

• 临床研究 •

20 例原发性胃恶性淋巴瘤的胃镜诊断和临床分析

何朝文, 刘立义[△], 陈桂言, 耿方方

(广西医科大学附属肿瘤医院内镜中心, 南宁 530021)

摘要:目的 对原发性胃恶性淋巴瘤的胃镜下形态特征和临床特点进行分析, 探讨胃镜对原发性胃恶性淋巴瘤的诊断价值。**方法** 回顾性分析 20 例原发性胃恶性淋巴瘤的一般资料、临床表现、CT 征像、内镜特征及病理。**结果** 原发性胃恶性淋巴瘤发病大于 40 岁的人群比例较高, 达 70%。临床症状无特征性表现, 以上腹痛和上消化道出血为主。CT 征像表现为局限增厚型、局限肿块型、弥漫增厚型和未见异常型。胃镜缺乏特异性表现, 形态具有多样性, 主要表现为溃疡型、肿物型和小结节型等。难于同胃癌等其他胃部疾病鉴别。全部病理结果均为 B 细胞非霍奇金淋巴瘤。**结论** 原发性胃恶性淋巴瘤临床表现和 CT 征像均缺乏特异性。胃镜下形态特征具有多样性。胃镜下多点取材和深度活检可提高胃镜诊断的阳性率。

关键词: 原发性胃恶性淋巴瘤; 胃镜诊断; 组织活检**中图分类号:** R735.2; R730.49**文献标识码:** A**文章编号:** 1671-8348(2010)12-1572-02

Clinical analysis and gastroscopic diagnosis of primary gastric malignant lymphoma

HE Chao-wen, LIU Li-yi[△], CHEN Gui-yan, et al.

(Department of endoscopy, Affiliated Tumor Hospital, Guangxi Medical University, Nanning, Guangxi 530021, China)

Abstract: **Objective** To investigate gastroscopic diagnostic value for the primary gastric malignant lymphoma by analyzing the gastroscopic shapes and clinical features. **Methods** The general information, the clinical manifestations, the CT signs, the endoscopic features and pathologies of primary gastric malignant lymphoma were analyzed retrospectively. **Results** In 20 cases of the primary gastric malignant lymphoma: there was a higher proportion in the beyond 40-year-old crowd, amounting to 70%; their clinical symptoms were not characteristic, which manifestations mainly had abdominal pain and upper gastrointestinal bleeding. The primary gastric malignant lymphoma was divided into diffuse thickening type, segmental thickening type, mass of the gastric wall type and normal type by CT appearances. The gastroscopic shapes lacked the specific performance, which features mainly were ulcer, bump and nodule. It was difficult to identify the primary gastric malignant lymphoma with the gastric cancer and other stomach diseases. All pathological results were the B cell non-Hodgkin's lymphoma. **Conclusion** The clinical manifestations and the CT signs of primary gastric malignant lymphoma are no characteristic. The gastroscopic shapes are multifarious. Multi-point based and deep biopsy can increase the positive rate of diagnostic endoscopy.

Key words: primary gastric malignant lymphoma; gastroscopic diagnosis; biopsy

原发性胃肠道恶性淋巴瘤是起源于胃肠道黏膜下淋巴组织的恶性肿瘤。胃是淋巴结以外恶性淋巴瘤的好发部位, 在胃的恶性肿瘤中, 除了最常见的胃癌以外, 原发性胃恶性淋巴瘤 (primary gastric malignant lymphoma, PGML) 排在第 2 位^[1]。据统计, 原发性胃恶性淋巴瘤占胃恶性肿瘤的比例可达 2%~8% 左右^[2-3], 近年来随着诊断水平的提高以及对该疾病认识的深入, 确诊为原发性胃淋巴瘤的例数还有明显增加的趋势^[4], 但 PGML 的内镜下表现形态具有多型性且不典型^[5], 恶性淋巴瘤细胞浸润程度较深, 活检也有一定难度, 因此误诊率较高。现就本院内镜室近年来经病理证实的 20 例 PGML 的胃镜下形态、临床表现、CT 征像及病理, 进行回顾性分析, 探讨胃镜对 PGML 的诊断价值。

