

胃肠道间质瘤临床病理诊断分析

杜婷婷

(秭归中医医院病理科 湖北秭归 443600)

摘要:目的: 探究胃肠道间质瘤临床病理诊断结果。方法: 2021 年 1 月到 2022 年 12 月对 30 例胃肠道间质瘤患者的临床资料、病理诊断结果进行回顾性分析, 并进行统计比较。结果: 30 例胃肠道间质瘤患者的空肠病灶检出率是 66.67%、回肠病灶检出率是 33.33%。空肠病灶患者的腹部不适、消化道出血发生率与回肠病灶患者比较无差异 ($P > 0.05$), 空肠病灶患者的腹部包块检出率小于回肠病灶 ($P < 0.05$)。空肠病灶患者的核分裂数、NIH 危险度分级、淋巴结转移与回肠病灶患者比较无差异 ($P > 0.05$), 空肠病灶患者的肿瘤直径与回肠病灶比较有差异 ($P < 0.05$)。结论: 对发生在空肠、回肠两个部位的胃肠道间质瘤展开分析, 可知回肠病灶的肿瘤直径更大, 临床需结合病理表现及时进行治疗。

关键词: 胃肠道间质瘤; 病理诊断; 空肠病灶; 回肠病灶; 核分裂数; NIH 危险度分级; 淋巴结转移

胃肠道间质瘤是一类胃肠道间叶组织源性肿瘤, 病灶处于食管、胃部与肠道管壁中^[1]。胃肠道间质瘤多有腹部包块、消化道出血等症状, 只是在早期不易发现, 建议更正为: 胃肠道间质瘤患者早期无明显症状, 多在常规体检时检出, 发病率是 3/10 万人, 55 岁以上是高发群体, 青少年及儿童的患病率极低, 在胃肠道间质瘤患者中不足 10%。临床调查^[2]表明, 胃肠道间质瘤和神经细胞、肠道运动具有直接关系, 最常见病灶部位是胃部、小肠部位。F 该病会出现腹痛、腹胀、腹部包块与呕血等不适症状, 严重影响日常生活。手术是胃肠道间质瘤常用治疗方案, 但要确诊疾病才能手术。现阶段受诊疗技术限制, 患者的早期确诊率较低。故研究积极分析疾病的病理诊断结果, 报道如下。

1. 资料与方法

1.1 一般资料

2021 年 1 月到 2022 年 12 月对 30 例胃肠道间质瘤患者的临床资料、病理诊断结果进行回顾性分析。男 22 例, 女 8 例; 年龄 47-80 岁, 平均 (63.68 ± 3.54) 岁。纳入标准: (1) 患者的病理学诊断结果显示胃肠道间质瘤; (2) 患者的肿瘤病灶是空肠或回肠; (3) 患者配合完成各项检查。排除标准: (1) 患者存在其他类型恶性肿瘤疾病; (2) 患者发生肝硬化失代偿期; (3) 患者有凝血功能异常。

1.2 方法

收集患者的一般资料, 包括性别、年龄、临床症状; 收集患者的病理学诊断结果, 包含肿瘤直径、核分裂数、NIH 危险度分级、淋巴结转移。

1.3 统计学方法

在 SPSS 22.0 中统计分析, $P < 0.05$ 具有统计学意义。

2. 结果

2.1 病灶部位与临床症状的相关性

100 例胃肠道间质瘤患者的病灶部位如下, 空肠 60 例, 回肠 40 例, 空肠病灶检出率是 60.00%、回肠病灶检出率是 40.00%。空肠病灶患者的腹部不适、消化道出血发生率与回肠病灶患者比较无差异 ($P > 0.05$), 空肠病灶患者的腹部包块检出率小于回肠病灶 ($P < 0.05$)。见表一。

表 1 患者的病灶部位与临床症状的相关性 (n/%)

