



·论 著·

胃肠道间质瘤的超声表现与病理危险度分级的对比分析

吕 端

(中国人民解放军第一六九医院超声科 湖南衡阳 421002)

摘要：目的：分析胃肠道间质瘤的超声表现与病理危险度分级的对比效果。方法：选择 2015 年 1 月-2017 年 6 月在我院接受治疗的胃肠道间质瘤患者 28 例，均属于原发病灶，均在术前接受超声检查，分析超声表现与病理危险度分级的对比效果。结果：28 例肿瘤病灶位于胃部者 19 例 (67.86%)、小肠者 6 例 (21.43%)、大肠者 3 例 (10.71%)；按照病理危险度分析，极低者 7 例 (25.00%)，较低者 8 例 (28.57%)，中度者 6 例 (21.43%)，高度者 7 例 (25.00%)；(极)低者直径 0.50-5.65cm，中度病灶 3.65-4.05cm，高度病灶 2.85-10.75cm；病理危险度分级与肿瘤直径、钙化灶、坏死及液化灶因素有关 ($P < 0.05$)，与内部血流信号、肿瘤病灶生长方式及外在形态等因素差异不大 ($P > 0.05$)；超声检查确定肿瘤位置与手术、消化道内镜相符率 92.86% (26/28)。结论：采用超声检查胃肠道间质瘤能够获得良好的临床效果，而且在分析病理危险度分级方面具有重要的临床价值。

关键词：胃肠道间质瘤；超声表现；病理危险度；分级

中图分类号：R256.12

文献标识码：A

文章编号：1009-5187 (2018) 03-004-02

胃肠道间质瘤最初由上个世纪 80 年代国外研究人员提出的源自胃肠道 Cajal 细胞的肿瘤，属于间叶源性肿瘤，具有一定的潜在恶性病变风险，故需掌握病理危险度，有助于提高其诊断准确率[1]。本次研究选择 2015 年 1 月-2017 年 6 月在我院接受治疗的胃肠道间质瘤患者 28 例，均属于原发病灶，分析术前超声表现与病理危险度分级的对比效果，获得一定研究成果，现报告如下。

1. 资料与方法

1.1 一般资料

本次研究选择 2015 年 1 月-2017 年 6 月在我院接受治疗的胃肠道间质瘤患者 28 例，均经消化道内镜及术后病理检查确诊；28 例中包括男性 16 例，女性 12 例，年龄 35-85 岁，年龄平均 (56.59±25.44) 岁；主要临床表现包括腹胀、腹痛、贫血、腹部肿块、黑便以及肠梗阻等。纳入标准：(1) 临床资料完整，年龄超过 30 岁，完善术前超声、消化道内镜、术后病理检查，明确胃肠道间质瘤诊断。(2) 意识清楚，无精神系统障碍，能够与人正常交流，人格行为正常；(3) 本次研究对象、家属以及法定代理人均对本次研究内容知情，自愿参与，并同医院签订知情同意书。排除标准如下：(1) 凝血障碍、白血病等血液系统疾病；(2) 胃肠道间质瘤以外的其他肿瘤患者，传染病患者；(3) 突发外伤或短时间内接受外伤类手术治疗；(4) 心肝肾等重要脏器严重疾病，传染病等；(5) 本次研究用药过敏者，或使用免疫抑制剂、激素类药物；(6) 其他不适合参加本次研究者。

1.2 方法

所有患者均经手术治疗，术前接受彩色多普勒超声检查，术后肿瘤常规病理检查。其中术前彩色多普勒超声检查采用飞利浦公司生产的 IU22 以及西门子公司生产的 ACUSON128 等型号的彩色多普勒超声检查仪，检查频率设置为 3.5-5.0MHz；术前 1 晚空腹，至少禁食禁水达到 8h；患者仰/左侧/右侧卧于检查床上，如有必要，可选择坐位接受超声检查；从长/短轴、横/纵/斜等多切面常规检查肝、胆、胰，以及胃部、小肠及大肠等胃肠道诸多部位，观察胃肠道是否出现疑似肿瘤病灶、胃肠道壁蠕动情况，或可沿胃肠道走行扫查；对于疑似胃

肠道肿瘤、且不满意检查结果者，嘱咐其继续饮用温水 300-500ml，饮用完毕后再次检查，重点检查病灶血流情况及频谱特征，观察并记录血流参数，明确患病情况；分析检查结果，并将数据录入计算机。病理危险度参照美国国立卫生研究院发布的 2008 年版胃肠道间质瘤危险度分级方法，按照极低危险、较低危险、中度危险以及高度危险级别判断危险度。

1.3 统计学分析

本次研究选择 SPSS20.0 软件分析数据，经由率 (%) 表示计数资料，施行 X² 检验，当 $P < 0.05$ ，提示数据差异显著，具有统计学意义。

2. 结果

28 例肿瘤病灶均为单发，位于胃部者 19 例 (67.86%)，包括胃底部 6 例 (31.58%)、胃体部 8 例 (42.11%)、胃窦部 5 例 (26.32%)；小肠者 6 例 (21.43%)，包括十二指肠 1 例 (16.67%)、空肠 3 例 (50.00%)、回肠 2 例 (33.33%)；大肠者 3 例 (10.71%)，包括横结肠、降结肠、乙状结肠各 1 例，均占 33.33%。

