

中华医学会系列杂志

ISSN 1007-5232

CN 32-1463/R

中华消化内镜杂志®

ZHONGHUA XIAOHUA NEIJING ZAZHI

2023年10月 第40卷 第10期

CHINESE JOURNAL OF DIGESTIVE ENDOSCOPY

Volume 40 Number 10
October 2023



中华医学会

CHINESE
MEDICAL
ASSOCIATION

ISSN 1007-5232



依据,这已成为诊断和鉴别腹膜后肿瘤不可缺少的检查手段。

利益冲突 所有作者声明不存在利益冲突

参 考 文 献

- [1] Dong B, Zhou H, Zhang J, et al. Diagnosis and treatment of retroperitoneal bronchogenic cysts: a case report[J]. *Oncol Lett*, 2014, 7(6):2157-2159. DOI: 10.3892/ol.2014.1974.
- [2] Yoon YR, Choi J, Lee SM, et al. Retroperitoneal bronchogenic cyst presenting paraadrenal tumor incidentally detected by (18)F-FDG PET/CT[J]. *Nucl Med Mol Imaging*, 2015, 49(1): 69-72. DOI: 10.1007/s13139-014-0306-0.
- [3] Hu L, Fan J, Wang T, et al. Ectopic bronchogenic cyst in abdomen—a rare special type[J]. *Am J Med Sci*, 2021, 361(6): e59-e60. DOI: 10.1016/j.amjms.2020.11.014.
- [4] Govaerts K, Van Eyken P, Verswijvel G, et al. A bronchogenic cyst, presenting as a retroperitoneal cystic mass[J]. *Rare Tumors*, 2012, 4(1):e13. DOI: 10.4081/rt.2012.e13.
- [5] Wang M, He X, Qiu X, et al. Retroperitoneal bronchogenic cyst resembling an adrenal tumor with high levels of serum carbohydrate antigen 19-9: a case report[J]. *Medicine (Baltimore)*, 2017, 96(31): e7678. DOI: 10.1097/MD.00000000000007678.
- [6] Klamt A, Di Loreto A, Valle RD, et al. Role of endoscopic ultrasonography in intramural bronchogenic cysts: case reports and review of the literature[J]. *Endosc Ultrasound*, 2012, 1(3): 162-164. DOI: 10.7178/eus.03.008.
- [7] 中国医师协会超声内镜专家委员会. 中国内镜超声引导下细针穿刺抽吸/活检术应用指南(2021,上海)[J]. *中华消化内镜杂志*, 2021, 38(5): 337-360. DOI: 10.3760/cma.j.cn321463-20210302-00143.
- [8] Wildi SM, Hoda RS, Fickling W, et al. Diagnosis of benign cysts of the mediastinum: the role and risks of EUS and FNA [J]. *Gastrointest Endosc*, 2003, 58(3):362-368.

以胃窦黏膜下隆起为表现的早期胃黏液腺癌 1 例

胡悦¹ 严嘉宁² 陈江宁³ 王淑妍⁴ 叶国良² 胡柯峰²

¹宁波大学医学部, 宁波 315200; ²宁波大学附属第一医院消化内科, 宁波 315200; ³象山县红十字台胞医院消化内科, 宁波 315700; ⁴宁波市临床病理诊断中心, 宁波 315200

通信作者: 胡柯峰, Email: fyhukefeng@nbu.edu.cn

【摘要】 以黏膜下肿瘤形态为特征的胃癌不易被胃镜检出。胃黏液腺癌是胃癌中较为少见的组织学分型, 以癌组织中含有大量黏液为特征, 早期胃黏液腺癌更为罕见, 一般认为胃黏液腺癌更易发生腹膜及淋巴结转移。本文报道了 1 例随访 3 年无进展的以胃窦黏膜下肿瘤形态为特征的黏液腺癌。

【关键词】 腺癌, 黏液; 黏膜下隆起; 黏膜下肿瘤; 胃肿瘤

Early mucinous gastric adenocarcinoma presented as submucosal tumor in gastric antrum: a case report