组别	腹部不适	腹部包块	消化道出血
空肠病灶 (n=60 例)	22 (36.67%)	13 (21.67%)	7 (11.67%)
回肠病灶 (n=40 例)	13 (32.50%)	19 (47.50%)	10 (25.00%)
X^2 值	0.789	4.335	0.772
P 值	0.345	0.001	0.331

2.2 病灶部位与病理特征的相关性

空肠病灶患者的核分裂数、NIH 危险度分级、淋巴结转移与回肠病灶患者比较无差异 ($P > 0.05$), 空肠病灶患者的肿瘤直径与回肠病灶比较有差异 ($P < 0.05$)。见表二。

表 2 患者的病灶部位与病理特征的相关性

影响因素	空肠病灶 (n=60 例)	回肠病灶 (n=40 例)	t 值	P 值
肿瘤直径				

< 2mm	3 (5.00%)	1 (2.50%)	3.465	0.001
2-5mm	20 (33.33%)	7 (17.50%)		
> 5mm	37 (61.67%)	32 (80.00%)		
核分裂数				
≤ 5/50 HPF	13 (21.67%)	9 (22.50%)	0.656	0.543
> 5/50 HPF	47 (78.33%)	31 (77.50%)		
NIH 危险度分级				
极低危	5 (8.33%)	4 (10.00%)	0.896	0.311
低危	5 (8.33%)	3 (7.50%)		
中危	12 (20.00%)	7 (17.50%)		
高危	38 (63.33%)	26 (65.00%)		
淋巴结转移				
是	8 (13.33%)	5 (12.50%)	0.785	0.334
否	52 (86.67%)	35 (87.50%)		

3. 讨论

胃肠道间质瘤病灶多呈梭形细胞, 所以往往被诊断成神经源性肿瘤、肌源性肿瘤^[3]。病理活组织检查是该病金标准, 主要结合肿瘤细胞组织形态达到确诊目的。其中 70% 的患者以梭形细胞型为主, 20% 的患者是上皮样细胞型, 10% 的患者是梭形细胞-上皮样细胞混合型。该病组织亚型具有较大变化, 同一类型患者的肿瘤也存在较大差异, 主要表现在肿瘤细胞密度、肿瘤细胞增殖指数、核分裂象计数等方面差异^[4]。现今免疫组化已经成为胃肠道间质瘤的常用诊断方法, 辅助临床明确肿瘤病灶部位, 明确核分裂数、NIH 危险度分级、淋巴结转移、肿瘤直径等病理特征, 有利于临床早期诊断、治疗疾病。但因肿瘤病灶可出现在多个部位, 相关病理特征也会发生一定变化, 所以需临床提高对免疫组化、肿瘤病灶位置的重视, 早期确诊疾病、明确病灶部位, 指导临床进行针对性治疗。

综上所述, 胃肠道间质瘤的病理学诊断结果存在一定特点, 有利于临床早期确诊。

参考文献:

- [1]KONG, MENG, LIU, GUOTAO, ZHUO, HONGQING, et al. Association between R1 resection and oncological outcome in resectable gastrointestinal stromal tumors without tumor rupture: A systematic review and meta-analysis[J]. European Journal of Surgical Oncology: The Journal of the European Society of Surgical Oncology and the British Association of Surgical Oncology, 2021, 47(7):1526-1534.
- [2]康劲松, 程斌, 马珩, 等. 超声内镜引导下细针穿刺细胞病理学检查对胃肠道间质瘤的诊断及鉴别诊断[J]. 华中科技大学学报 (医学版), 2022, 51(4):526-530.
- [3]于明川, 尚存海, 费胜民, 等. 胃肠道间质瘤的 CT 特征与病理危险度、免疫组化分型及 Hpa 蛋白表达的关系[J]. 实用放射学杂志, 2021, 37(2):252-255.
- [4]李余轶, 黄梦怡, 陆新良. 临床病理学指标和分子生物学标志物评估胃肠道间质瘤预后的研究进展[J]. 吉林大学学报 (医学版), 2021, 47(5):1323-1330.