

· 短篇论著 ·

胃食管连接部低级别上皮内瘤变内镜黏膜下剥离术
前后病理的比较分析王韶峰 郭霞 闫彩文 马庭芳 胡海波 刘晖 散红霞 王燕婷 曹晶 史芳芳
申潞君 朱晓婷

我国是胃癌发病率与死亡率很高的国家。上皮内瘤变是公认的癌前病变,WHO 推荐将其分为 2 级,即低级别上皮内瘤变(low-grade intraepithelial neoplasia, LGIEN)和高级别上皮内瘤变(high-grade intraepithelial neoplasia, HGIEN)。根据内镜和病理诊断,HGIEN 予内镜或外科手术局部切除,LGIEN 进行随访或内镜切除^[1]。LGIEN 至 HGIEN 是一个复杂的过程,目前无指南明确提出患者的随访时间及治疗方案,尤其是胃食管连接部 LGIEN 报道不足。本研究对我科近几年行 ESD 治疗的胃食管连接部 LGIEN 病例进行了总结分析,报道如下。

1. 病例资料:2013 年 1 月至 2017 年 6 月,于我科内镜活检病理检查发现胃食管连接部 LGIEN,并自愿接受 ESD 治疗的患者共 61 例,其中男 39 例、女 22 例,年龄 54~78 岁,平均 60.9 岁。所有患者在首次胃镜检查证实为 LGIEN 后 1~3 周行 ESD 治疗。切除标本均体外还原形状,固定于塑料板上,4%甲醛溶液固定 24 h,每 2 mm 取材。

2. 研究方法:对比 ESD 标本病理结果与术前胃镜黏膜活检病理,相同者定义为一一致;ESD 标本病理比胃镜黏膜活检病理严重的定义为术前诊断不足;ESD 标本病理比胃镜黏膜活检减轻的定义为术前诊断过度。

3. 结果:61 例均完整行 ESD。病灶 < 10 mm 共 37 例,病灶 ≥ 10 mm 共 24 例。术前内镜形态:0-I 型 2 例,0-II a 型 2 例,0-II b 型 1 例,0-II c 型 31 例,0-III 型 25 例。ESD 标本病理:炎症 6 例,LGIEN 26 例,HGIEN 18 例(29.51%),早期胃食管连接部癌 11 例(18.03%)。前后病理一致率为 42.62%(26/61),术前诊断不足率为 47.54%(29/61),术前诊断过度率为 9.84%(6/61)。29 例术前诊断不足的病例中,有 62.07%(18/29)的 ESD 标本病理为 HGIEN,余 37.93%(11/29)的为早期胃食管连接部癌。< 10 mm 病灶的前后病理一致率为 54.05%(20/37),术前诊断过度率为 13.51%(5/37),术前诊断不足率为 32.43%(12/37);≥ 10 mm 病灶的前后病理一致率为 25.00%(6/24),术前诊断过度率为 4.17%(1/24),术前诊断不足率为 70.83%(17/24)。隆起型病变(0-I 型与 0-II a 型)诊断不足率为 25.00%(1/4),凹陷

型(0-II c 型与 0-III 型)诊断不足率为 50.00%(28/56)。

讨论 随着 ESD 技术的发展与应用,较多的研究表明胃 LGIEN 术后病理中出现较高比例的 HGIEN 与癌变。朱燕华等^[2]报道胃 LGIEN 中漏诊或可能漏诊率高达 35.71%;另有研究统计术前诊断为胃 LGIEN 的患者有 12.0%~46%为被漏诊的 HGIEN 或早期癌^[3]。本组病例显示术前诊断不足率达到 47.54%,有 29.51%的术后病理为 HGIEN,另有 18.03%的为早期癌。胃黏膜上皮内瘤变的癌变过程缓慢,一般需要 5~10 年的时间,本组在 3 周时间内检出 11 例早期癌,显然不是病变的进展,而是漏诊。由此可见,胃镜活检存在一定程度的诊断不足,其原因我们考虑与以下因素有关:(1)由于胃食管连接部位置特殊,易受呼吸影响,病灶暴露不全,影响全面观察及取检的精确度;(2)活检取材不准确,此部位活检比较困难,活检钳不易取到病变组织,另外取材较浅,取材深度未达到黏膜肌层,只能得到表浅组织的病理诊断;(3)由于病灶分布不均一性,病变异型程度存在部位差异,钳取组织可能偏离癌灶,使单一位点取材不能全面反映病灶真实情况;(4)普通白光胃镜仅可观察黏膜的自然原色,不能对黏膜微血管及黏膜细微结构仔细观察。为提高诊断的准确率,大量研究表明在白光内镜的基础上使用染色内镜、窄带成像技术、智能电子分光技术、蓝激光内镜等有助于提高阳性率^[4]。