Hu Yue¹, Yan Jianing², Chen Jiangning³, Wang Shuyan⁴, Ye Guoliang², Hu Kefeng²

¹Health Science Center, Ningbo University, Ningbo 315200, China; ²Department of Gastroenterology, The First Affiliated Hospital of Ningbo University, Ningbo 315200, China; ³Department of Gastroenterology, Xiangshan County Red Cross Taiwan Compatriots Hospital, Ningbo 315700, China; ⁴Ningbo Clinical Pathology Diagnosis Center, Ningbo 315200, China

Corresponding author: Hu Kefeng, Email: fyhukefeng@nbu.edu.cn

患者男, 67 岁, 于 2018 年 6 月因体检在当地医院行胃镜检查, 发现胃窦大弯侧见 5 cm×5 cm 圆盘状隆起, 边缘隆起明显, 中央凹陷, 凹陷处表面略不平整, 病灶表面黏膜基本

正常(图 1)。病理活检提示慢性胃炎伴肠化。因该患者无恶心呕吐, 无反酸暖气, 无腹痛腹泻等症状, 当地医院嘱定期随访。2019 年 12 月该患者复查胃镜显示胃窦大弯侧病

DOI: 10.3760/cma.j.cn321463-20230226-00459

收稿日期 2023-02-26 本文编辑 钱程

引用本文: 胡悦, 严嘉宁, 陈江宁, 等. 以胃窦黏膜下隆起为表现的早期胃黏液腺癌 1 例[J]. *中华消化内镜杂志*, 2023, 40(10): 838-840. DOI: 10.3760/cma.j.cn321463-20230226-00459.



灶与前次相比无明显变化(图2),病理活检提示慢性中度萎缩性胃炎,中度肠化。由于两次胃镜发现胃窦病灶未见明显变化,且患者无不适自觉症状,因此患者未再每年1次复查胃镜,而是间隔2年,于2021年11月再次至当地医院复查,胃镜及病理活检结果仍与前两次类似(图3)。后患者为寻求进一步治疗于2021年11月21日转诊至我院,上腹部增强CT示胃窦部胃壁局限性增厚,表面隆起,黏膜面及浆膜面尚光整,增强扫描后,病灶不均匀性轻中度强化(图4)。胃镜提示胃窦大弯侧一环周隆起型病变,隆起表面黏膜光滑,中央凹陷,凹陷处表面黏膜粗糙,可见多处活检瘢痕改变,病灶整体质地尚柔软,超声内镜(endoscopic ultrasonography, EUS)提示病灶位于黏膜下层,回声不均,可见散在低回声区域,肌层完整(图5)。考虑到超声引导下穿刺病理不一定有阳性结果,且病变局限于黏膜下层,内镜黏膜下剥离术(endoscopic submucosal dissection, ESD)整块切除可获得大体病理,征得患者及家属知情同意后行ESD,术中发现病灶整体抬举良好,黏膜下剥离过程中见黏膜下层类似平滑肌瘤样不规则肿块,有完整包膜,质地稍韧,与肌层分界清晰(图6),内镜下完整剥离(图7)。术后予禁食24 h,静脉用质子泵抑制剂及补液,患者恢复良好。ESD病理提示黏液腺癌,肿瘤呈膨胀性生长,结节状,癌细胞漂浮于黏液湖(图8),癌主要位于黏膜下层,水平及垂直切缘均

阴性,血管侵犯、淋巴管侵犯及神经侵犯均阴性,免疫组化示CK7阳性(图9)、CK20部分阳性(图10)。ESD非治愈性切除,因此建议追加外科手术,患者遂行远端胃切除术,术后病理提示黏液腺癌,胃大弯侧1枚(1/18)淋巴结转移(图11)。

