



· 病例报告 ·

小肠高度恶性间质瘤影像误诊为血肿1例报告

李兴昶¹, 彭雪芬², 许晓宇¹, 李义兴¹, 刘德慧¹, 胡 畔¹, 赖建平¹

1. 三峡大学人民医院·宜昌市第一人民医院核医学科, 湖北 宜昌 443000 ;
2. 暨南大学附属第一医院·广州华侨医院妇产科, 广东 广州 510000 ;

[关键词] 小肠; 高度恶性间质瘤; 胃肠道间质瘤; 血肿; 误诊

DOI: 10.19732/j.cnki.2096-6210.2019.01.013

中图分类号: R735.3 文献标志码: A 文章编号: 2096-6210(2019)01-0060-03

1 临床资料

患者, 女性, 57岁, 2017年11月30日因“黑便伴呕吐1 d”入院, 自诉无明显诱因共4次出现大量黑便, 呈柏油样稀便, 伴恶心呕吐, 呕吐物为胃内容物。查体无特殊所见。患原发性高血压9年, 1995年曾接受胆囊切除术, 有磺胺过敏史。入院后血常规检查提示重度贫血(血红蛋白50 g/L), 2017年12月1日行内镜下胃出血止血术, 术后诊断为贲门撕裂综合征。术后患者仍诉腹胀、乏力和纳差, 伴间断性少量黑色成形便。详细查体, 腹软, 无压痛及反跳痛, 左上腹似可触及一包块。实验室检查: 白细胞 $3.3 \times 10^9/L$, 红细胞 $2.67 \times 10^{12}/L$, 血红蛋白65 g/L, 白蛋白36.8 g/L, 糖类抗原19-9(carbohydrate antigen 19-9, CA19-9) 13.15 U/mL(参考值0~34 U/mL), 甲胎蛋白(α -fetoprotein, AFP) 2.76 ng/mL(参考值0~9 ng/mL), 癌胚抗原(carcinoembryonic antigen, CEA) 0.51 ng/mL(参考值0~5 ng/mL)。腹部B超示: 左上腹可见范围约10.4 cm × 8.1 cm的混合回声包块, 内以无回声或絮状稍强回声为主, 透声差, 壁厚0.6 cm, 彩色多普勒血流显像(color Doppler flow imaging, CDFI)示周边可见血流信号(图1)。上腹部CT平扫加增强示: 胰尾前下方、左肾前方见囊性低密度灶,

范围约10.1 cm × 8.7 cm × 8.5 cm, 与局部小肠部分边界不清, 增强后囊性部分未见明显强化, 囊壁明显均匀强化(图2)。上腹部MRI平扫加增强示: 左上腹团块异常信号影, 各序列中央高信号, 周围稍长T1稍长T2信号, 范围8.4 cm × 8.4 cm × 10.4 cm, 增强后边缘明显均匀强化(图3)。以上3种影像学检查均提示血肿可能。2017年12月13日全身麻醉下行剖腹探查术加肿块切除术, 术中见左上腹巨大肿块, 大小约13 cm × 12 cm × 10 cm, 包膜完整, 质硬, 肿块根部与空肠起始段及后腹膜关系密切。术后病理学检查, 肉眼见小肠肠管黏膜光滑, 黏膜下见一灰褐色肿块, 大小为11 cm × 8 cm × 6 cm, 切面囊实性, 内含大量出血坏死物。镜检见小肠肿瘤组织位于黏膜下, 累及黏膜下各层, 排列呈束状或巢状, 局部囊变, 出血坏死显著, 瘤细胞为梭形或多边形, 胞浆红染, 胞核呈卵圆形或梭形, 核分裂象可见(图4)。切缘未见肿瘤组织。免疫组织化学分析示: Dog-1(+), CD117(+), CD34(血管+), SMA(+), P53(+, 60%), Ki-67(个别+), S-100、Desmin、PCK(-)。病理学诊断为(小肠)胃肠道间质瘤(gastrointestinal stromal tumor, GIST)。