Choi 等^[5]研究显示,对胃镜活检结果为 LGIEN 的患者进行内镜下切除术,术后有 11.8%的患者诊断为胃癌。肖强等^[6]研究胃黏膜 LGIEN 结果后提出,年龄 > 45 岁,病变发生于贲门,病变 > 15 mm、有凹陷性病变、伴有不典型增生性肠化、*H.pylori-cagA* 阳性均为胃黏膜上皮内瘤变转归为胃癌的高危因素。针对病变镜下形态,有研究表明病变越大(直径超过 1.5 cm)是 HGIEN 或混合有 HGIEN 的可能性越大,有自发性出血、表面有结节、红色征等风险因素的 LGIEN 推荐行 ESD,以免漏诊^[7]。本组所有诊断不足病例中,< 10 mm 病灶的术前诊断不足率为 32.43%,≥ 10 mm 病灶的术前诊断不足率为 70.83%,提示随着病灶面积增大其术前诊断不足率增加,早期癌漏诊率增加;其次,隆起型病变(0-I 型与 0-II a 型)的诊断不足率为 25.00%,凹陷型(0-II c 型与 0-III 型)的诊断不足率为 50.00%,提示对于凹陷型病变需要更加重视,不能盲目地实施定期随访或反复活检以免造成癌症漏诊,贻误治疗时机。

DOI: 10.3760/cma.j.issn.1007-5232.2018.11.009

作者单位:046000 山西省长治市人民医院消化内科

通信作者:王韶峰,Email:czsxjcyxlt@163.com

另外,本组术后早期癌占 18.03%,高于普通胃 LGIEN 的结果^[5],考虑与所选胃食管连接部位有关。胃食管连接部病变胃镜黏膜活检所提供的信息有限,存在早期癌漏诊,不能完全依据术前 LGIEN 结果做出随访定论,鉴于较高的诊断不足率和早期癌漏诊率,我们建议对于胃食管连接部黏膜活检 LGIEN 应积极进行 ESD 治疗,切除完整病灶,尤其是病灶≥10 mm、凹陷型病灶,既可以避免早期癌漏诊,也可以进行完整黏膜大块活检,提高诊断准确性,同时也能减轻患者心理压力,避免患者长期生活在癌前病变的阴影下,提高生活质量。

参 考 文 献

[1] Dixon MF. Gastrointestinal epithelial neoplasia: Vienna revisited [J]. Gut, 2002,51(1):130-131.
 [2] 朱燕华,吴云林,吴巍,等.胃黏膜低级别上皮内瘤变诊断及治疗探讨[J].中华消化病与影像杂志(电子版),2015,5(4):8-12. DOI: 10.3877/cma.j.issn.2095-2015.2015.04.003.
 [3] 张颖.提高对胃低级别上皮内瘤变中高级别上皮内瘤变诊断

