

# 原发性胃恶性淋巴瘤的临床、内镜和病理特征24例

汪佩文, 姜海琼, 吴坚炯

## ■背景资料

原发性胃恶性淋巴瘤是少见病,但近年来发病率有上升趋势,其临床表现无特异性,内镜表现与胃癌相似,临床医师对其认识不足,误诊率高。

汪佩文, 姜海琼, 吴坚炯, 上海交通大学附属第一人民医院消化科上海市 200080

作者贡献分布: 此课题由汪佩文设计; 病例由汪佩文、姜海琼及吴坚炯收集; 本论文写作由汪佩文完成。

通讯作者: 汪佩文, 主任医师, 200080, 上海市, 上海交通大学附属第一人民医院消化科. tjw1135@126.com

收稿日期: 2010-07-19 修回日期: 2010-08-16

接受日期: 2010-08-24 在线出版日期: 2010-11-08

## Clinicopathologic and endoscopic characteristics of primary gastric malignant lymphoma: an analysis of 24 cases

Pei-Wen Wang, Hai-Qiong Jiang, Jian-Jiong Wu

Pei-Wen Wang, Hai-Qiong Jiang, Jian-Jiong Wu, Department of Gastroenterology, Shanghai First People's Hospital, Shanghai Jiaotong University, Shanghai 200080, China

Correspondence to: Pei-Wen Wang, Department of Gastroenterology, Shanghai First People's Hospital, Shanghai Jiaotong University, Shanghai 200080, China. tjw1135@126.com

Received: 2010-07-19 Revised: 2010-08-16

Accepted: 2010-08-24 Published online: 2010-11-08

## Abstract

**AIM:** To summarize the clinical, endoscopic and pathologic characteristics of primary gastric malignant lymphoma (PGML) to improve early diagnosis and facilitate prompt treatment of the disease.

**METHODS:** The clinicopathologic and endoscopic data for 24 PGML patients were reviewed and analyzed to summarize the clinicopathologic and endoscopic characteristics of the disease.

**RESULTS:** Upper abdominal pain, upper gastrointestinal bleeding, decreased appetite and emaciation were common but nonspecific clinical symptoms in PGML patients. Gastroscopic manifestations were diverse, including multiple large gastric ulcers, multiple erosions, multiple gastroduodenal ulcers, proliferative foci, and manifestations mimicking gastric cancer. The preferential sites of PGML were gastric body, antrum, and corpus-antral junction. Biopsy

yielded a diagnostic rate of 62.5%, while the rate of *Helicobacter pylori* (*H.pylori*) infection was 40%. Nineteen patients underwent surgery with subsequent chemotherapy, whereas three patients underwent chemotherapy alone. All 24 cases belonged to B-cell non-Hodgkin's lymphoma.

**CONCLUSION:** Preoperative diagnosis of PGML is difficult. Multiple gastroscopic examinations, multiple biopsy sites and large samples are necessary for clear diagnosis. Radical surgery with subsequent chemotherapy is preferred. *H.pylori* infection should be eradicated in patients with PGML.

**Key Words:** Primary gastric malignant lymphoma; Gastroscopy; Biopsy; Operation; Chemotherapy

Wang PW, Jiang HQ, Wu JJ. Clinicopathologic and endoscopic characteristics of primary gastric malignant lymphoma: an analysis of 24 cases. *Shijie Huaren Xiaohua Zazhi* 2010; 18(31): 3352-3355

## 摘要

**目的:** 总结原发性胃恶性淋巴瘤(PGML)的临床、内镜和病理特征以提高临床医师对PGML的诊治水平。

**方法:** 分析2003-01/2008-12交通大学附属第一人民医院收集的24例PGML患者的临床资料、内镜特点、辅助检查、病理结果和治疗方法。

**结果:** 本组病例临床表现无特异性,有上腹痛,上消化道出血,纳差、消瘦等。24例内镜检查的表现多样化,可有巨大、多发溃疡、多发糜烂、胃增殖灶、胃、十二指肠多发溃疡和疑似胃癌。PGML肿瘤好发部位以胃体为主,其次为胃窦、窦交界。内镜活检确诊率62.5%,幽门螺杆菌(*H.pylori*)阳性率40%,19例行手术联合化疗,3例仅做化疗,本组24例均为B细胞非霍奇金淋巴瘤。