讨论 黏液腺癌是腺癌的一种病理学类型,以癌组织中含有大量黏液为特征。目前对黏液腺癌的报道主要局限在卵巢、宫颈、肠道、胰腺等部位,有关于胃黏液腺癌的病例报道较为少见。胃黏液腺癌是一种罕见的消化道恶性肿瘤,在临床上占胃癌发病率的2.6%~6.6%^[1-5]。早期胃黏液腺癌的发病率更低,仅为0.5%(23/4 272)^[3]。通常认为胃黏液腺癌的侵袭性高,有研究表明,胃黏液腺癌总体五年生存率低于胃非黏液腺癌,黏液腺癌患者确诊时常常已出现晚期并发症^[3,6],从组织学上看,胃黏液腺癌对胃壁的侵犯更深,出现淋巴结转移和腹膜播散的频率较高,预后也更差^[3]。但由于早期胃黏液腺癌的发病率低,因此上述研究的对象主要局限在进展期胃黏液腺癌,所得出的结论也主要针对进展期胃黏液腺癌。本案例胃镜下随访3年无明显进展,术后病理结果显示为黏液腺癌,主要位于黏膜下层,小灶位于黏膜肌及黏膜固有层,虽行远端胃切除术后发现1枚淋巴结转移,但其对胃壁的侵犯较浅,属于早期胃黏液腺癌,说明早期胃黏液腺癌进展缓慢,可能与胃非黏液腺癌

