

肿瘤个案报道

DOI: 10.13406/j.cnki.cyx.002780

原发性胃恶性黑色素瘤伴同时性肝转移 1 例

刘 杰, 黄泽平, 刘海鹏, 陈 晓
(兰州大学第二医院胃肠外科, 兰州 730000)

A case of primary gastric malignant melanoma with simultaneous hepatic metastasis

Liu Jie, Huang Zeping, Liu Haipeng, Chen Xiao

(Department of Gastrointestinal Surgery, Lanzhou University Second Hospital)

【中图分类号】R320.2710

【文献标志码】B

【收稿日期】2020-08-03

1 病史资料

男性患者, 61 岁。因“间断性黑便 9 d 余”于 2020 年 5 月 20 日入院。曾于当地医院行胃镜检查, 诊断为贲门癌(Borrmann II 型)。全腹增强 CT 提示贲门区胃壁增厚, 考虑胃癌(图 1, 白色箭头)。肝右叶见一巨块型低密度影(图 1, 红色箭头), 范围 12.4 cm × 9.6 cm × 12.0 cm, 考虑肝细胞癌。胃镜检查提示贲门胃底连续隆起增生型病变, 致管腔狭窄, 触之易出血(图 2), 内镜诊断为贲门胃底癌。取活检病理检查提示: 肉眼可见小块组织 3 个, 最大径 0.1 cm, 光镜下见瘤细胞形态、大小多样, 嗜伊红染色, 核仁明显, 部分胞质内含有黑色素颗粒(图 3)。免疫组化染色: 瘤细胞示 S100(部分+)(图 4), HMB45(+), MelanA(弱+), 以上均是胞膜胞浆染色阳性。SOX-10(+), 为胞核染色阳性, CK8/18(弱+), CKp(弱+), Syn(-), CD56(-), CgA(-), C-erbB-2(0), p40(-), CK5/6(-), CK7(-), Villin(-), Ki-67 阳性细胞数 40%。病理诊断: 胃恶性黑色素瘤。患者入院体查及追问病史均无胃以外原发病灶, 既往无肝炎及肝病史, 结合免疫组化, 最后诊断: 晚期胃原发性恶性黑色素瘤并出血; 巨大转移性肝癌; 中度贫血。

患者因发生肝脏转移丧失手术机会, 给予 PD1 化疗 4 周期, 复查增强 CT 提示胃小弯肿瘤较前病变好转, 壁变薄。

作者简介: 刘 杰, Email: 2409342493@qq.com,

研究方向: 消化道肿瘤。

通信作者: 陈 晓, Email: chenxiaomd@163.com。

优先出版: <https://kns.cnki.net/kcms/detail/50.1046.R.20210412.1728.014.html>

(2021-04-13)

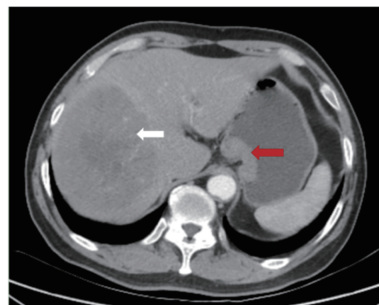


图 1 全腹增强 CT

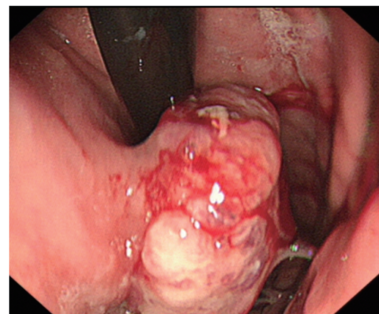
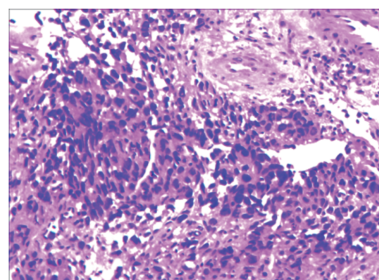


图 2 胃镜检查



注: 肿瘤细胞和排列结构具有多样性, 瘤细胞内可见黑色素颗粒。

图 3 胃镜活检 (HE, 200 ×)

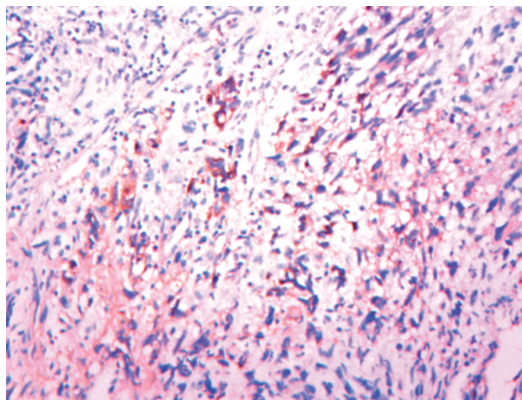


图 4 肿瘤细胞表达 S-100 阳性 (免疫组化染色, 200 ×)