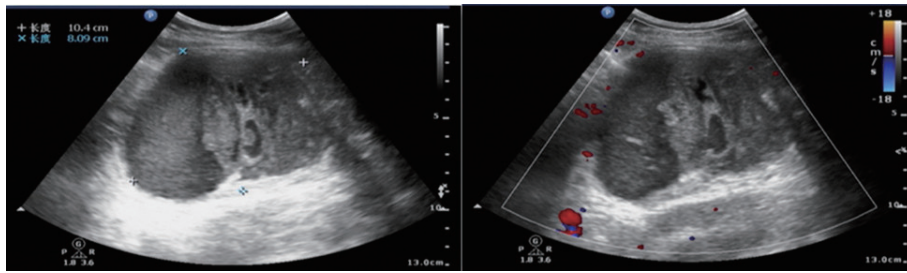


图1 B超图像

左上腹混合回声包块，其内以无回声或絮状稍强回声为主，壁厚，CDFI示周边少量血流

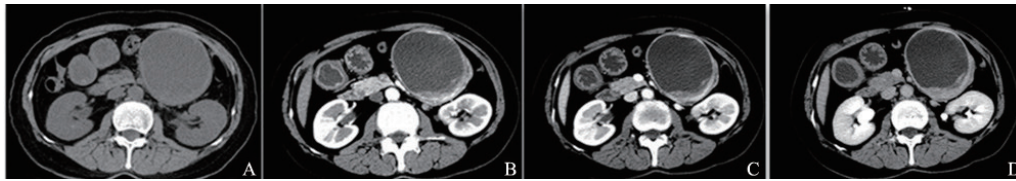


图2 CT平扫加增强图像

A: CT平扫，见左上腹类圆形囊性肿块（CT值为20~24 HU），边界清；B: CT动脉期；C: CT静脉期；D: CT延迟期。B~D: 肿块囊性部分未见明显强化，边缘均匀持续性环形强化，肿块左后方局部小肠呈外压性改变，与肿块分界不清

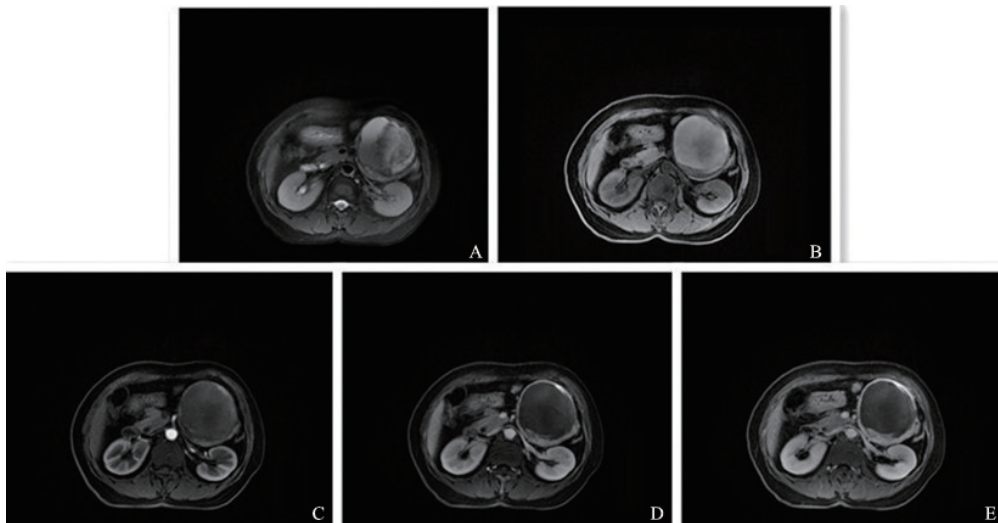


图3 MRI平扫加增强图像

A: T2压脂序列，见左上腹高低混杂信号；B: LAVA序列平扫，见病灶中心高信号，边缘低信号；C~E: LAVA动态增强，见囊性成分无强化，囊壁三期持续均匀环形强化，肿块左后方小肠呈外压性改变，与肿块边界不清

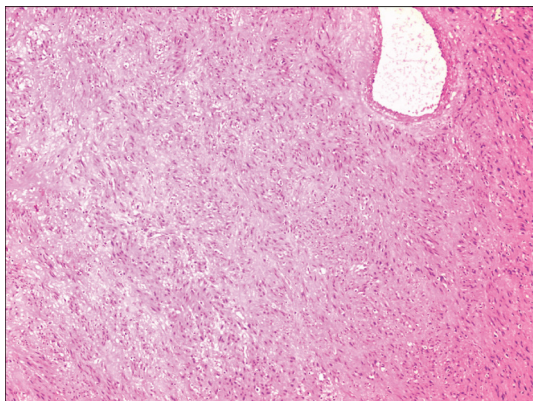


图4 术后病理检查结果

(H-E染色, ×100)

