

· 病例报道 ·

十二指肠空肠交界区间质瘤致消化道大出血一例

郭争荣 范小军 罗辉 郭学刚

患者男, 63 岁, 主因呕血、便血 4 d 入院。患者 4 d 前进食正常食物后出现呕鲜红色血液及排暗红色血便 3 次, 总量约 1 300 mL, 伴头晕、乏力、心慌、出汗等不适。就诊于我院急诊科, 血常规示血红蛋白 51 g/L, 急诊胃镜检查示十二指肠水平部可见大量鲜血, 可见一小动脉持续性喷血, 行内镜下钛夹止血(图 1)。出血停止后收入普通病房。患者既往无消化道溃疡及肝病病史, 无使用抗凝或抗血小板药物史, 有高血压病史。入院后查体: 生命体征平稳, 心率 78 次/min, 血压 138/84 mmHg (1 mmHg = 0.133 kPa), 贫血貌, 结膜苍白, 腹软, 无压痛及反跳痛, 肝脾未触及, 肠鸣音 6~8 次/min, 双下肢无水肿; 复查血红蛋白 69 g/L, 血小板 85×10^9 /L, 余正常。入院后患者再次排暗红色血便 1 次, 量约 500 mL, 监测心率 112 次/min, 血压 101/70 mmHg, 血红蛋白 64 g/L。再次行胃镜检查示十二指肠降部及水平部见大量鲜红色血液附着, 并可见血凝块, 水平段远端见原有 3 枚钛夹在位, 病变部位见搏动性出血, 再次用 4 枚钛夹夹闭出血部位, 尼龙绳圈套钛夹及周围黏膜, 反复冲洗观察无活动性出血后退镜(图 2)。后患者仍有间断便血, 并出现失血性休克症状, 烦躁, 血压 70/40 mmHg, 心率 133 次/min, 血红蛋白 38 g/L。考虑患者仍有活动性出血, 行急诊手术止血治疗。术中探查, 十二指肠与空肠交界处见一约 4 cm×4 cm 大小肿块向肠外生长, 包膜完整, 与周围组织无粘连, 质软; 于肠壁上切除肿瘤, 直线切割闭合器闭合肠壁缺口, 浆肌层间断缝合(图 3)。术后给予抗感染、营养支持、纠正贫血、抑酸等对症治疗, 患者病情好转, 1 周后出院。术后病理: (空肠) 肿瘤

最大直径 4.5 cm, 核分裂象 1/50HPF, 病理分期: AJCC pT2Nx; 免疫组化: CD117(+), CD34(+), Desmin(-), DOG-1(+), H-caldesmon 局部(+), S-100(-), SDH- α (+), SDH- β (+), SMA(平滑肌)(-), Ki-67 标志指数 3%; 支持胃肠道间质瘤(图 4), WHO 预后分组低度危险性。

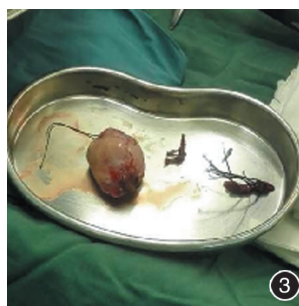


图 3 手术切除间质瘤大体标本
HE ×10

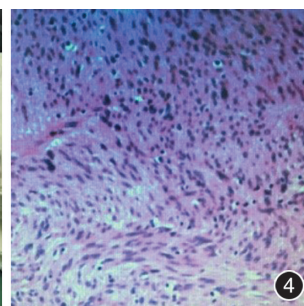


图 4 术后病理示间质瘤

讨论 胃肠道间质瘤 (gastrointestinal stromal tumor, GIST) 是胃肠道间叶组织最常见的肿瘤, 约占胃肠道肿瘤的 2%^[1]。GIST 可发生于整个消化道, 也可发生在消化道外, 如网膜和腹膜, 消化道最常见的部位为胃 (60%), 其次是小肠 (25%) 和结直肠 (10%), 十二指肠间质瘤比较少见, 占 3%~5%^[2]。GIST 起病隐匿, 约 70% 患者无任何临床症状, 临床表现无特异性, 通常与肿瘤大小、部位及恶性程度有关, 可表现为消化道出血、腹痛及肠梗阻。其中消化道出血最为

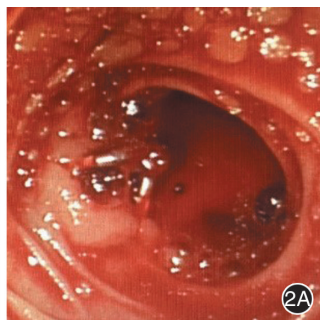
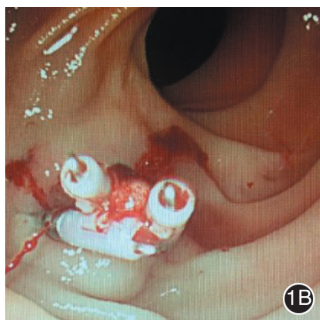
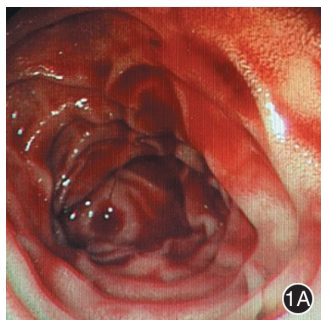


图 1 第 1 次胃镜检查 1A: 十二指肠水平部见喷射性出血; 1B: 钛夹止血治疗后 图 2 第 2 次胃镜检查 2A: 十二指肠水平部见大量鲜红色血液附着, 原有 3 枚钛夹在位, 病变部位见搏动性出血; 2B: 再次用钛夹及尼龙绳止血治疗后

