·病例报道·

内镜黏膜下剥离术治疗幽门螺杆菌阴性胃黏膜相关淋巴组织结外边缘区淋巴瘤1例

高杰[1]　江浩渊[2]　安薇[1]　陈颖[1]　施新岗[1]

[1]上海长海医院消化内科，上海 200433；[2]新疆生产建设兵团第十三师红星医院消化内科，哈密 839000

通信作者：施新岗，Email：xhshixg@163.com

【提要】 胃黏膜相关淋巴组织（mucosal-associated lymphoid tissue，MALT）结外边缘区淋巴瘤是常见惰性淋巴瘤，常与幽门螺杆菌（*Helicobacter pylori*，*HP*）感染相关，胃镜下常表现为溃疡型，病理可明确诊断，治疗主要为根除*HP*，但对于*HP*阴性的MALT淋巴瘤或者根除*HP*无效的患者治疗尚未达成共识。本文报道1例*HP*阴性的单发胃MALT淋巴瘤，经内镜黏膜下剥离术完整切除，术后侧切缘及基底切缘阴性。

【关键词】 淋巴瘤，B细胞，边缘区；　内镜黏膜下剥离术；　早期胃癌

A case of *Helicobacter pylori*-negative gastric mucosa-associated lymphoid tissue extranodal marginal zone lymphoma treated by endoscopic submucosal dissection

Gao Jie[1], Jiang Haoyuan[2], An Wei[1], Chen Ying[1], Shi Xingang[1]

[1]Department of Gastroenterology, Shanghai Changhai Hospital, Shanghai 200433, China; [2]Department of Gastroenterology, Xinjiang Production and Construction Corps 13 Division Red Star Hospital, Hami 839000, China

Corresponding author: Shi Xingang, Email: xhshixg@163.com

患者女，52岁，因腹部不适就诊于当地医院，胃镜检查提示胃窦部糜烂，胆汁反流，经我院病理会诊诊断为黏膜相关淋巴组织（mucosal-associated lymphoid tissue，MALT）结外边缘区淋巴瘤。PET-CT检查提示胃窦部增厚伴氟代脱氧葡萄糖（fluorodeoxyglucose，FDG）代谢增高，结合病史，符合淋巴瘤征象，余全身PET显像未见FDG代谢明显异常增高灶。^{13}C呼气试验阴性。当地医院未予特殊处理。1个月后至我院复查，精查胃镜可见胃窦部大弯近幽门平坦型病变，范围约3.0 cm×2.5 cm，表面有小结节样隆起，边界清晰；窄带光成像放大内镜可见黏膜表面微腺体结构基本规则，微血管扩张。超声内镜检查提示病灶处黏膜层增厚，最厚处约0.55 cm，呈低回声改变，黏膜下层不完整，固有肌层完整（图1）。患者治疗意愿强烈，与家属充分沟通后拟行内镜黏膜下剥离术（endoscopic submucosal dissection，ESD）切除病变。术中可见黏膜下层较为致密，抬举欠佳，病变完整剥离。术后病理诊断：B淋巴细胞增生性病变，免疫组化CD20阳性，PAX5阳性，Ki67（5%），幽门螺杆菌（*Helicobacter pylori*，*HP*）阴性，结合免疫标记及活检组织形态学，符合MALT结外边缘区B细胞性淋巴瘤早期改变，累及黏膜下层（图2、3）。患者出院后予以口服质子泵抑制剂，20 mg/次，2次/d，治疗2个月。术后3个月复查胃镜，创面愈合良好，未见残留或复发（图4）。

讨论　边缘区B细胞淋巴瘤属于非霍奇金淋巴瘤，生物学行为表现为低度恶性。研究认为，胃MALT淋巴瘤的发生与*HP*感染密切相关，80%~90%的MALT淋巴瘤患者存在*HP*感染，其中，60%~80%的病例仅进行根除*HP*治疗[1-5]，不再进行化疗等过多干预。从遗传学角度来看，MALT淋巴瘤与以下4种染色体易位相关：t（11；18）（q21；q21）/BIRC3-MALT1、t（1；14）（q22；q32）/BCL10-IGH、t（14；18）（q32；q21）/IGH-MALT1和t（3；14）（q31；q32）/FOXP1-IGH，

DOI：10.3760/cma.j.cn321463-20251111-00357

收稿日期　2025-11-11　　**本文编辑**　朱悦

引用本文：高杰，江浩渊，安薇，等. 内镜黏膜下剥离术治疗幽门螺杆菌阴性胃黏膜相关淋巴组织结外边缘区淋巴瘤1例[J]. 中华消化内镜杂志，XXXX，XX(XX)：1-3. DOI：10.3760/cma.j.cn321463-20251111-00357.