瘤细胞呈梭形或多边形，胞浆红染，胞核呈卵圆形或梭形，可见核分裂象

2 讨论

2.1 发病特点

GIST是起源于胃肠道壁Cajal细胞或与Cajal细胞同源的间充质干细胞的肿瘤，多见于中老年人，男女比例无差异。最常见于胃，其次为小肠，结直肠、食管较少见^[1]。原发性小肠间质瘤占全身器官肿瘤的0.2%，占消化道肿瘤的1%~4%，占胃肠肿瘤的3%~6%^[2]，恶性比例达65%^[3]。小肠间质瘤多好发于空肠和十二指肠，以腔外型生长为主，良恶性生长方式无差异^[4]。

2.2 影像学诊断要点

GIST在影像学上分为实性肿块(实性成分 $\geq 90\%$)、囊性肿块(囊性成分 $\geq 90\%$)及混合性肿块(囊性或实性成分 $10\% \sim 90\%$),其中以实性及混合性肿块为主,囊性肿块少见^[5]。影像学可表现为腹腔内圆形、类圆形、不规则形或分叶状软组织肿块影,病变大小(有学者认为GIST直径 >5.5 cm存在恶性或潜在恶性^[5])从几毫米到30 cm以上不等,较大的病变往往表现为中心性坏死和出血,周围组织界限大多清晰,少数为不清晰或累及邻近脏器(直接扩散到邻近肠环,血管包膜和转移在恶性病变中常见^[6]);增强后肿瘤坏死部分及囊性部分无强化,实性部分明显强化,囊性肿块囊壁可出现环形强化。GIST常见CT表现为囊实性肿块,密度多不均匀,增强呈不均匀强化(有学者认为实性部分强化幅度为 $10 \sim 35$ HU,平均CT值为 24.4 HU^[5])。GIST在MRI上常表现为长T1长T2信号,肿瘤实性部分在扩散加权成像(diffusion weighted imaging, DWI)上表现为高信号。血肿在亚急性晚期时由于此时红细胞完全崩解,血肿内以正铁血蛋白为主,但周边巨噬细胞吞噬血红蛋白形成了含铁血黄素,可表现为CT上呈囊性肿块, MRI上呈中心短T1长T2信号,周边长T1长T2信号,增强后也呈环形强化。B超对两者的鉴别诊断效能有限。

2.3 误诊原因分析

本例因“黑便伴呕吐1 d”就诊,结合实验室检查多考虑活动性出血导致血肿形成,影像学检查未见到明显实性成分及壁结节,边缘环形强

化,较符合“亚急性晚期血肿”表现,不符合典型小肠间质瘤表现(囊实性肿块,可见壁结节,实性部分明显强化,出血坏死部分无强化),所以导致误诊。可能原因有:①两者CT及MRI表现呈多样性,肿瘤常合并出血、坏死及囊变(本例以出血、坏死为主,局部囊变,最终表现为囊性肿块);②检查前胃肠道准备不足,未能清楚显示与局部肠袢的关系。本例一直考虑与上消化道出血引起的左上腹巨大血肿形成有关,极容易诊断为“血肿”,但最终病理学诊断为高危险度GIST。

2.4 总结

综上所述,对于上消化道出血合并腹腔肿块且实验室检查提示贫血时,应考虑到以囊性肿块为主的GIST可能,以减少误诊,必要时可通过免疫组织化学分析协助诊断。

[参 考 文 献]

- [1] 何尔斯泰. 小肠肿瘤 [M] // 见王吉甫主编. 胃肠外科学. 第2版. 北京: 人民卫生出版社, 2000: 633-643.
- [2] MIETTINEN M, LASOTA J. Gastrointestinal stromal tumors—definition, clinical, histological, immunohistochemical, and molecular genetic features and differential diagnosis [J]. *Virchows Arch*, 2001, 438(1): 1-12.
- [3] 张建中, 卢辉山, 黄昌明, 等. 原发性小肠肿瘤39例早期诊断与治疗 [J]. *中国癌症杂志*, 2001, 11(2): 186-187.
- [4] 沈志勇, 刘 骅, 倪醒之, 等. 35例小肠间质瘤诊治分析 [J]. *胃肠病学*, 2005, 10(3): 165-167.
- [5] 雷志毅, 祁明珠, 孟巴音. 27例小肠间质瘤原发及复发转移的CT征象分析 [J]. *医学影像学杂志*, 2017, 27(7): 1303-1306.
- [6] ANZIDEI M, NAPOLI A, ZINI C, et al. Malignant tumours of the small intestine: a review of histopathology, multidetector CT and MRI aspects [J]. *Br J Radiol*, 2011, 84(1004): 677-690.

(收稿日期: 2018-05-08 修回日期: 2018-07-26)