**结论:** PGML术前确诊不易,易漏诊,需多次、多部位、深部大块活检,结合超声内镜可提高确诊率,治疗应行根治术,术后辅以化疗,*H.pylori*阳性者予抗*H.pylori*治疗。

## ■同行评议者

郑鹏远, 教授, 郑州大学第二附属医院消化科

**关键词:** 原发性胃恶性淋巴瘤; 胃镜; 活检病理; 手术; 化疗

汪佩文, 姜海琼, 吴坚炯. 原发性胃恶性淋巴瘤的临床、内镜和病理特征24例. *世界华人消化杂志* 2010; 18(31): 3352-3355  
http://www.wjgnet.com/1009-3079/18/3352.asp

## 0 引言

原发性胃恶性淋巴瘤(primary gastric malignant lymphoma, PGML)占胃肠道恶性肿瘤的1%-7%。本病少见,但近年来发病率有上升趋势,其临床表现无特异性,内镜表现与胃癌相似,但治疗效果、预后比胃癌好。术前误诊率高,因此加强对本病的认识显得尤为重要。本文分析交通大学附属第一人民医院2003-2008年收治的24例PGML患者的临床特点、内镜表现、病理特征和治疗方法,以提高临床医师对PGML的认识,实施合理治疗方案以提高疗效。

## 1 材料和方法

**1.1 材料** 收集2003-01/2008-12上海交通大学附属第一人民医院住院经组织病理学确诊的PGML患者24例,其中男11例,女13例,年龄30-86(平均 $57.50 \pm 16.53$ )岁,发病至确诊的时间最长的为8年,最短的1 mo,平均 $10.02 \text{ mo} \pm 20.94 \text{ mo}$ ,临床诊断均符合Danson标准。

**1.2 方法** 总结分析24例PGML患者的临床表现、胃镜特点以及病理特征、部分病例还作了超声内镜、上腹部CT、骨髓穿刺以及*H.pylori*检测并探讨了其临床分期、诊断、治疗结果及预后,对手术患者的手术前后病理进行对照。

## 2 结果

**2.1 临床表现** 患者临床表现无特异性,内中上消化道出血7例(29.2%),上腹痛9例(37.5%),纳差、消瘦5例(20.8%),上腹部不适3例(12.5%)。

**2.2 实验室检查** 有轻中度贫血16例,肝、肾功能基本正常,肿瘤指标癌胚抗原(carcino embryonic antigen, CEA)、甲胎蛋白(alpha fetoprotein, AFP)、癌抗原(cancer antigen 19-9, CA19-9)均正常。

**2.3 辅助检查** 24例患者胃镜多表现为病变广、多种形态的改变。肿瘤好发部位:胃体9例(37.5%),胃窦8例(33.3%),窦体交界处4例(16.7%),全胃3例(12.5%),底部2例(8.3%);形态学改变类似胃癌10例(41.6%),巨大溃疡6例(25%),胃多发溃疡2例(8.3%),胃多发糜烂1例(4.2%),增殖灶2例(8.3%),多发胃十二指肠溃疡

3例(12.5%)。2例行超声胃镜提示胃黏膜层次不清,回声不均匀;6例骨髓穿刺中2例正常,2例粒系增生,1例类白血病反应,1例有淋巴细胞浸润;4例钡餐造影,拟诊胃癌2例,胃体黏膜改变1例,胃窦、球部多发占位1例;18例患者行上腹部增强CT,内13例提示胃癌,胃溃疡,胃黏膜增厚,间质瘤,淋巴瘤及正常各1例,淋巴结累及11例;6例*H.pylori*检查,阳性率42.9%(6/14)。

**2.4 诊断和误诊情况** 本组除有局部淋巴结肿大外,均无全身淋巴结肿大,肝脾未触及,白细胞计数正常。24例术前胃镜确诊者15例(62.5%)。其中1例经4次胃镜,1例3次胃镜,2例2次胃镜才确诊,4例经院内外病理切片会诊明确诊断,有5例误诊为炎症,胃溃疡4例,胃癌1例,疑似淋巴瘤4例。19例患者行手术治疗,手术前后病理吻合10例(52.6%),2例联合超声胃镜检查确诊。

**2.5 免疫组织化学染色** 肿瘤细胞表达白细胞共同抗原LCA21/22(95.5%);B淋巴细胞分化抗原第79分化群 $\alpha$ 亚群CD79 $\alpha$  21/22(95.5%);UCHL-1 10/18(55.6%),BCL-2 (54.5%); $\lambda$  6/8(75%); $k^+$  7/15(71.5%); $I$  26 14/17(82.3%)。

