

## 胃腸道間質瘤

### Gastrointestinal stromal tumor (GIST)

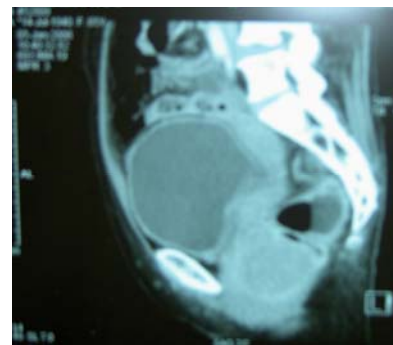
一般外科 許永師、董弘一

一名 66 歲的女性病人，於住院前約一個星期左右開始產生腹部不適、腹瀉及發燒的症狀，故於 95 年 1 月至本院門診求診。病人自述有痔瘡的病史。理學檢查時，肛門指診可觸摸到巨大的硬塊。初步安排腹部超音波發現在骨盆腔有一個約八公分大小的腫瘤。血液檢查結果：WBC：4900，Hb：10.0g/dL，Plt：326000，GOT/GPT：17/12U/L，BUN/Cre：5/0.7mg/dl，Na/K/Cl：142/3.0/107。腫瘤標記如下：AFP：5.5ng/ml，CEA：1.2ng/ml，CA-125：12.4U/ml，CA-199：13.4U/ml，都在正常範圍內。

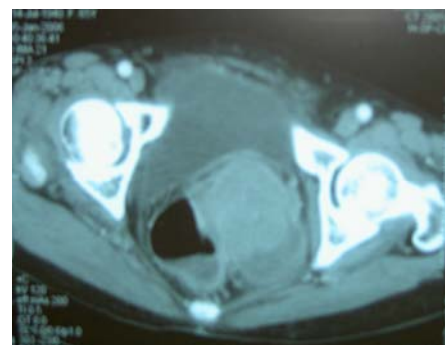
住院之後，腹部電腦斷層顯示一個位於骨盆腔，起源不明的巨大腫瘤，把子宮及直腸壓迫到一邊。大腸鏡檢查可見在距肛門口約七公分處有一個突起的腫塊，但是粘膜表面正常，懷疑是從外面壓迫進來的。照會婦產科之後，懷疑腫瘤的起源是從卵巢來的。所以手術安排 1. 子宮全切除併雙側卵巢切除及 2. 腫瘤切除。病理報告證實此一骨盆腔腫瘤為胃腸道間質瘤。病人於術後第六天出院，現仍在門診追蹤。



圖一腹部超音波有一 solid mass over pelvis 8.9 cm, R/O uterus origin



圖四骨盆腔電腦斷層矢狀切面



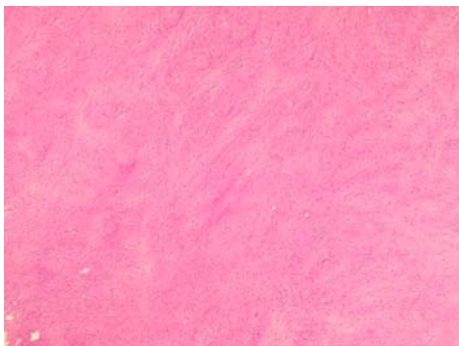
圖二，三骨盆腔電腦斷層可見腫瘤壓迫膀胱，乙狀結腸，直腸

## 討論

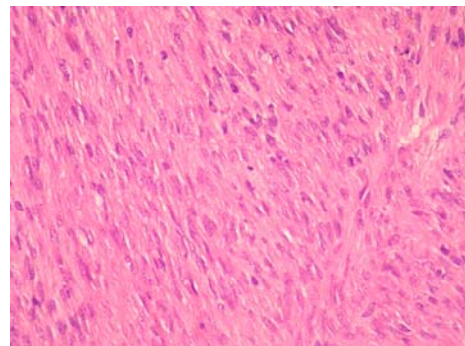
胃腸道間質瘤於 1983 年由 Mazur 等首先提出，是消化道最常見的間葉性腫瘤。它具有多向分化性。組織學及免疫組織染色上，有別於單純由肌肉或神經細胞來源的平滑肌肉瘤(leiomyoma)或神經鞘瘤(schwannoma)。發病原理起因於基因突變，造成 tyrosine kinase proteins 的過度表現及活化。每個胃腸道間質瘤都有惡性的機會，腫瘤大小及分化速率是和惡性表現有關的最有力預測因子。胃腸道間質瘤好發於 50-60 歲中年人(10-20/1000000)。好發部位在胃部佔 60-70%，小腸佔 25-30%，極少數發生在大腸、直腸或食道。而僅佔所有胃腫瘤的 1.2%。其症狀表現包括消化道出血(GI bleeding)、消化不良(dyspepsia)、胃腸道阻塞(obstruction)及疼痛(pain)。診斷以內視鏡為主，血管支配相當豐富，內視鏡不易到達的部位，血管攝影亦為診斷工具之一。核磁共振掃描可能在評估腫瘤的活性上非常有用。PET 在胃腸道間質瘤的 staging 上非常準確。一半的病人發現腫瘤時，已有肝臟或腹膜轉移。胃腸道間質瘤也可以在腹腔的軟組織或後腹腔發現 - extragastrointestinal stromal tumors (EGIST)。

