

个案报道

DOI:10.13406/j.cnki.cyx.003163

癌变范围仅 0.5 cm 的胃印戒细胞癌 1 例报道

岳彩飞¹, 洪汝涛²

(1. 中国科学技术大学附属第一医院消化内科, 合肥 230001; 2. 安徽医科大学第一附属医院消化内科, 合肥 230022)

A case report of gastric signet ring cell carcinoma with lesion range of only 0.5 cm

Yue Caifei¹, Hong Rutao²

(1. Department of Gastroenterology, The First Affiliated Hospital of University of Science and Technology of China; 2. Department of Gastroenterology, The First Affiliated Hospital of Anhui Medical University)

【中图分类号】R573

【文献标志码】B

【收稿日期】2021-07-29

1 病史资料

患者,女,58岁,因“体检发现胃黏膜病变1个月”入院,1个月前在当地医院体检行胃镜检查提示:胃窦黏膜病变(性质待定),随后就诊于中国科学技术大学附属第一医院,以“胃黏膜病变”收治入院,既往体健,否认高血压病、冠心病、2型糖尿病等病史,2015年因胆囊结石行腹腔镜胆囊切除术,否认吸烟、饮酒史,已绝经。入院查体:生命体征平稳,发育正常,营养良好,全身浅表淋巴结未触及肿大;腹部柔软,无压痛及反跳痛,未触及包块,移动性浊音阴性。完善肝、肾功能,血脂,肿瘤标记物,血、尿、便常规,出凝血时间等均未见异常。入院第3天行超声胃镜检查,白光内镜见:胃窦大弯侧见一团黄色瘤(图1),胃体下部后壁偏小弯侧见一处凹陷性病变,表面发白,边界不规则(图2);超声内镜见:胃体病变胃壁各层连续(图3)。后对该患者行内镜下胃体病变黏膜剥离术(endoscopic submucosal dissection, ESD),术中见:病灶位于胃体下部后壁,为一处凹陷型调Ⅱc型病灶,依次标记边界,黏膜下注射,病灶抬举后用黄金刀沿标记点外缘环周切开黏膜至黏膜下层,随后反复行黏膜下注射、止血及黏膜下剥离(图4),后续病理报告为癌变范围为0.5 cm×0.5 cm的印戒细胞癌;癌组织局限于黏膜层;切缘及基地切缘均未见癌组

织累及(图5~图8);免疫组化:CK(+),CK8(+),CD68(-),Ki-67(+,约30%)。术后予以禁食、抑酸、静脉营养支持等治疗后观察3d出院,嘱患者密切随访。

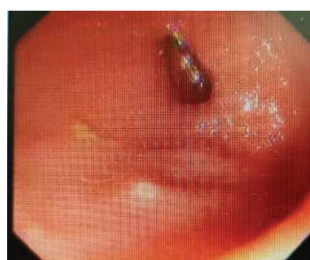


图1 胃窦大弯侧见一团黄色瘤

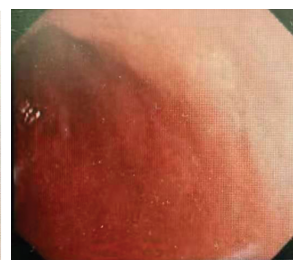


图2 胃体下部后壁偏小弯侧见一处凹陷型病变

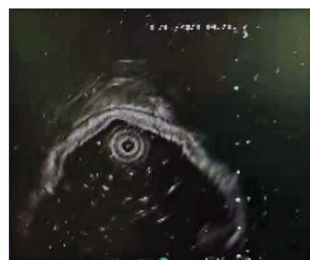


图3 胃体病变胃壁各层连续



图4 标记边界



图5 黏膜下剥离完成



图6 剥离的标本

作者介绍:岳彩飞,Email:2441754086@qq.com,

研究方向:消化系病。

通信作者:洪汝涛,Email:hongrutah@un.com。

优先出版:https://kns.cnki.net/kcms/detail/50.1046.R.20230207.1727.011.html
(2023-02-08)