水平的研究进展[J].临床消化病杂志,2017,29(1):51-54. DOI: 10.3870/lexh.j.issn.1005-541X.2017.01.16.
 [4] 中华医学会消化内镜学分会,中国抗癌协会肿瘤内镜专业委员会.中国早期胃癌筛查及内镜诊治共识意见(2014年,长沙)[J].中华消化内镜杂志,2014,31(7):361-377. DOI: 10.3760/cma.j.issn.1007-5232.2014.07.001.
 [5] Choi CW, Kang DH, Kim HW, et al. Endoscopic submucosal dissection as a treatment for gastric adenomatous polyps: predictive factors for early gastric cancer[J]. Scand J Gastroenterol, 2012,47(10):1218-1225. DOI: 10.3109/00365521.2012.666674.
 [6] 肖强,宋育林.胃粘膜低级别上皮内瘤变随访研究[J].中华疾病控制杂志,2014,18(2):147-150.
 [7] Goo JJ, Choi CW, Kang DH, et al. Risk factors associated with diagnostic discrepancy of gastric indefinite neoplasia: Who need en bloc resection? [J]. Surg Endosc, 2015,29(12):3761-3767. DOI: 10.1007/s00464-015-4151-8.

(收稿日期:2018-04-07)
 (本文编辑:顾文景)

· 病例报道 ·

Klippel-Trenaunay 综合征并消化道出血一例

刘会娜 吴广利 王伟 李静 李建成 肖欣 蔡译苇 刘君

患者女,59岁,因“反复便血50余年伴腹痛2d”入院。患者幼年时因先天性左手中指、环指畸形行手术治疗,父母非近亲婚配,无类似疾病家族史。入院体检:轻度贫血貌,左手畸形术后改变,余无异常发现。入院后实验室检查:红细胞 $4.38 \times 10^{12}/L$,血红蛋白114 g/L,红细胞压积36%,大便潜血阳性,凝血分析、癌胚抗原未见明显异常。肠系膜上下动静脉彩超未见明显异常。腹主动脉彩超示腹主动脉内膜增厚。腹部CT平扫示腹盆腔多脏器多发异常改变,考虑血吸虫病可能,并肝硬化样改变,下腹部及盆腔部分肠管扩张,管壁增厚,肝脏、脾脏多发低密度灶,腹盆腔多发结节状、条片状密度增高影。进一步行上腹部CT增强示直肠、乙状结肠弥漫性增厚并管腔狭窄,伴腹、盆腔及肠系膜多发结节并部分钙化;肝脏、脾脏多发良性囊性病变,考虑肝硬化门静脉海绵样变性(?),门脉高压并侧枝循环形成,肠系膜上静脉分支内栓子形成可能;左侧附件区囊性改变,考虑良性;回肠

末端管壁增厚并脂肪瘤形成。结肠镜检查示回盲部、降结肠、乙状结肠、直肠可见多发大小不等的蓝色血管瘤密布于肠黏膜下(图1)。胃镜检查示胃体上部后壁见一约1.7 cm隆起性病变(图2A)。超声内镜考虑间质瘤或血管瘤可能(图2B)。诊断:Klippel-Trenaunay综合征(KTS)并消化道出血;轻度失血性贫血。给予止血等对症支持治疗,因患者个人原因未行小肠镜及血管造影检查,拒绝外科诊治,症状改善后自行出院。近1年患者仍有间断性便血发生,经止血等治疗后便血消失,目前继续随访中。

讨论 KTS是一种少见的先天性血管疾病,多自幼年发病,临床少见,易被误诊,无明显性别、种族差异^[1]。目前病因未明,可能是由于胚胎发育早期中胚层发育异常所致。1900年由Maurice Klippel和Paul-Trenaunay首次报道,典型临床表现为毛细血管畸形(葡萄酒色斑)、静脉曲张、骨及软组织增生三联征,具有三联征中两项或以上特征可确诊。KTS可全身受累,如四肢、肠道、泌尿生殖系统等,部分患者可伴有多趾、巨趾、并趾畸形及淋巴系统异常,多累及下肢,单侧为著,大多发展缓慢^[2]。本例患者自幼年时开始反复出现便血,胃肠镜检查提示消化道多发血管瘤,全腹CT增强示直肠、乙状结肠等肠管管壁明显增厚累及软组,并见门

DOI: 10.3760/cma.j.issn.1007-5232.2018.11.010

作者单位:256600 山东省滨州市,滨州医学院附属医院消化内科

通信作者:吴广利,Email:guangli-wu@163.com