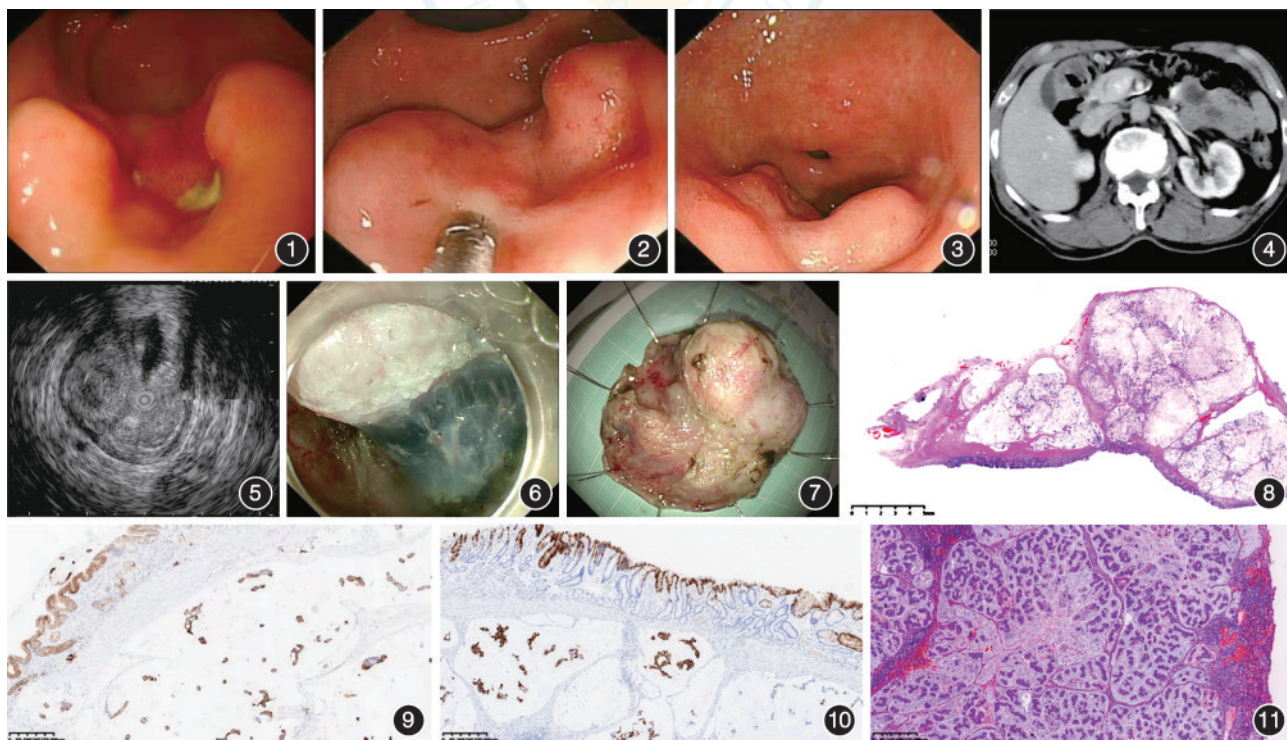


图1 2018年6月第1次胃镜表现,可见胃窦大弯侧一边缘隆起,中央凹陷病灶,隆起表面黏膜光滑,凹陷处黏膜欠光整 图2 2019年12月第2次胃镜表现,病灶整体尚柔软,充气后能展开,白光下观察,病灶中央凹陷面表面结构大致正常 图3 2021年11月第3次胃镜表现,与前两次类似 图4 上腹部增强CT示胃窦部胃壁局限性增厚,表面隆起,增强扫描后,病灶不均匀性轻中度强化 图5 超声内镜提示病灶位于黏膜下层,回声不均,可见散在低回声区域,肌层完整 图6 病灶整体抬举良好,黏膜下剥离过程中见黏膜下层类似平滑肌瘤样不规则肿块,有完整包膜,质地稍韧,与肌层分界清晰 图7 内镜黏膜下剥离术标本,图中展示为黏膜下层肿瘤,黏膜面向下固定于标本板 图8 切除标本病理为黏膜下层黏液腺癌,肿瘤位于黏膜下呈膨胀性生长,结节状,癌细胞漂浮于黏液湖中 HE $\times 0.4$ 图9 免疫组化CK7阳性 $\times 10$ 图10 免疫组化CK20部分阳性 $\times 10$ 图11 胃大弯侧淋巴结内见黏液腺癌转移 HE $\times 20$

类似。

而在有关于早期胃黏液腺癌的研究中表明,虽然进展期胃黏液腺癌的预后比非黏液腺癌差,但早期胃黏液腺癌患者胃切除术后与非黏液腺癌患者一样良好^[7],且早期黏液腺癌的淋巴结转移发生率与早期非黏液腺癌相比差异无统计学意义^[8]。有研究者认为产生大量的细胞外黏蛋白和在黏膜下层的扩张性生长是早期胃黏液腺癌的特征,虽然胃癌患者早期黏液腺癌的发生率较低,但以黏膜下肿瘤形态为特征的胃癌患者病理结果常常提示为早期黏液腺癌^[7]。该病例在内镜下表现为黏膜下层的扩张性生长,ESD 术后病理发现大量黏液湖,这支持了上述结论。由于该病例ESD 术后病理为黏膜下层黏液腺癌,虽然垂直水平切缘均阴性,血管及淋巴管亦均为阴性,根据日本胃癌学会指南第五版早期胃癌内镜治愈性切除评判标准 eCure 评价系统^[9],属 eCure C2,建议追加外科手术,患者遂行远端胃切除术,术后病理提示未见癌组织残留,但发现 1 枚淋巴结转移,我们将继续随访该案例是否复发。

虽然许多研究认为早期胃黏液腺癌的侵袭性与胃非黏液腺癌相仿,但在一项将胃黏液腺癌与胃印戒细胞癌的临床病理学特点进行对比的研究中表明,早期胃黏液腺癌较早期胃印戒细胞癌的侵袭程度更深($P<0.001$),五年总生存率更低($P=0.012$)^[10],将这两种癌症进行对比是因为他们均可产生黏蛋白。综上所述,目前对早期胃黏液腺癌临床病理学特点、预后的研究均不全面,且黏液性组织学类型本身并不是患者预后的独立预测因素^[6-7]。