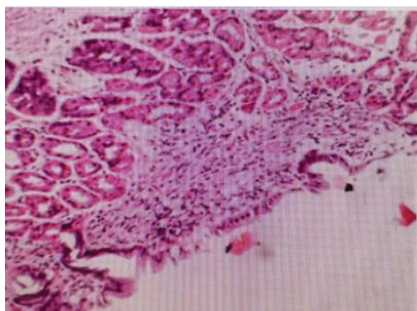


图 7 癌细胞局限于黏膜层图

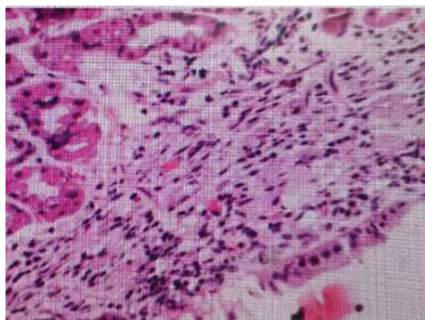


图 8 癌细胞胞质内可见圆形淡蓝染色区,并见较大的圆形空泡

2 讨论

胃印戒细胞癌(gastric signet ring cell carcinoma, GSRC)是一种源于黏膜固有层中腺体颈部未分化肝细胞的黏液分泌性腺癌。GSRC 作为一种独特的胃癌类型,在亚洲、欧洲和美国呈持续上升趋势,占新发腺癌病例的 35%~45%^[1]。GSRC 通常在淋巴结转移、远端器官转移或两者都转移的晚期被诊断^[2]。本例癌变范围仅 0.5 cm 的胃印戒细胞癌为罕见病例,早诊断、早治疗是促进患者生存率提高的关键。

GSRC 是一种充满黏液的戒指样形态细胞,细胞核被胞质内的黏液推向细胞的一侧,这与丰富的内质网及高尔基复合体、较强的蛋白质和黏液合成能力有关,在 Lanren 分型上,GSRC 趋向于弥漫型,多为低分化,好发于远端胃,多数患者发现时已为Ⅲ期或Ⅳ期^[3]。研究证实,GSRC 具有弥漫浸润性生长,但早期局部垂直浸润能力较弱^[4]。本病例为早期 GSRC,癌变范围仅 0.5 cm,仅局限于黏膜层,未发现有淋巴结转移。如果突破黏膜下层,则迅速发生播散及远处转移,并且对目前的抗肿瘤治疗不敏感,往往预后较差,因此,早发现、早诊断、早治疗对 GSRC 预后至关重要。此外,本例患者病理免疫组化 CK(+)、CK8(+)也基本符合印戒细胞癌组化表现。

早期 GSRC 能否行 ESD 至今尚无统一论。日本胃癌协会指出:ESD 是一种有严格适应证的早期胃癌的可选治疗方

法。早期胃癌内镜切除的适应证有 2 个原则:第一,适于能够整体切除病灶;第二,无淋巴结转移或淋巴结转移的可能性小于 1%的肿瘤^[5]。Pokala SK 等^[6]报道,244 例 T1a GSRC 患者中,肿瘤大小为 1 cm 和 2 cm 的患者转移淋巴结的发生率分别为 2.7%和 5.4%;Lee SH 等^[7]报道,黏膜内癌的淋巴结转移发生率为 1.9%,并提出早期 GSRC 如果直径小于 25 mm 且为黏膜内,排除淋巴血管转移,可通过内镜切除治疗。笔者认为:消化内镜医师在识别病变的时候要认识到印戒细胞癌的生长特点,即黏膜下呈浸润性生长,而黏膜表面可能为正常细胞,这增加了内镜发现的难度,组织活检若达不到一定深度易漏诊,因此在组织活检时一定要多点及深取活检,隆起性病变可在顶端中心取,凹陷型病变可在内侧边缘取。内镜发现早期病变,经超声内镜证实肿瘤未浸润至黏膜下层、无局部淋巴结转移,NBI 提示分期良好,影像学未见远处转移的早期胃癌患者,可选择内镜治疗术。GSRC 的难题在于不能早期发现,但随着人类基因组计划的完成,许多与 GSRC 发生发展相关的新基因逐渐被发现和证实,这将为 GSRC 的早期诊断提供新的策略。

参 考 文 献

- [1] Ferlay J, Soerjomataram I, Dikshit R, et al. Cancer incidence and mortality worldwide: sources, methods and major patterns in GLOBOCAN 2012[J]. Int J Cancer, 2015, 136(5): E359-E386.
- [2] Voron T, Messager M, Duhamel A, et al. Is signet-ring cell carcinoma a specific entity among gastric cancers[J]. Gastric Cancer, 2016, 19(4): 1027-1040.
- [3] Taghavi S, Jayarajan SN, Davey A, et al. Prognostic significance of signet ring gastric cancer[J]. J Clin Oncol, 2012, 30(28): 3493-3498.
- [4] Lee YM, Kang SH, Kim JS, et al. Subepithelial spread of early gastric signet ring cell carcinoma: how far they can reach?[J]. Dig Dis, 2020, 38(6): 442-448.
- [5] Japanese Gastric Cancer Association. Japanese gastric cancer treatment guidelines 2018 (5th edition)[J]. Gastric Cancer, 2021, 24(1): 1-21.
- [6] Pokala SK, Zhang C, Chen Z, et al. Incidence, survival, and predictors of lymph node involvement in early-stage gastric signet ring cell carcinoma in the US[J]. J Gastrointest Surg, 2018, 22(4): 569-577.
- [7] Lee SH, Jee SR, Kim JH, et al. Intramucosal gastric cancer: the rate of lymph node metastasis in signet ring cell carcinoma is as low as that in well-differentiated adenocarcinoma[J]. Eur J Gastroenterol Hepatol, 2015, 27(2): 170-174.

(责任编辑:唐秋姗)