1 资料与方法

1.1 一般资料 病例来源于本院内镜室 2003 年 1 月至 2008 年 9 月诊断的 PGML 20 例, 其中男 12 例, 女 8 例, 男:女之比为 1.5:1。年龄 19~67 岁, 平均 46 岁, 其中小于 30 岁 4 例 (20.0%)、30~40 岁 2 例 (10.0%)、41~50 岁 4 例 (20.0%)、51~60 岁 8 例 (40.0%)、大于 61 岁 2 例 (10.0%)。病程 4 周至 6 个月不等。所有患者均行胃镜检查, 经病理证实。

1.2 诊断标准 所有病例均符合 Dawson 诊断标准^[6], 即全

身无病理性浅表淋巴结肿大; 胸片无纵膈淋巴结肿大; 白细胞总数及分类正常; 病变局限于胃及引流区域淋巴结; 肝脾正常。病理分型参照 WHO 的 B 细胞及 T 细胞淋巴瘤分类标准^[6]。

2 结果

2.1 临床表现 见表 1。

表 1 PGML 的临床症状

临床症状	n	%
上腹痛	16	80
上消化道出血	12	60
腹部肿块	8	40
其他 (恶心、呕吐等)	10	50

表 2 PGML 的 CT 征像

CT 征像	n	%
局限肿块型	4	20
局限增厚型	4	20
弥漫增厚型	10	50
未见异常型	2	10

[△] 通讯作者, 电话: 0721-5310521; E-mail: liuliyi008@126.com。

2.2 CT 征像 见表 2。

2.3 胃镜下表现特征 见表 3、4。

2.4 标本取材方法和病理学类型 对病变处采取多点、多次、深挖取材,必要时采取圈套器获取标本。标本行常规病理检查和免疫组化检查。病例类型均为非霍奇金氏淋巴瘤(NHL),B 细胞性,其中弥漫性大 B 细胞性 12 例(60%)。

表 3 PGML 的胃镜下形态

胃镜下形态	n	%
溃疡	8	40
肿块	4	20
小结节	3	15
粗大皱襞	3	15
潮红水肿	2	10

表 4 PGML 的好发部位

部位	n	%
胃窦	6	30
胃体	6	30
胃窦+胃角	2	10
弥漫分布	6	30

3 讨 论

胃肠道淋巴瘤多见于成年人,男性多于女性^[7],本组资料基本与其相似。然而 PGML 诊断比较困难,易误诊,早期诊断对 PGML 的治疗和预后具有重要意义。PGML 的临床表现缺乏特异性,主要表现为上腹痛、上消化道出血、恶心、呕吐、反酸、嗝气等消化道症状,与胃癌患者相比很少出现恶液质,一般情况相对较好。患者一般少有发热、盗汗或血乳酸脱氢酶升高等系统性疾病表现。且本病起病隐匿,病程缓慢。本组 20 例患者以上腹痛、上消化道出血等消化道症状为临床表现,说明患者的临床症状缺乏特异性;年龄大于 40 岁占 70%,说明多见于中老年人,而且病程在 4 周以上;与胃癌、消化性溃疡、胃炎等胃部疾病的表现相似,从而导致难以从临床表现加以判断。CT 检查是重要的辅助手段,对胃恶性淋巴瘤鉴别诊断有意义。方明宇等^[8]总结 23 例胃淋巴瘤中 CT 表现分为胃壁弥漫增厚型、节段增厚型、局限肿块型、多发结节型 4 型,较有特征性 CT 表现为:(1)胃壁增厚显著(大于 2 cm),受累范围广(大于 50%),多灶性分布;(2)受累胃壁外缘光滑清晰,无明显外侵征象;(3)黏膜粗大,受累胃壁及胃腔大小形态具有轻微可变性;(4)增强扫描黏膜呈细线样持续强化;(5)不伴有胃周淋巴结增大的肾门水平腹膜后淋巴结肿大。舒仁义等^[9]总结 15 例 PGML 的 CT 表现为弥漫浸润型 9 例和节段型 6 例,平扫密度均匀,增强后中度均匀强化。本组病例 CT 征像主要为弥漫增厚型、局限增厚型、局限肿块型,但是难以和胃癌、胃溃疡等疾病的 CT 征像相区别。总的来说,CT 检查仍缺乏特异性,难以鉴别胃部其他疾病。