有报道显示,内镜活检诊断胃黏液腺癌的灵敏度非常低^[11],需要其他检查来辅助进行诊断。近年来,EUS 和多排计算机断层扫描(multidetector-row computed tomography, MDCT)逐渐成为胃癌术前评价的重要方法,EUS 和 MDCT 都可对胃癌分期起到辅助作用^[12]。对于黏膜下肿瘤,EUS 下诊断胃黏膜病变有助于选择内镜下切除方法^[13]。有研究表明,黏液腺癌的黏液湖被纤维组织包裹,在 EUS 中会呈现网状、高回声斑点,从而识别胃肿瘤的黏液成分,来与其他胃上皮肿瘤进行鉴别^[14]。我们在 ESD 术前对患者行 EUS 示“病灶位于黏膜下层,回声不均,可见散在低回声区域,肌层完整”,并没有出现上述研究所描述的现象,这可能与该研究的研究对象较少有关,但依旧可以说明对于以黏膜下肿瘤形态为特征的不典型病变,EUS 可以通过检出异常回声,了解该病变的大致结构。胃黏液腺癌和胃非黏液腺癌在 MDCT 特征上差异明显,胃黏液腺癌常表现为分层型增强,其内层增强程度比胃非黏液腺癌高,而中间层、外层(即黏蛋白池层)增强程度明显降低,且中间层或外层常常出现钙化^[15]。我们在术前对该病例行增强 CT 可见病灶出现不均匀性轻中度强化,但并未表现出分层型强化的特点,因为该研究主要针对进展期胃黏液腺癌,且研究对象较少,但可以说明黏蛋白池能够被增强 CT 识别,用来与非黏液腺癌相鉴别,从而提高表面黏膜正常的以黏膜下肿瘤形态为特征的胃黏液腺癌的检出率,辅助医师制定进一步的治疗方案。

利益冲突 所有作者声明不存在利益冲突

参 考 文 献

- [1] Adachi Y, Mori M, Kido A, et al. A clinicopathologic study of mucinous gastric carcinoma[J]. *Cancer*, 1992, 69(4): 866-871. DOI: 10.1002/1097-0142(19920215)69:4<866::aid-cnrcr2820690405>3.0.co;2-d.
- [2] Hyung WJ, Noh SH, Shin DW, et al. Clinicopathologic characteristics of mucinous gastric adenocarcinoma[J]. *Yonsei Med J*, 1999, 40(2): 99-106. DOI: 10.3349/ymj.1999.40.2.99.
- [3] Kawamura H, Kondo Y, Osawa S, et al. A clinicopathologic study of mucinous adenocarcinoma of the stomach[J]. *Gastric Cancer*, 2001, 4(2): 83-86. DOI: 10.1007/pl00011728.
- [4] Kunisaki C, Akiyama H, Nomura M, et al. Clinicopathologic characteristics and surgical outcomes of mucinous gastric carcinoma[J]. *Ann Surg Oncol*, 2006, 13(6): 836-842. DOI: 10.1245/ASO.2006.03.077.
- [5] Zhang M, Zhu GY, Zhang HF, et al. Clinicopathologic characteristics and prognosis of mucinous gastric carcinoma[J]. *J Surg Oncol*, 2010, 102(1): 64-67. DOI: 10.1002/jso.21533.
- [6] Isobe T, Hashimoto K, Kizaki J, et al. Characteristics and prognosis of mucinous gastric carcinoma[J]. *Mol Clin Oncol*, 2015, 3(1): 44-50. DOI: 10.3892/mco.2014.447.
- [7] Yasuda K, Shiraiishi N, Inomata M, et al. Clinicopathologic characteristics of early-stage mucinous gastric carcinoma[J]. *J Clin Gastroenterol*, 2004, 38(6): 507-511. DOI: 10.1097/01.mcg.0000128991.59549.9a.
- [8] Adachi Y, Yasuda K, Inomata M, et al. Clinicopathologic study of early-stage mucinous gastric carcinoma[J]. *Cancer*, 2001, 91(4): 698-703.
- [9] Japanese Gastric Cancer Association. Japanese gastric cancer treatment guidelines 2018 (5th edition)[J]. *Gastric Cancer*, 2021, 24(1): 1-21. DOI: 10.1007/s10120-020-01042-y.
- [10] Fang WL, Wu CW, Lo SS, et al. Mucin-producing gastric cancer: clinicopathological difference between signet ring cell carcinoma and mucinous carcinoma[J]. *Hepatogastroenterology*, 2009, 56(93): 1227-1231.
- [11] Chen HC, Chu RY, Hsu PN, et al. Loss of E-cadherin expression correlates with poor differentiation and invasion into adjacent organs in gastric adenocarcinomas[J]. *Cancer Lett*, 2003, 201(1): 97-106. DOI: 10.1016/j.canlet.2003.07.007.
- [12] Hwang SW, Lee DH, Lee SH, et al. Preoperative staging of gastric cancer by endoscopic ultrasonography and multidetector-row computed tomography[J]. *J Gastroenterol Hepatol*, 2010, 25(3): 512-518. DOI: 10.1111/j.1440-1746.2009.06106.x.
- [13] Liu X, Ren X, Ma X, et al. Analysis of clinical features and endoscopic ultrasonography in the diagnosis of gastric submucosal tumors[J]. *J Med Imaging Health Inform*, 2020, 10(7): 1570-1574. DOI: 10.1166/jmihi.2020.2979.
- [14] Songür Y, Okai T, Watanabe H, et al. Preoperative diagnosis of mucinous gastric adenocarcinoma by endoscopic ultrasonography[J]. *Am J Gastroenterol*, 1996, 91(8): 1586-1590.
- [15] Zhao J, Ren G, Cai R, et al. Mucinous adenocarcinoma and non-mucinous adenocarcinoma: differing clinicopathological characteristics and computed tomography features in gastric cancer[J]. *Oncotarget*, 2017, 8(28): 45698-45709. DOI: 10.18632/oncotarget.17389.