2 讨论

恶性黑色素瘤恶性程度高,预后差,20%可发生转移。其中皮肤黑色素瘤最为常见^[1],好发于食管、口腔、肠道、鼻咽等有黑色素细胞的部位。近年来其发病率年增长率为 3%~5%^[2],占所有恶性肿瘤的 1%~3%。胃恶性黑色素瘤极为少见,其中原发性更为少见^[3],国内外均有病例报道,其病因机制尚不明确。

查阅 1900 年 1 月至 2020 年 6 月国内具有完整资料的 59 例报道。其中原发性 42 例,以 50~70 岁多见,男性(61.9%)多于女性,胃体(40.5%)和胃底(26.2%)多发。病程多为 3~6 个月,临床表现主要为上腹部疼痛不适,其次为进食吞咽不畅,伴随症状常见有黑便、乏力、纳差、消瘦。

胃恶性黑色素瘤早期易发生淋巴结和远处血道转移^[4]。本例患者因“间断性便血”就诊时发现肝巨大占位性病变,结合病史、影像学及实验学检查考虑胃恶性黑色素瘤的同时性肝转移。

免疫组化染色是目前胃黑色素瘤确诊的重要方法。其中 S-100 的敏感性高,但特异性低;HMB-45 的特异性接近 100%,灵敏度约为 93%,与 S-100 联合应用更为可靠;Melan-A 常与 HMB-4 联合使用以提高诊断的准确性^[5];Vimentin(波形蛋白)鉴别无色素性黑色素瘤与上皮或神经源肿瘤有重要意义。

原发性胃恶性黑色素瘤鉴别诊断:①转移性胃恶性黑色素瘤:转移性在临床及影像学上有胃以外的原发病灶;②低分化腺癌:结合临床病史及 HMB45(+),S-100(+)相鉴别;③胃肠道间质瘤:常表达 CD117、DOG-1、CD34、DOG-1 等;

④胃淋巴瘤:活检可鉴别,钡餐呈“地图形”或“鹅卵石样”改变;⑤胃肠道透明细胞肉瘤:基因检测可鉴别^[6];⑥浆细胞瘤:常表达 CD20、CD79a、CD138、CD38;⑦肉瘤样癌或肉瘤:常表达 CK、Vimentin。

目前,胃恶性黑色素瘤仍无有效治疗方法,生存期仅约 7.5 个月^[7]。早期胃黑色素瘤可完整手术切除原发病灶。淋巴结受累时可辅助放疗和(或)化疗。远处转移时姑息性治疗。近年来研究报道黑色素瘤的免疫原性较好,其中个体化靶向治疗和免疫靶向治疗在晚期黑色素瘤有良好前景^[8],亟需后期大量的基础与临床研究。

参 考 文 献

- [1] Cabrera R, Recule F. Unusual clinical presentations of malignant melanoma: a review of clinical and histologic features with special emphasis on dermatoscopic findings[J]. Am J Clin Dermatol, 2018, 19 (Suppl 1): 15-23.
- [2] 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.
- [3] Yan C, Zhu ZG, Zhu Q, et al. A preliminary study of endoscopic ultrasonography in the preoperative staging of early gastric carcinoma[J]. Chin J Oncol, 2003, 25(4): 390-393.
- [4] Tacastacas JD, Bray J, Cohen YK, et al. Update on primary mucosal melanoma[J]. J Am Acad Dermatol, 2014, 71(2): 366-375.
- [5] Essner R. Surgical treatment of malignant melanoma[J]. Surg Clin North Am, 2003, 83(1): 109-156.
- [6] 黄会粉, 刘倩, 步宏, 等. 胃肠道透明细胞肉瘤临床病理分析并文献复习[J]. 临床与实验病理学杂志, 2014, 30(4): 383-388.
- [7] Huang HF, Liu Q, Bu H, et al. Clear cell sarcoma of gastrointestinal tract: clinicopathologic analyses and review of literatures[J]. Chin J Clin Exp Pathol, 2014, 30(4): 383-388.
- [8] 吕俊杰, 陶秀娟. 恶性黑色素瘤的治疗研究进展[J]. 中国肿瘤, 2012, 21(8): 606-610.
- [9] Lü JJ, Tao XJ. The progress on treatment of malignant melanoma[J]. China Cancer, 2012, 21(8): 606-610.
- [10] Luke JJ, Ott PA. New developments in the treatment of metastatic melanoma: role of dabrafenib-trametinib combination therapy[J]. Drug Healthc Patient Saf, 2014, 6: 77-88.

(责任编辑:唐秋姗)