按照病理危险度分析，28 例胃肠道间质瘤中包括极低者 7 例 (25.00%)，较低者 8 例 (28.57%)，中度者 6 例 (21.43%)，高度者 7 例 (25.00%)；(极)低危险者病灶直径 0.50-5.65cm，中度危险肿瘤病灶 3.65-4.05cm，高度危险肿瘤病灶 2.85-10.75cm。

病理危险度分级与肿瘤直径、钙化灶、坏死及液化灶因素有关 ($P < 0.05$)，与内部血流信号、肿瘤病灶生长方式及外在形态等因素差异不大 ($P > 0.05$)；详见表 1；超声检查确定肿瘤位置与手术、消化道内镜相符率 92.86% (26/28)。

表 1 胃肠道间质瘤的超声表现与病理危险度分级的对比情况 (n)



项目	极低危 (n=7)	较低危 (n=8)	中度危 (n=6)	高度危 (n=7)	χ^2	P
病 灶 位置						
胃部	6	4	3	6	7.0658	0.3148
小肠	1	3	1	1		
大肠	0	1	2	0		
瘤 体 直径						
<5cm	6	7	3	0	18.8160	0.0045
5-10cm	1	1	2	2		
>10cm	0	0	1	5		
瘤 体 形态						
规则	5	6	3	3	2.2460	0.5229
不规则	2	2	3	4		
肿 瘤 生 长 方 式						
胃 肠 道 腔 内	4	4	2	2	1.9313	0.9259
胃 肠 道 腔 外	2	3	3	3		
胃 肠 道 壁 间	1	1	1	2		
回 声 分 布 均 匀						
是	3	3	1	2	1.1735	0.7594
否	4	5	5	5		
瘤 体 内部 血流						
无	1	1	2	1	1.2580	0.7391
有	6	7	4	6		
瘤 体 内部 钙 化						

灶						
无	7	8	2	5	11.531	0.009
有	0	0	4	2	4	2
坏死、 液 化 灶						
无	7	8	1	3	16.319	0.001
有	0	0	5	4	7	0
转 移 灶						
无	7	8	6	5	6.4815	0.090
有	0	0	0	2	4	4

3.讨论

胃肠道间质瘤在消化系统肿瘤中发病率较高,其组织、形态随着组织分型的不同而发生一定的差异。2013年,权威机构将胃肠道间质瘤归属于软组织肿瘤单独一类肿瘤,这可能与近几年分子生物学及免疫组化技术迅猛发展有关。多数胃肠道间质瘤瘤体内多存在 PDGFRA 以及 Kit 基因突变,根据其危险程度可将瘤体分为良性及恶性肿瘤[2-3]。胃肠道间质瘤早期多无临床表现,一旦出现临床表现、确诊多已发展到中晚期,故需早确诊、早治疗。随着影像学检查技术的迅猛发展,越来越多先进技术应用于临床,目前胃肠道间质瘤超声检查诊断方面已经取得一定的研究成果,以(极)低危险度胃肠道间质瘤为例,其瘤体外形多为(椭)圆形,或不规则,或呈分叶状,肿瘤细胞源自粘膜下组织,瘤体内多呈低回声均匀,与邻近组织分界清晰,直径多较小(<5cm);部分伴发粘膜溃疡凹陷,内部血流丰富[4-5]。

本次研究选择 28 例胃肠道间质瘤均已经过术后病理及胃肠道内镜检查明确诊断,结果显示胃肠道间质瘤危险等级与肿瘤直径、钙化灶、坏死及液化灶因素有关($P<0.05$),与内部血流信号、肿瘤病灶生长方式及外在形态等因素差异不大($P>0.05$);而且超声能够清晰反映肿瘤直径、病灶位置、内部血流情况等诸多信息,本次研究中超声检查确定肿瘤位置与手术、消化道内镜相符率 92.86%(26/28),提示超声定位价值较好。

总之,采用超声检查胃肠道间质瘤能够获得良好的临床效果,能够清晰反映病灶位置、外在形态、内部血流情况等,而且在分析病理危险度分级方面具有重要的临床价值,多可作为检查胃肠道间质瘤的首选影像学检查措施。

参考文献:

- [1]史鹏丽,张建霞,李颖,等.胃肠道间质瘤的超声表现与病理危险度分级的对照研究[J].现代肿瘤医学,2015(19):2795-2797.
- [2]吴俊,赵志军,赵改萍,等.胃肠道间质瘤的超声征象与病理危险度相关性分析[J].医学研究杂志,2015,44(8):91-94.
- [3]马娟娟.胃肠道小间质瘤的临床病理特征及其甲状腺激素相关蛋白的表达[D].广州:南方医科大学,2016.
- [4]叶显俊,邓克学,隋秀芳,等.超声对胃肠道间质瘤的诊断及危险度评估的临床价值[J].安徽医科大学学报,2015(3):396-399.
- [5]高红雷,孙作成,徐文广.腹腔镜联合胃镜治疗胃底部间质瘤 32 例报告[J].腹腔镜外科杂志,2013,18(1):18-20.