

·病例报告·

特殊形态的胃黏液腺癌一例

任洪波 张国霞 王金 崔晶 董海燕 贾欣永

山东第一医科大学第一附属医院内镜诊疗科, 济南 250014

通信作者: 贾欣永, Email: jiaxy0505@126.com

A case of gastric mucinous adenocarcinoma with special morphology*Ren Hongbo, Zhang Guoxia, Wang Jin, Cui Jing, Dong Haiyan, Jia Xinyong*

【摘要】 胃黏液腺癌是一种少见的胃癌组织学类型,其大体分型多为隆起型,内镜发现时多已是进展期,且病变的活检病理诊断稍困难。本例进展期胃黏液腺癌的内镜下表现形态极为特殊,呈蜂窝空洞样,明显不同于常见进展期胃癌形态,而且病理提示为单纯的黏液腺癌,未见中高分化胃癌及其他未分化癌组织细胞成分,同时多次、多部位活检后仍难以明确病理性质。此类病例鲜有文献报道。

【关键词】 胃肿瘤; 黏液腺癌; 诊断

基金项目: 山东省科技厅(2019GSF08028)

患者女性,59岁,于2021年5月6日因“腹痛2周,查体发现胃占位12d”收入山东第一医科大学第一附属医院胃肠外科,入院查体腹软,剑突下轻压痛,无反跳痛,上腹部可触及包块,活动度差,有轻压痛。肿瘤标志物检测:糖类抗原CA-724为28.14 U/mL,腹部CT提示胃窦部壁不均匀增厚,见图1;胃镜检查示,胃腔变形狭窄,胃体小弯、胃角、胃窦见巨大不规则隆起,表面可见多发蜂窝状孔洞,病变中心见巨大溃疡,覆污秽黄白苔,底面凹凸不平,于病变边缘及溃疡面处多部位活检4块,见图2。超声内镜示,胰颈部见一低回声不规则包块,内部血流信号不丰富,与右肝关系欠清晰,累及胃壁,测量大小为63.9 mm×55.5 mm,内部可见高回声区,注水后可见水流进入病变内部;边界欠清晰,见图3。内镜下可见胃占位病变。活检病理示(胃体)黏膜慢性炎症,可见纤维肉芽组织增生,肉芽组织内见黏液成分。免疫组化:CK(-)。幽门螺杆菌染色示阴性。考虑恶性可能性大,予以手术切除。术中探查进一步明确病变情况,遂行腹腔镜远端胃癌切除+毕Ⅱ吻合+布朗吻合术。术后病理示:(胃窦小弯侧)黏液腺癌,体积9.0 cm×7.5 cm×2.5 cm,弥漫浸润型,穿透浆膜,未累及近端及远端切线,见图4;淋巴结转移情况:呈胃壁第3组(2/19枚)、第5组(1/1枚)、第6组(1/5枚)淋巴结癌转移。第4组淋巴结(9枚)、第7组淋巴结(1枚)均未查见癌。免疫组织化学染色示:Syn(-)、CK7(-)、CK20(-)、SATB2(-)、Her2(0)、BRAF(-)、MLH1(-)、PMS2(+)、MSH2(+)、MSH6(+)。最终诊断胃黏

液腺癌pT4aN2Mx。术后给予多次“奥沙利铂+卡培他滨”方案化疗及放疗治疗,随访至2022年3月31日,患者仍在治疗观察。

讨论 胃黏液腺癌(mucinous gastric carcinoma, MGC)是胃癌少见的一种组织学类型,其占有胃癌的3.5%~3.8%^[1-2]。MGC依据日本胃癌协会分型为未分化型^[3],而依据Lauren分型为弥漫型^[4]。WHO规定细胞外含有大量黏液,并且黏液量超过瘤体50%的胃癌为MGC。由于其呈巢状或团块状生长,癌细胞分泌大量黏液聚集在癌巢内呈局部隆起结节样改变,故大多胃黏液腺癌大体分型属于隆起型。本例内镜下及术后大体形态为隆起溃疡型,术后大体标本病理可见病变为纯的黏液腺癌,黏液湖中漂浮明显异型性细胞,并且黏液湖明显超过50%体积,可诊断黏液腺癌,符合黏液腺癌内镜及病理中常见表现,见图4。

既往大多研究表明,MGC发现时多处于进展期,早期MGC非常少见^[5]。本病例便是一例典型的进展期肿瘤,术后肿瘤分期已达pT4aN2Mx。但本病例特殊之处在于其内镜下表面呈蜂窝空洞样,明显不同于常见进展期胃癌形态,而且病理提示为黏液腺癌,未见中高分化胃癌及其他未分化癌组织细胞成分,此种形态的病例鲜有报道。我们推测,其蜂窝空洞结构形成具体原因如下:肿瘤初始便为黏液腺癌,由于大量黏液分泌,位于黏膜深层以下病变快速膨胀,而且膨胀速度快于肿瘤破坏速度,当膨胀为较大肿物时,肿瘤仍未浸透黏膜表面,此后肿瘤逐渐多点多部位自深层破坏黏膜层,

DOI: 10.3760/cma.j.cn441530-20220416-00157

收稿日期 2022-04-16 本文编辑 王静

引用本文:任洪波,张国霞,王金,等.特殊形态的胃黏液腺癌一例[J].中华胃肠外科杂志,2023,26(4):383-384. DOI: 10.3760/cma.j.cn441530-20220416-00157.