胃镜检查 and 病理组织活检是诊断 PGML 最重要的手段,但镜下表现复杂多样,易误诊为胃炎、胃溃疡及胃癌等胃部疾病。PGML 可发生在胃的任何部位,形态具有多形性,对于以下几种表现应予以注意:(1)肿块表面出现溃疡应考虑 PGML,与胃癌、胃平滑肌瘤鉴别困难时可行超声胃镜检查,多

表现为胃黏膜下层增厚,周围多有淋巴结肿大;(2)溃疡型表现为巨大溃疡或浅小、多发、多型、多灶溃疡,周围黏膜大多正常,应注意与胃溃疡和溃疡型胃癌相鉴别;(3)小结节型表现为多发的小结节隆起,多数为黏膜下肿瘤样改变,中央可有凹陷和发红,较易误诊为慢性疣状胃炎和胃息肉;(4)粗大皱襞型镜下表现为皱襞粗大水肿,呈现脑回状改变,表面常有糜烂面,胃壁增厚,胃蠕动性下降,易误诊为慢性肥厚性胃炎、皮革胃等。日本芳野^[10]将胃恶性淋巴瘤肉眼分 5 类:浅表型、溃疡型、隆起型、弥漫浸润型、巨大皱襞型,其特征是肉眼所见表现呈多样性改变,任何部位都可有黏膜下肿瘤成分,X 线、内镜下可见其伸展性良好。本组病例的部位以胃体、胃窦和弥漫型多见,而镜下表现形态以肿块型、溃疡型和小结节型多见,但仔细观察胃镜下的表现可以注意到 PGML 的胃壁有一定弹性,胃腔一般不缩小,质地韧,病变可延伸至十二指肠。黏膜活检时应采用“深挖式”,多次、多点采取溃疡周边或溃疡底部的黏膜和组织,必要时采用圈套活检可提高确诊率^[11]。本组病例采取上述活检措施均得到确诊。绝大部分 PGML 为非霍奇金 B 淋巴细胞瘤,T 淋巴细胞瘤少见,霍奇金淋巴瘤极为罕见^[12]。本组病例均为非霍奇金 B 淋巴细胞瘤,其中弥漫性大 B 细胞性所占比例较高,达到 60%,说明恶性程度高,同时为了避免遗漏高度恶性成分,并应用免疫组化进行了检测。有报道称内镜初次疑诊胃淋巴瘤的阳性率只有 27%,但对该病变的恶性倾向可达到 60%左右的正确判断率。虽然如此,但胃镜检查和病理组织活检仍是确诊 PGML 的重要检查手段。加强医师的警惕性和提高内镜医生对 PGML 病变的内镜下表现的认识,采取多取、深取活检的方法,同时结合病理科的形态学表现及免疫组化的方法,就可进一步提高 PGML 的确诊率。

总之,胃淋巴瘤缺乏特征性临床表现及内镜改变,易与胃肠癌、胃溃疡相混淆^[13],且多累及全胃,多点、多病灶发生^[14]。但相对于 CT 检查来说,胃镜检查 and 病理组织活检对 PGML 的确诊率要高。加强医师的警惕性和提高对 PGML 的胃镜下表现的认识,并结合胃镜下对病变组织多取、深取活检对 PGML 的确诊有重要价值。

参考文献:

[1] 董志伟,谷铎之 主编. 临床肿瘤学[M]. 北京:人民卫生出版社,2002:876.

[2] Kelessis NG, Vassilopoulos PP, Tsamakidis KG, et al. Is gastroscopy still a valid diagnostic tool in detecting gastric MALT lymphomas? A dilemma beyond the eye[J]. Surg Endosc,2003,17(3):469.

[3] Ferrucci PF, Zucca E. Primary gastric lymphoma pathogenesis and treatment; what has changed over the past 10 years? [J]. Br J Haematology,2007,136(4):521.

[4] 严谨,欧阳钦,黄丽彬,等. 原发性胃淋巴瘤内镜下表现及其误诊分析[J]. 世界华人消化杂志,2007,15(14):1658.

[5] Dawson IM, Cornes JS, Morson BC. Primary malignant lymphoma of the intestinal tract; report of 37 cases with a study of factors influencing prognosis[J]. Br J Surg, 1961,49:80.