**2.6 临床分期** 按Ann-Arbor分类改良标准,本组 I E期7例, II E期6例, III E期8例, IV E期3例。

**2.7 病理类型** 24例均为非霍奇金型淋巴瘤,占同期恶性肿瘤的1.42%,其中边缘区黏膜相关组织B细胞淋巴瘤(mucosa-associated lymphoid tissue lymphoma, MALT)9例(37.5%),大B细胞型淋巴瘤12例(50%),大B细胞+MALT 3例(12.5%)。

**2.8 肿瘤浸润深度** 侵犯黏膜下层3例(15.8%),浅肌层4例(21.5%),中肌层2例(10.5%)深肌层4例(21.1%),全层5例(26.3%),浆膜外(31.6%),淋巴结受累11例(57.9%)。

**2.9 治疗** 19/24例手术治疗,分别采用扩大次全胃切除+胃十二指肠吻合术8例,全胃切除5例,胃大部切除6例,肿瘤最大 $14 \text{ cm} \times 9.5 \text{ cm} \times 5 \text{ cm}$ ,最小 $2 \text{ cm} \times 2 \text{ cm} \times 1.5 \text{ cm}$ ,术后予化疗,5例未手术,其中3例予化疗,化疗采用CHOP方案,1 mo 1疗程,共4-6个疗程。

## 3 讨论

PGML属于结外淋巴瘤,发病率低,占胃恶性肿瘤的1%-7%,男女比例1:8,平均年龄60岁<sup>[1]</sup>,本组其发病率占胃恶性肿瘤1.42%,与文献报道一致,男女发病比例1:1.2,平均年龄57.2岁,与文献的相似,发病年龄略提前。PGML常见症状有

### ■ 相关报道

任小军等报道CT误诊率达59.1%,其误诊原因主要是对胃淋巴瘤的病理特点及CT表现认识不足。

### ■ 创新盘点

本文提出胃镜病理是诊断的金标准,但一次活检阴性不能排除本病,需多次、多部位、深取活检,以提高确诊率。

### ■应用要点

本文总结了PGML的临床、胃镜、病理特征和治疗方法,提供较好的诊断思路,具有一定的临床应用价值。

上腹痛不适,上消化道出血,纳差、消瘦。好发部位主要以胃窦、胃体为主,也有累及全胃,与文献报道相似。中青年有长期上腹痛,多发性胃溃疡,经久不愈,一般情况相对较好者要考虑PGML可能。

PGML的诊断主要依据胃镜,可见胃内病变广泛,多部位、多形态改变,但诊断率并不高,国内文献报道胃镜活检确诊率为20%-25%,X线钡餐为32.4%-42.8%<sup>[2,3]</sup>,本组胃镜活检诊断率为62.5%,明显高于国内文献的报道,可能与多次胃镜检查结合超声胃镜,并多次、多部位活检有关。本组有5例误诊为胃癌、炎症、溃疡,4例疑诊淋巴瘤,但未找到确切证据,其中1例术前确诊为低分化腺癌,4例经院内外病理科会诊才确诊,对该病认识不足,活检取材太少,缺乏综合分析是可能的原因。4例胃肠钡餐也未提及淋巴瘤的诊断,CT也只有1例提及淋巴瘤,占5.5%,任小军等<sup>[4]</sup>报道CT误诊率达59.1%,其误诊原因主要是对胃淋巴瘤的病理特点及CT表现认识不足,没有重视胃腔无明显狭窄、胃壁黏膜完整连续呈分层强化对胃淋巴瘤的诊断价值,没有重视广泛、多灶性病变是胃淋巴瘤的特点-广泛的胃壁浸润、多处胃壁增厚、多发结节和溃疡。有助于胃淋巴瘤与胃癌的鉴别。骨髓穿刺阳性率不高,只占16.7%,提示PGML只有晚期患者可能累及骨髓。

PGML病理组织类型主要为非霍奇金淋巴瘤,B淋巴细胞来源的霍奇金淋巴瘤少见,弥漫性大B淋巴细胞淋巴瘤占5%-6%,MALT占30%-35%,其他类型占5%<sup>[5]</sup>。本组病例均为非霍奇金B型淋巴瘤,与文献报道相似,MALT淋巴瘤属于一种特殊类型的低度恶性肿瘤,其定义为在黏膜和腺体组织发生的具有边缘区B淋巴细胞分化和表型的结外B细胞淋巴瘤,近年来该病发病率有增加趋势<sup>[6]</sup>。免疫组织化学显示LCA、CD79、UCHL-1、BCL-2、 $\lambda$ 、 $k^+$ 、*t*26阳性率较高(54.5%-95.5%)。