局部的胃腸道間質瘤的治療是完整的手術切除；對於末期或無法切除的胃腸道間質瘤主要是用 imatinib。Imatinib (Glivec)自 2002 年 2 月經 FDA 核准用於無法切除或轉移的胃腸道間質瘤，是一種 tyrosine kinase inhibitor。

本個案遠離胃及小腸，更與大腸，直腸無關聯，亦非由生殖泌尿系統所來，開刀時，冷凍切片病例報告為良性(Spindle cell tumor (favor benign))，一度以為是 benign leiomyoma 開刀時除做 ATH + BSO (Abdominal total hysterectomy and bilateral Salpingectomy oophorectomy)還做 total mass excision 術後正式病例報告為 Gastrointestinal stromal tumor (GIST), with high risk for malignant potential, 因 Size > 5 cm, mitosis: 16/50 HPF, C-kit (+), CD34 (+), vimentin (+), smooth muscle actin (-), S-100 protein (-), 所以為極為罕見之個案



圖五低倍下可以看到 tumor 由 spindle cells 所組成，排列成束狀



圖六高倍下可看到 spindle cell, 在這個範圍內可以看到 mitotic figures

## 參考文獻

1. Elkihal L, Ajana FZ, Seddik H, et al. [Advances in the diagnosis and management of gastrointestinal tumours: 5 cases.]. Sante. 2005 Dec 1;15:271-283.
2. Ludolph T, Schweitzer A, Bremer A, et al. [Gastrointestinal stromal tumors (GIST). Clinical characteristics, diagnosis, and therapy in five cases]. Med Klin (Munich). 2006 Jan 15;101:69-74.
3. Ferchichi L, Kourda N, Zermani R, et al. [Extragastrintestinal stromal tumors: a report of 4 cases.]. Ann Chir. 2005 Oct 17; [Epub ahead of print].
4. Amano M, Okuda T, Amano Y, et al. Magnetic resonance imaging of gastrointestinal stromal tumor in the abdomen and pelvis. Clin Imaging. 2006 Mar-Apr;30:127-31.
5. Esteves FP, Schuster DM, Halkar RK. Gastrointestinal tract malignancies and positron emission tomography: an overview. Semin Nucl Med. 2006 Apr;36:169-81.



## 胃腺瘤

消化系內科 許文欣 孫盟舜

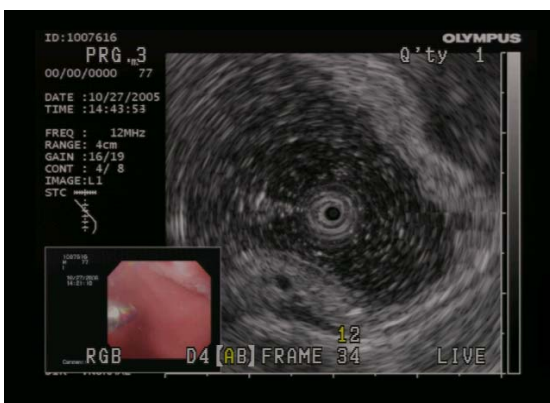
陳先生是一位七十七歲男性，平常健康情況良好，沒有糖尿病、高血壓或其他身體疾病史。這次主要因為自覺胃口變差，而且吃完飯後很容易腹脹，所以來到腸胃內科門診求診。在診間時，理學檢查並無發現任何異常，在觸診時，腹部是柔軟的，無壓痛或腫塊，因為病史指向上消化道問題，所以經由門診安排胃鏡檢查。