[6] 陈蕾,吕翔. 胃原发性恶性淋巴瘤[J]. 诊断病理学杂志, 2006,13(1):79.

[7] 周吉成,罗军,彭志刚,等. 原发性胃肠道恶性淋巴瘤 36 例临床分析[J]. 重庆医学,2004,33(5):737. (下转第 1575 页)

了明显变化,食物中含高嘌呤、高蛋白类物质摄入量显著增加、慢性肾病、MS、广泛应用利尿剂的增多,痛风的发病率呈逐年递增趋势,发病年龄呈年轻化趋势^[2]。本资料显示,痛风发病年龄提前,最小 18 岁,男性多于女性,男性发病高峰年龄在 45 岁左右,女性多于绝经期后发病。据估计,中国痛风患者约 1 200 万,有高尿酸患者 1.2 亿,约占中国人口的 10%。痛风性关节炎首发关节部位一般是足第一跖趾关节,本文受累部位依次是足第一跖趾关节、跗骨、踝关节、膝关节、腕关节、肘关节及手指关节。134 例中有 77 例首发于该关节部位,根据典型的临床表现不难作出诊断,当病变累及踝、膝关节时,往往被忽略,而易误诊为其他方面的疾病,于关节滑液中找到尿酸盐结晶可确诊并利于鉴别。急性痛风性关节炎发作时,因关节及周围红肿,常被误诊为蜂窝组织炎、丹毒、化脓性关节炎及创伤性关节炎。本组 11 例被误诊为急性蜂窝组织炎或丹毒者,前者多有进食高嘌呤食物或有饮酒史,多在夜间发作,疼痛在几小时可达高峰,在几天内自行缓解。后者以感染症状如畏寒、发热及白细胞升高等全身症状较为突出,局部软组织肿胀明显而关节无疼痛、肿胀和触痛,不经治疗症状不会自行消失,使用秋水仙碱无效,可与痛风性关节炎鉴别。

慢性痛风性关节炎可因痛风结节累及手的掌指关节、近端指间关节,易被误诊为类风湿性关节炎及骨性关节炎。本组 26 例(19.4%)患者被误诊为类风湿性关节炎。鉴别要点是前者以中老年多见,多有痛风性关节炎发作史,有发作诱因(如受凉、饮酒、进高嘌呤饮食等),可有血尿酸升高,类风湿因子多阴性,受累关节多为单侧,在身体特定部位可见痛风石,X 线表现骨质呈虫噬样或穿凿样缺损、边缘呈尖锐的增生硬化,严重者出现脱位、骨折,后者以女性多见。若无上述诱因,生化检查无血尿酸升高,类风湿因子多阳性,受累关节呈对称性发作,以手指近端指间关节、掌指关节、腕关节受累常见,晨僵明显,无明显疼痛间歇期,X 线示关节间隙狭窄,可诊断类风湿性关节炎。

骨关节炎也是临床常见的疾病,多以负重关节如膝关节受累,表现为活动时加重,上下楼尤为明显,休息后减轻。体检可有膝关节压痛、骨擦感,合并关节积液时可有浮髌征阳性,血尿酸不高,X 线表现为髌间棘变尖、关节间隙变窄,发作时不具备典型的痛风发作特点。而本组中 24 例(17.9%)被误诊为骨性关节炎,需提高对二者的鉴别诊断。

通常痛风急性发作时血尿酸升高,但也有不升高者,这是因为在急性发作时肾上腺皮质激素分泌过多,促进尿酸排泄^[3]。在本文观察的 134 例中 105 例血尿酸升高,占 78.3%,另有 29 例不高。血尿酸不高并不能排除痛风,需结合其他检查综合判断。无症状的高尿酸血症是否需要药物治疗,目前国内没有达成共识,但近年有文献报道,高尿酸血症已成为高血压、心血管病、肾病及脑卒中的危险因素之一^[4],故应定期检