国内外报道手术是PGML的主要治疗手段,特别是在I E/II E期<sup>[2,6,7]</sup>,Hockey等<sup>[1]</sup>认为根治性手术联合化疗可能是治愈PGML的最佳方案,但也有学者认为I E/II E期行辅助化疗后手术疗效好,而对III E/IV E期患者应选择先手术后化疗<sup>[8]</sup>。本文79.2%的患者采用手术联合化疗,疗效高于单纯化疗,文献报道特殊类型的MALT淋巴瘤与*H.pylori*感染有密切关联,根除*H.pylori*可作为早期低度恶性MALT淋巴瘤的一线治疗,抗*H.pylori*

治疗可以使淋巴瘤消退<sup>[9,10]</sup>,甚至有报道<sup>[11]</sup>还引起胃外的黏膜相关组织淋巴瘤消退。也有学者<sup>[12-14]</sup>认为*H.pylori*治疗容易再次感染*H.pylori*而复发,治疗后需要观望和等待的阶段,有的学者<sup>[15]</sup>提出内镜超声在长期的治疗后随访中应起重要作用。但国内大部分学者<sup>[16]</sup>认为应尽量切除原发灶,放疗或化疗等非手术治疗方法也可以达到很好的治疗效果,本文有1例MALT淋巴瘤患者经抗*H.pylori*治疗后淋巴瘤消失,随访3年未复发。

总之,PGML的诊断主要依据胃镜和病理这一金标准,但一次活检阴性不能排除本病,需多次、多部位、深取活检,以提高诊断率。

志谢 本文得到巫协宁教授的悉心指导与帮助,在此表示衷心感谢。

### 4 参考文献

- Hockey MS, Powell J, Crocker J, Fielding JW. Primary gastric lymphoma. *Br J Surg* 1987; 74: 483-487
- 袁兴华, 余宏超, 邵永平, 渠洁岩, 周卫平. 外科手术在胃淋巴瘤联合治疗中的作用(附52例报道). *中国实用外科杂志* 1995; 15: 461-464
- 黄开红, 林萍, 王连源, 陈为宪, 李海刚. 原发性胃恶性淋巴瘤临床、内镜与病理特点. *癌症* 2001; 20: 519-522
- 任小军, 章士正, 董旦君, 王丽华, 金重午. 原发性胃淋巴瘤的CT表现及误诊原因. *世界华人消化杂志* 2008; 16: 1807-1811
- 罗志国, 冯奉仪, 张频, 王兴元, 王奇璐. 68例原发性胃恶性淋巴瘤的临床分析. *癌症* 2004; 23: 1692-1695
- 樊丽琳, 陈东风. 胃黏膜相关淋巴组织淋巴瘤21例. *世界华人消化杂志* 2003; 11: 1267-1268
- Roukos DH, Hottenrott C, Encke A, Baltogiannis G, Casioumis D. Primary gastric lymphomas: a clinicopathologic study with literature review. *Surg Oncol* 1994; 3: 115-125
- Bellini M, Salvatore G, Di Palma R, Cataneo M, Pede A, De Martino C. [Gastric non-Hodgkin lymphoma: guidelines for the therapeutic approach] *Chir Ital* 2003; 55: 391-397
- 贺降福, 刘荣, 胡仕林, 王银, 陈新皓. 胃黏膜相关淋巴组织淋巴瘤临床与内镜诊断分析. *国际消化病杂志* 2007; 27: 306-308
- 陈清波, 常青, 王洪波, 叶春兰. 原发性胃恶性淋巴瘤的临床分析. *实用癌症杂志* 2008; 23: 500-502, 506
- 纪小龙. 胃淋巴瘤——一种可治愈的与Hp有关的恶性肿瘤. *世界华人消化杂志* 1997; 5: 681-683
- Caletti G, Togliani T, Fusaroli P, Sabattini E, Khodadadian E, Gamberi B, Gobbi M, Pileri S. Consecutive regression of concurrent laryngeal and gastric MALT lymphoma after anti-Helicobacter pylori therapy. *Gastroenterology* 2003; 124: 537-543
- Arima N, Tsudo M. Extragastric mucosa-associated lymphoid tissue lymphoma showing the regression by Helicobacter pylori eradication therapy. *Br J Haematol* 2003; 120: 790-792
- Valencak J, Trautinger F, Fiebiger WC, Raderer M. Complete remission of chronic plaque psoriasis and gastric marginal zone B-cell lymphoma of MALT type after treatment with 2-chlorodeoxyadenosine. *Ann Hematol* 2002; 81: 662-665
- Fischbach W, Goebeler-Kolve M, Starostik P, Grein-

er A, Müller-Hermelink HK. Minimal residual low-grade gastric MALT-type lymphoma after eradication of *Helicobacter pylori*. *Lancet* 2002; 360: 547-548