DOI: 10.3760/cma.j.issn.1007-5232.2018.11.012

作者单位: 050012 石家庄市第一医院消化内科 (郭争荣); 空军军医大学西京消化病医院 (范小军、罗辉、郭学刚)

通信作者: 郭学刚, Email: gxuegang@fmmu.edu.cn

常见,约占 40%,可表现为无症状性反复黑便或消化道大出血,严重的、危及生命的大出血常需要急诊手术治疗^[3-4]。本例患者以消化道大出血为主要表现,起病急,出血量大,两次胃镜检查发现十二指肠水平部黏膜下血管喷射性出血,未发现溃疡及占位性病变,内镜下止血后患者仍有活动性出血,内镜止血效果不佳,应考虑到间质瘤出血的可能,尽早行手术治疗,发现出血原因。

GIST 诊断主要依靠病理和免疫组化染色结果,其在光镜下主要是梭形细胞,具有多向分化特征,发病与体内存在 c-kit 角蛋白或血小板源性生长因子受体 α 基因突变有关^[5-6]。GIST 免疫组化染色特征为 CD117 或 CD34 阳性,或二者同时阳性,2%~4%患者 CD117 染色阴性^[7]。Ki-67 标志指数大于 10% 预示预后不良^[8]。普通内镜和消化道钡餐检查对腔外生长肿瘤诊断的帮助甚微。本例患者术后病理及免疫组化结果符合间质瘤诊断,但其肿瘤呈腔外生长,两次胃镜检查均未见黏膜隆起和占位病变,因此,该病例先入为主的消化道出血诊断掩盖了间质瘤的诊断。此外,腹部 CT 和 MRI 可以发现一定体积大小的间质瘤病灶,尤其是对腔外型 GIST 的检查明显优于内镜及消化道钡餐,可清晰地显示十二指肠形态,准确定位肿瘤位置及与肠壁的关系^[9]。本例患者以消化道大出血为主要表现,内镜下也发现明确的出血灶并进行积极内镜止血治疗,但忽视了对患者进行腹部 CT 检查。数字减影血管造影对消化道出血的 GIST 患者有较高的诊断价值,但是对出血速度小于 0.5 mL/min 或出血停止的患者阳性检出率低,也不能对病变做出定性诊断^[10]。因此,对怀疑 GIST 的患者,应根据情况选择联合应用上述检查,以提高对疾病的诊断率。对消化道大出血患者,内镜及药物止血无效的情况下可考虑 GIST,或尽早行剖腹探查术。

GIST 均有潜在恶性,其恶性程度的评估主要依靠肿瘤的位置、大小及核分裂象^[5]。GIST 对常规放化疗均不敏感,因此,本病一经确诊,手术切除是首选的治疗方法。本例患者最终经过手术治疗后出血停止。

参 考 文 献

[1] Koo DH, Ryu MH, Kim KM, et al. Asian consensus guidelines

for the diagnosis and management of gastrointestinal stromal tumor [J]. *Cancer Res Treat*, 2016, 48 (4): 1155-1166. DOI: 10.4143/crt.2016.187.

- [2] Turculeț C, Ene D, Georgescu TF, et al. A rare case of upper digestive hemorrhage due to bleeding duodenal tumor [J]. *Chirurgia (Bucur)*, 2016, 111 (6): 505-508. DOI: 10.21614/chirurgia.111.6.505.
- [3] Rammohan A, Sathyanesan J, Rajendran K, et al. A gist of gastrointestinal stromal tumors: A review [J]. *World J Gastrointest Oncol*, 2013, 5(6): 102-112. DOI: 10.4251/wjgo.v5.i6.102.
- [4] Szanto P, Barbus A, Al HN, et al. Gastric stromal tumor; a rare cause of upper gastrointestinal bleeding [J]. *J Gastrointest Liver Dis*, 2007, 16(4): 441-443.
- [5] Singer S, Rubin BP, Lux ML, et al. Prognostic value of KIT mutation type, mitotic activity, and histologic subtype in gastrointestinal stromal tumors [J]. *J Clin Oncol*, 2002, 20 (18): 3898-3905. DOI: 10.1200/JCO.2002.03.095.
- [6] Heinrich MC, Corless CL, Duensing A, et al. PDGFRA activating mutations in gastrointestinal stromal tumors [J]. *Science*, 2003, 299 (5607): 708-710. DOI: 10.1126/science.1079666.
- [7] Hirota S, Isozaki K, Moriyama Y, et al. Gain-of-function mutations of c-kit in human gastrointestinal stromal tumors [J]. *Science*, 1998, 279(5350): 577-580.
- [8] Constantin VD, Socea B, Popa F, et al. A histopathological and immunohistochemical approach of surgical emergencies of GIST. An interdisciplinary study [J]. *Rom J Morphol Embryol*, 2014, 55(2 Suppl): 619-627.
- [9] 王智宏. 多层螺旋 CT 小肠造影对小肠恶性间质瘤的诊断价值 [J]. *中华实用诊断与治疗杂志*, 2011, 25(12): 1202-1203.
- [10] 白月奎, 邵永孚, 石素胜, 等. 小肠间质瘤预后因素分析 [J]. *中华胃肠外科杂志*, 2005, 8(3): 213-216. DOI: 10.3760/cma.j.issn.1671-0274.2005.03.007.

(收稿日期: 2018-04-24)

(本文编辑: 朱悦)