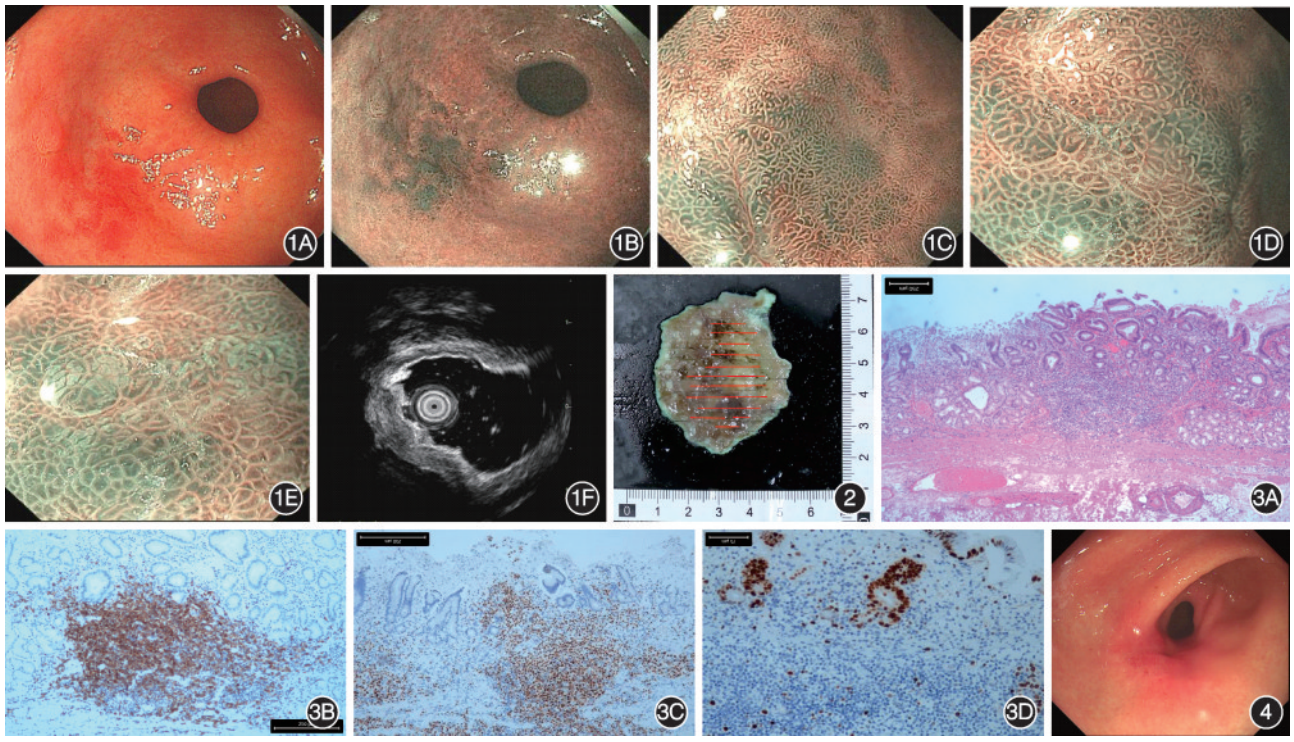


图1　病变部位胃镜精查和超声内镜检查　1A：白光内镜可见胃窦部大弯侧有一Ⅱb型病变，表面充血，边界清晰；1B：窄带光成像观察可见病变黏膜表面呈深褐色改变，边界清晰；1C~1E：窄带光成像放大内镜观察，可见病变部位黏膜表面微腺体结构基本规则，无明显融合，微血管扩张明显；1F：超声内镜下可见病变黏膜层增厚，呈低回声改变，局部黏膜下层不完整，固有肌层完整　**图2**　内镜黏膜下剥离术后病理复原图，红色线标记区域为淋巴瘤区域　**图3**　病变组织病理结果　3A：病变区域胃窦小凹上皮细胞无异型，腺体结构规则，固有层可见大量淋巴细胞增生活跃，侵及黏膜下层　HE　×40；3B：CD20染色阳性　×100；3C：PAX5阳性　×100；3D：Ki67为5%　×100

图4　患者3个月后复查胃镜，可见胃窦部创面表面轻度充血，愈合良好

其中，t(11;18)(q21;q21)/BIRC3-MALT1易位最为常见，并且该染色体易位常出现在非*HP*感染的胃MALT淋巴瘤中，这一类淋巴瘤也较为容易转变为弥漫大B细胞性淋巴瘤[6-9]。