胃鏡檢查中，我們發現在胃體下段靠小彎處有一處息肉狀隆起，黏膜表面看起來無異常，沒有潰瘍或發赤的現象（圖一）。同時針對病灶做 Indigo Carmine 染色，可以發現隆起處更明顯（圖二）。內視鏡超音波術（EUS）發現此一息肉狀病灶只單純侵犯胃黏膜層(mucosa)，黏膜下層(submucosa)是完好的（圖三）。最後，在這位病人的組織切片中發現有許多的腺體增生(gland hyperplasia)，其中的核呈現柱狀增長(columnar elongation)顯示有變性現象(dysplastic change)，某些部分可以看見杯狀細胞(Goblet cell)（圖四），

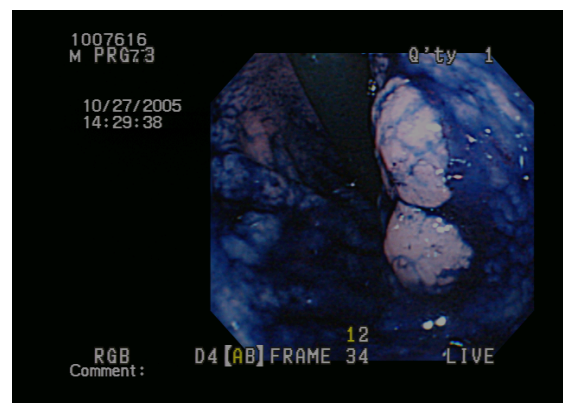
所以我們診斷此為一胃腺瘤(Gastric adenoma, intestinal type)。

圖一

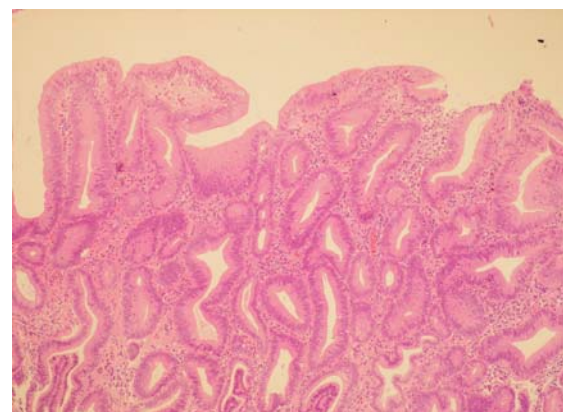
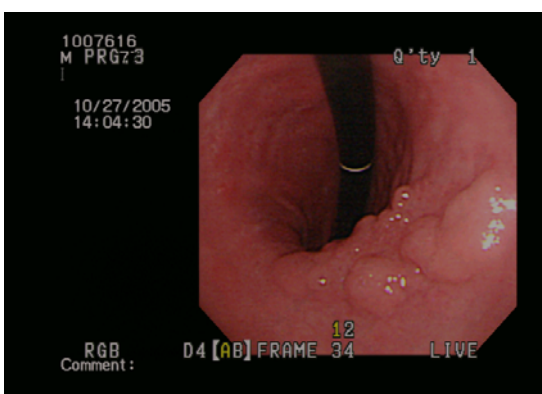
圖二



圖三



圖四



胃腺瘤一般不會有症狀，較常見的症狀如這位病人所見的，吃不下、腹脹、噁心等等。文獻回顧，胃腺瘤約佔所有胃息肉的7%-10%，其分布主要在胃竇，因為常常可同時發現癌化病灶或一段時間後變成癌症，所以處理上建議切除。胃腺瘤可以藉有無Goblet cell在分為intestinal type(有Goblet cell)或gastric type(無Goblet cell)，一般認為intestinal type和惡性變化比較有相關。在大小方面，一般認為若大於兩公分也比較容易有惡性變化。

在本院的經驗方面，我們回顧過去五年診斷為胃部息肉的病例總共有414位，其中有18例最後病理診斷是胃腺瘤，比率約為4.1%，分布主要都在胃體部下方，這和文獻回顧中常見於胃竇略有不同，另外發生率也略低於文獻統計，推測可能和檢查中真正做切片檢查比率低有關。

參考文獻

1. Susan CA, Elizabeth AM, et al. COX2, p53, beta-Catenin and APC protein expression in gastric adenomatous polyps. *The American Journal of Surgical Pathology* 26: 1276-1285. 2002
2. Geoff VS, Roger F, et al. Intestinal-type and gastric type adenomas differ in the risk of adenocarcinoma and presence of background mucosal pathology. *Am J Pathol* 2005; 123:415-420