测血尿酸,做好高尿酸血症人群的随访,对高危人群及早干预,避免其发展为急性痛风发作。正常人每天产生并排出 750~800 mg 尿酸,其中 1/3 是由大肠杆菌分解,2/3 由肾脏排泄,尿酸以游离盐的形式经肾小球滤过,其中 90%由肾小管重吸收,部分由肾小管再分泌排出体外,最终排出量占滤过量的 6%~12%,因此,多喝水可以增加尿量,促进尿酸的排泄。同时,为增加尿酸在尿液中的溶解度,促进其排泄,防止肾结石的形成,各时期均可碱化尿液,本文中患者的尿液 pH 值均小于 6,均予碱化治疗。

痛风与 MS 的关系极为密切,MS 患者的多种代谢紊乱可加重肾脏微血管病变,致肾脏对尿酸的清除率下降、血尿酸水平升高^[5]。痛风常同时并发糖尿病、肥胖、高血压、高脂血症等疾病,这些因素对尿酸及糖代谢均有影响。如肥胖时摄入能量过多,嘌呤合成加速血尿酸增高,同时肥胖者对胰岛素不敏感,需分泌更多的胰岛素,最终导致 β 细胞功能衰竭而发生糖尿病。部分患者存在胰岛素抵抗,两者并存可互相影响,糖尿病可导致高尿酸血症或痛风,痛风是 2 型糖尿病的危险因素,过高的血尿酸可损害 β 细胞而诱发糖尿病。

痛风性关节炎是一种主要累及中年男性下肢单或寡关节以急性炎症为主要表现的疾病,首发关节部位多为足第一跖趾关节,亦可以踝、足背、膝、腕等关节为首发。其发病诱因可能与不良的生活方式相关,常合并 MS。详细询问病史、全面的体格检查和相关的实验室检查是诊治该病的前提,重视痛风性关节炎的诊治不仅关系到本病的预后,也与糖尿病、心脑血管疾病的发生密切相关。

参考文献:

- [1] Wallace SL, Robinson H, Masi AT, et al. Preliminary criteria for the classification of the acute arthritis of primary gout[J]. *Arthritis Rheum*, 1997, 20: 895.
 - [2] 施桂英. 走出痛风性关节炎诊断和治疗的误区[J]. *中华全科医师杂志*, 2006, 5(9): 519.
 - [3] 蒋明, 朱立文, 林孝义. 风湿病学[M]. 北京: 北京科学技术出版社, 1999: 1482.
 - [4] Nuki G. Should we treat asymptomatic hyperuricaemia? [J]. *Ann Rheum Dis*, 2005, 64(Suppl III): 4.
 - [5] Niskanen LK, Laaksaoja DE, Nyyssonen K, et al. Uric acid level as a risk factor for cardiovascular and all cause mortality in middle aged men: a prospective cohort study [J]. *Arch Intern Med*, 2004, 164(14): 154.
- (收稿日期: 2009-12-13 修回日期: 2010-03-13)
-
- (上接第 1573 页)
- [8] 方明宇, 苏金亮, 卢陈英, 等. 原发性胃恶性淋巴瘤的 CT 表现及鉴别诊断[J]. *放射学实践*, 2007, 22(10): 1069.
 - [9] 舒仁义, 张霞萍, 叶孟. 27 例原发性胃肠道淋巴瘤的 CT 诊断分析[J]. *重庆医学*, 2007, 36(7): 637.
 - [10] 川口实, 鹤田博美, 齐藤利彦. 活检组织诊断的基本知识和诊断方法[M]. 见: 芳野纯治, 滨田勉, 川口实. 主编. 孙明军, 王轶淳, 汪旭. 主译. 沈阳: 辽宁科学技术出版社, 2003: 273.
 - [11] 陈旭, 游振辉, 郑长森, 等. 原发性胃淋巴瘤的外科治疗[J]. *实用医学杂志*, 2006, 22(2): 199.
 - [12] 严仲瑜, 万远廉. 消化道肿瘤外科学[M]. 北京: 北京大学医学出版社, 2003: 248.
 - [13] 简兵, 陈伟庆, 何璐, 等. 39 例原发性胃淋巴瘤临床特征分析[J]. *重庆医学*, 2008, 37(22): 2578.
 - [14] 郑剑霄, 吴万垠, 龙顺钦, 等. 原发性胃淋巴瘤的病理特点及其放射治疗[J]. *广东医学*, 2008, 29(7): 1191.
- (收稿日期: 2009-08-13 修回日期: 2009-11-16)