硬、增厚,黏膜切开基本无穿孔风险。因此,内镜下线性黏膜切开后深挖活检术是一种有效、可行的诊断皮革胃的方法,但需要更多的病例验证其有效性、安全性。

利益冲突 所有作者声明不存在利益冲突

参 考 文 献

- [1] Jung K, Park MI, Kim SE, et al. Borrmann type 4 advanced gastric cancer: focus on the development of scirrhous gastric cancer[J]. Clin Endosc, 2016, 49(4): 336-345. DOI: 10.5946/ce.2016.057.
- [2] Muraoka S, Tsuchida K, Iwasaki M, et al. A case report of gastric linitis plastica diagnosed by endoscopic

- ultrasound-guided fine needle aspiration[J]. *Medicine* (Baltimore), 2017, 96(50): e8937. DOI: 10.1097/MD.00000000000008937.
- [3] Kodani T, Osada T, Matsumoto K, et al. Endoscopic mucosal resection using a cap-fitted panendoscope as a diagnostic procedure in a case of scirrhous gastric carcinoma[J]. *Dig Endosc*, 2012, 24(3): 190. DOI: 10.1111/j.1443-1661.2011.01183.x.
- [4] Ahn JB, Ha TK, Lee HR, et al. An insufficient preoperative diagnosis of Borrmann type 4 gastric cancer in spite of EMR [J]. *J Gastric Cancer*, 2011, 11(1): 59-63. DOI: 10.5230/jgc.2011.11.1.59.
- [5] Chiyo T, Kobara H, Mori H, et al. Submucosal endoscopic sampling for indefinite gastric linitis plastica infiltrating into the submucosal layer[J]. *J Gastrointest Liver Dis*, 2015, 24(3): 375-378. DOI: 10.15403/jgld.2014.1121.243.chy.
- [6] Shin SY, Lee SJ, Jun JH, et al. Mucosal incision and forceps biopsy for reliable tissue sampling of gastric subepithelial tumors[J]. *Clin Endosc*, 2017, 50(1): 64-68. DOI: 10.5946/ce.2015.094.
- [7] Ye Y, Tan S. Endoscopic ultrasound-guided fine-needle aspiration biopsy for diagnosis of gastric linitis plastica with negative malignant endoscopy biopsies[J]. *Oncol Lett*, 2018, 16(4):4915-4920. DOI: 10.3892/ol.2018.9258.
- [8] Liu Y, Chen K, Yang XJ. Endoscopic ultrasound-guided fine-needle aspiration used in diagnosing gastric linitis plastica: metastatic lymph nodes can be valuable targets[J]. *J Gastroenterol Hepatol*, 2019, 34(1): 202-206. DOI: 10.1111/jgh.14300.
- [9] Zhou XX, Pan HH, Usman A, et al. Endoscopic ultrasound-guided deep and large biopsy for diagnosis of gastric infiltrating tumors with negative malignant endoscopy biopsies[J]. *World J Gastroenterol*, 2015, 21(12): 3607-3613. DOI: 10.3748/wjg.v21.i12.3607.
- [10] Liu YM, Yang XJ. Endoscopic ultrasound-guided cutting of holes and deep biopsy for diagnosis of gastric infiltrative tumors and gastrointestinal submucosal tumors using a novel vertical diathermic loop[J]. *World J Gastroenterol*, 2017, 23(15):2795-2801. DOI: 10.3748/wjg.v23.i15.2795.