FUJIFILM

清晰诊疗 健康相伴

广告

New Generation Endoscope System

NEW

ELUXEO 7000

新一代内窥镜系统



LCI: 联动成像技术
BLI: 蓝光成像技术

新定义
新选择

NEW DEFINITION NEW CHOICE



沪械广审(文)第231206-44262号

富士胶片株式会社

FUJIFILM Corporation

东京都港区西麻布二丁目26番30号

富士胶片(中国)投资有限公司

FUJIFILM (China) Investment Co., Ltd.

上海市浦东新区平家桥路100弄6号晶耀前滩T7, 6楼

Tel: 021-5010 6000 Fax: 021-5010 6700

⚠ 禁忌内容或注意事项详见说明书。

ELUXEO7000为VP-7000与BL-7000的统称

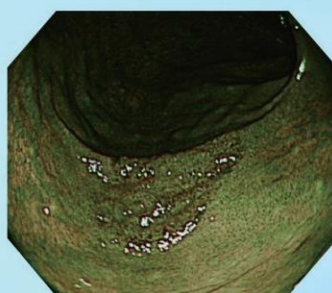
VP-7000: 电子图像处理器 国械注进 20172062462

BL-7000: 医用内窥镜用冷光源 国械注进 20182060487

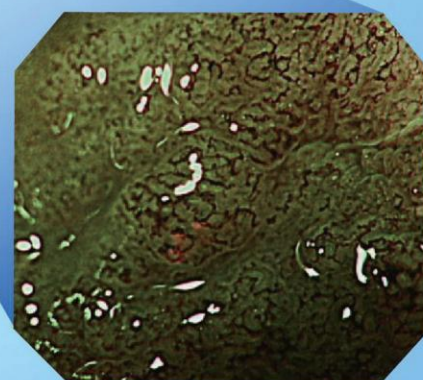
商标 FUJIFILM 和产品标识均为日本富士胶片株式会社持有。



白光



NBI*



NBI*+光学放大



• HDTV*放大 • 轻松操控 • 纤细外径

电子结肠内窥镜

PCF-H290ZL, PCF-H290ZI

奥林巴斯(北京)销售服务有限公司

北京总部: 北京市朝阳区新源南路1-3号平安国际金融中心A座8层
代表电话: 010-58199000

*NBI: 窄带成像

*HDTV (高清晰度电视): 配合图像处理装置CV-290可呈现高清晰度图像。
电子结肠内窥镜 国械注进20153060977
图像处理装置 国械注进20172060671

禁忌内容或注意事项详见使用说明书
沪械广审(文)第260601-28049号
AD0043SV V04-2203