16 Yeh HZ, Chen GH, Chang WD, Poon SK, Yang SS,

Lien HC, Chang CS, Chou G. Long-term follow up of gastric low-grade mucosa-associated lymphoid tissue lymphoma by endosonography emphasizing the application of a miniature ultrasound probe. *J Gastroenterol Hepatol* 2003; 18: 162-167

■同行评价  
本文可读性较好, 具有一定的临床意义。

编辑 曹丽鸥 电编 李薇

ISSN 1009-3079 (print) ISSN 2219-2859 (online) CN 14-1260/R 2010年版权归世界华人消化杂志

## • 消息 •

### 《世界华人消化杂志》出版流程

**本刊讯** 《世界华人消化杂志》[ISSN 1009-3079 (print), ISSN 2219-2859 (online), CN 14-1260/R]是一份同行评议性和开放获取(open access, OA)的旬刊, 每月8、18、28号按时出版. 具体出版流程介绍如下:

**第一步 作者提交稿件:** 作者在线提交稿件(<http://www.baishideng.com/wcjd/ch/index.aspx>), 提交稿件中出现问题可以发送E-mail至[submission@wjgnet.com](mailto:submission@wjgnet.com)咨询, 编务将在1个工作日内回复.

**第二步 审稿:** 送审编辑对所有来稿进行课题查新, 并进行学术不端检测, 对不能通过预审的稿件直接退稿, 通过预审的稿件送交同行评议专家进行评议. 编辑部主任每周一组织定稿会, 评估审稿人意见, 对评审意见较高, 文章达到本刊发表要求的稿件送交总编辑签发拟接受, 对不能达到本刊发表要求的稿件退稿.

**第三步 编辑、修改稿件:** 科学编辑严格根据编辑规范要求编辑文章, 包括全文格式、题目、摘要、图表科学性和参考文献; 同时给出退修意见送作者修改. 作者修改稿件中遇到问题可以发送E-mail至责任科学编辑, 责任科学编辑在1个工作日内回复. 为保证文章审稿意见公平公正, 本刊对每一篇文章均增加该篇文章的同行评议者和同行评论, 同时配有背景资料、研发前沿、相关报道、创新盘点、应用要点和名词解释, 供非专业人士阅读了解该领域的最新科研成果.

**第四步 录用稿件:** 作者将稿件修回后, 编辑部主任组织第2次定稿会, 评估作者修回稿件质量. 对修改不合格的稿件通知作者重修或退稿, 对修改合格的稿件送总编辑终审, 合格后发正式录用通知. 稿件正式录用后, 编务通知作者缴纳出版费, 出版费缴纳后编辑部安排生产, 并挂号将缴费发票寄出.

**第五步 排版制作:** 电子编辑对稿件基本情况进行审核, 核对无误后, 进行稿件排版及校对、图片制作及参考文献核对. 彩色图片保证放大400%依然清晰; 中文参考文献查找全文, 核对作者、题目、期刊名、卷期及页码, 英文参考文献根据本杂志社自主研发的“参考文献检测系统”进行检测, 确保作者、题目、期刊名、卷期及页码准确无误. 排版完成后, 电子编辑进行黑马校对, 消灭错别字及语句错误.

**第六步 组版:** 本期责任电子编辑负责组版, 对每篇稿件图片校对及进行质量控制, 校对封面、目次、正文页码和书眉, 修改作者的意见, 电子编辑进行三校. 责任科学编辑制作整期中英文摘要, 并将英文摘要送交英文编辑进一步润色. 责任电子编辑再将整期进行二次黑马校对. 责任科学编辑审读本期的内容包括封面、目次、正文、表格和图片, 并负责核对作者、语言编辑和语言审校编辑的清样, 负责本期科学新闻稿的编辑.

**第七步 印刷、发行:** 编辑部主任和主编审核清样, 责任电子编辑通知胶片厂制作胶片, 责任科学编辑、电子编辑核对胶片无误送交印刷厂进行印刷. 责任电子编辑制作ASP、PDF、XML等文件. 编务配合档案管理员邮寄杂志.

**第八步 入库:** 责任电子编辑入库, 责任科学编辑审核, 包括原始文章、原始清样、制作文件等.

《世界华人消化杂志》从收稿到发行每一步都经过严格审查, 保证每篇文章高质量出版, 是消化病学专业人士发表学术论文首选的学术期刊之一. 为保证作者研究成果及时公布, 《世界华人消化杂志》保证每篇文章从投稿到刊出4 mo内完成. (编辑部主任: 李军亮 2010-01-18)