胃MALT淋巴瘤也可能是早期胃癌的危险因素之一，研究表明，胃MALT淋巴瘤患者胃癌风险较普通人群高6倍，且在女性患者中更为显著，但发生机制不明确，认为胃黏膜萎缩、肠化是胃MALT淋巴瘤患者胃癌发生风险增加的原因[10]。因此，此类淋巴瘤的治疗具有重要意义。目前，对于胃MALT淋巴瘤的治疗尚未达成共识，存在*HP*感染的患者首先进行根除*HP*治疗，对于根除*HP*后未出现疾病进展的患者可采取“等待观察”策略，最长可观察24个月，24个月后再次评估患者情况，继续随访或者进行放化疗或免疫治疗。根除*HP*无效的患者如果出现疾病进展或者复发，可进行肿瘤学治疗[11-12]。ESD治疗胃MALT淋巴瘤较为少见。本例患者为中年女性，对于疾病的治疗意愿强烈，并且经术前评估，该患者胃内为单发病灶，有行ESD的条件，因此对该患者进行ESD切除淋巴瘤，术后病理证实病变无残留。这既解除了患者的担忧，同时降低了患者发生胃癌的风险。

利益冲突　所有作者声明不存在与本文相关的实际或潜在利益冲突

参　考　文　献

[1] Wotherspoon AC, Doglioni C, Diss TC, et al. Regression of primary low-grade B-cell gastric lymphoma of mucosa-associated lymphoid tissue type after eradication of Helicobacter pylori[J]. Lancet, 1993,342(8871):575-577. DOI: 10.1016/0140-6736(93)91409-f.

[2] Nakamura S, Akazawa K, Yao T, et al. A clinicopathologic study of 233 cases with special reference to evaluation with the MIB-1 index[J]. Cancer, 1995,76(8):1313-1324. DOI: 10.1002/1097-0142(19951015)76: 8<1313:: aid-cncr2820760804>3.0.co;2-1.

[3] Kim JW, Yeom DH, Park SY, et al. Long-term clinical outcomes of gastric mucosa-associated lymphoid tissue lymphoma: a retrospective study in regions with a high prevalence of Helicobacter pylori infection[J]. BMC Gastroenterol, 2026, 26(1): 207. DOI: 10.1186/s12876-026-04699-4.

[4] Nakamura S, Hojo M. Diagnosis and treatment for gastric mucosa-associated lymphoid tissue (MALT) lymphoma[J]. J Clin Med, 2022,12(1):120. DOI: 10.3390/jcm12010120.

[5] Ryu KD, Kim GH, Park SO, et al. Treatment outcome for gastric mucosa-associated lymphoid tissue lymphoma according to Helicobacter pylori infection status: a single-center experience[J]. Gut Liver, 2014, 8(4): 408-414. DOI: 10.5009/gnl.2014.8.4.408.

[6] Cook JR, Isaacson PG, Chott A, et al. Extranodal marginal zone lymphoma of mucosa-associated lymphoid tissue (MALT

lymphoma) [M]// Swerdlow SH, Campo E, Harris NL, et al. WHO classification of tumours of haematopoietic and lymphoid tissues. 4th ed. Lyon: IARC, 2008: 214-217.

[7] Gu SX, Siddon AJ, Huntington SF, et al. Helicobacter pylori-negative mucosa-associated lymphoid tissue (MALT) lymphoma of the stomach: a clinicopathologic analysis[J]. Am J Clin Pathol, 2023, 160(6): 612-619. DOI: 10.1093/ajcp/aqad088.

[8] Ye H, Liu H, Raderer M, et al. High incidence of t(11;18)(q21;q21) in Helicobacter pylori-negative gastric MALT lymphoma [J]. Blood, 2003, 101(7): 2547-2550. DOI: 10.1182/blood-2002-10-3167.

[9] Chuang SS, Lee C, Hamoudi RA, et al. High frequency of t(11;18) in gastric mucosa-associated lymphoid tissue lymphomas in Taiwan, including one patient with high-grade transformation[J]. Br J Haematol, 2003, 120(1): 97-100. DOI: 10.1046/j.1365-2141.2003.04035.x.

[10] 王苗苗, 宿慧, 林琳, 等. 胃黏膜相关淋巴组织淋巴瘤随访发现早期胃癌一例[J]. 中华消化内镜杂志, 2020, 37(3): 216-217. DOI: 10.3760/cma.j.cn321463-20190717-00199.

[11] Nakamura S, Matsumoto T. Gastrointestinal lymphoma: recent advances in diagnosis and treatment[J]. Digestion, 2013,87(3): 182-188. DOI: 10.1159/000350051.

[12] Nakamura S, Matsumoto T. Helicobacter pylori and gastric mucosa-associated lymphoid tissue lymphoma: recent progress in pathogenesis and management[J]. World J Gastroenterol, 2013,19(45):8181-8187. DOI: 10.3748/wjg.v19.i45.8181.