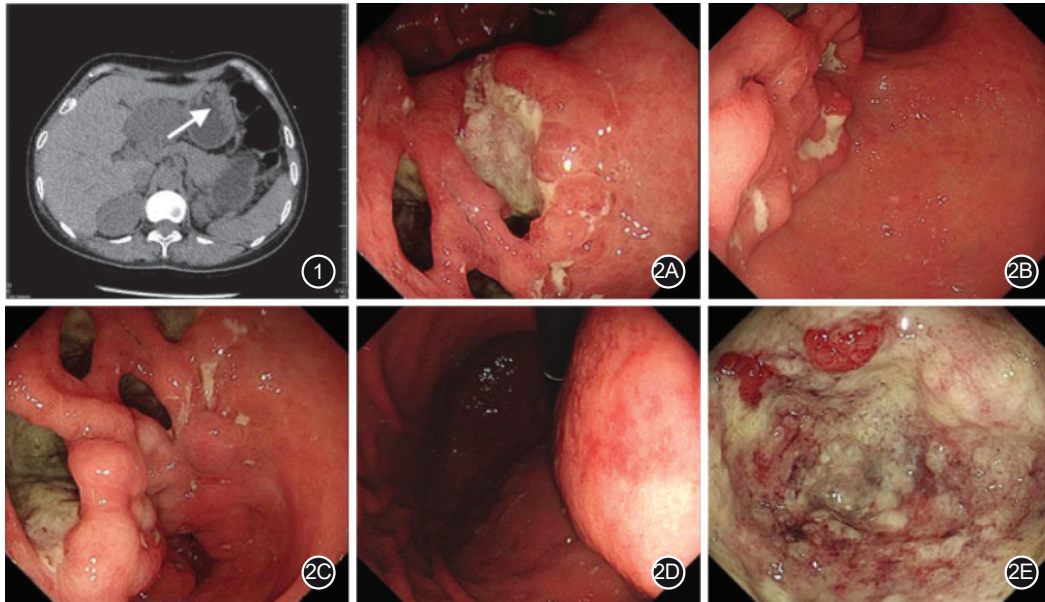


图1 病变CT图像(白色箭头) 图2 胃镜下检查见病变处,远景见多发蜂窝状孔洞及巨大缓坡隆起,病变内部呈溃疡性改变,覆污秽黄白苔,底面凹凸不平 2A.胃角;2B.胃窦体交界;2C.胃窦;2D.胃体;2E.病变内部溃疡

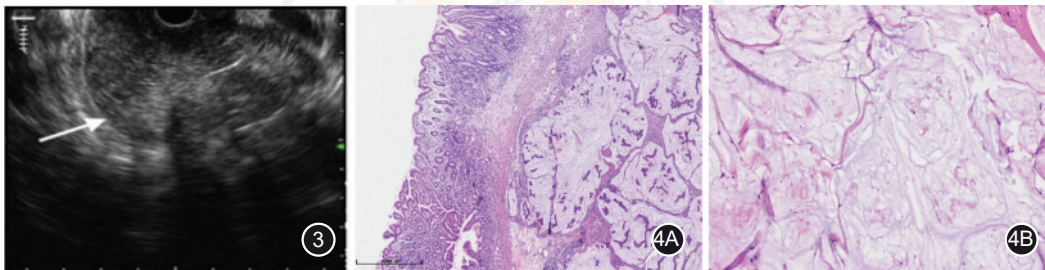


图3 病变扇扫超声图像呈不均匀低回声(白色箭头) 图4 术后病理检查(苏木精-伊红染色) 4A.黏膜下层可见大量黏液及分散的癌细胞巢($\times 20$);4B.肿瘤区域见大量黏液无结构区,但其内部无明显异型细胞成分($\times 100$)

直至发生溃疡,由于肿瘤组织为胶冻状黏液,极易破溃排空,随即肿瘤内部黏液及组织因各种因素刺激而排空,病变便出现蜂窝空洞结构。

本病例的难点在于明确诊断,此病例诊断困难原因可能为:(1)肿瘤区域位于黏膜下层及更深层,活检较为表浅,未取到肿瘤组织;(2)即使取到肿瘤组织,由于其黏液腺癌特点,病理组织处理时,可能造成散在的肿瘤细胞脱落,从而无法发现肿瘤细胞;(3)可能取的活检位置只有大量黏液,而无肿瘤细胞的区域,造成无法诊断。

由于本病例内镜下形态极为特殊,需要与以下胃疾病相鉴别。(1)胃胃间质瘤破溃:胃间质瘤常呈黏膜下肿瘤形态,当病变较大时表面可有破溃,形成溃疡,超声内镜提示来源肌层,呈均匀低回声或局部含有不均质中高回声;(2)胃良性溃疡:溃疡形态相对规整,边缘无明显隆起或仅有轻度隆起,底覆白苔,胃壁无明显僵硬;(3)胃淋巴瘤:常为多发,可表现多种多样形态,可有黏膜下肿瘤及溃疡形态,溃疡形态边缘常呈耳廓样,病变不僵硬。

利益冲突 所有作者均声明不存在利益冲突

参 考 文 献

- [1] 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.
- [2] 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.
- [3] Association JGC. Japanese Classification of Gastric Carcinoma - 2nd English Edition -[J]. *Gastric Cancer*, 1998, 1(1):10-24. DOI: 10.1007/s101209800016.
- [4] Lauren P. The two histological main types of gastric carcinoma: diffuse and so-called intestinal-type carcinoma. an attempt at a histo-clinical classification [J]. *Acta Pathol Microbiol Scand*, 1965, 64: 31-49. DOI: 10.1111/apm.1965.64.1.31.
- [5] Ryu SY, Kim HG, Lee JH, et al. Prognosis of early mucinous gastric carcinoma[J]. *Ann Surg Treat Res*, 2014,87(1):5-8. DOI: 10.4174/astr.2014.87.1.5.