

· 病例报道 ·

Ultrasonic misdiagnosis of gastrointestinal stromal tumor with hemorrhage and infarction: a case report

超声误诊胃肠道间质瘤伴出血梗死 1 例

熊 健

[中图分类号] R445.1

[文献标识码] B

患者女, 65 岁, 因发现腹部包块 1 个月就诊。自述无腹痛、腹胀、黑便症状。体格检查: 于左上腹扪及一大大小为 10 cm×7 cm×5 cm 包块, 质中, 无触痛, 边界清楚, 可推动。实验室检查: 血红蛋白 126 g/L, 白细胞 $7.14 \times 10^9/L$, 甲胎蛋白(-), 癌胚抗原(-)。超声检查: 于胰腺体尾部见 10.3 cm×7.0 cm 囊实性包块, 呈分叶状, 边界基本清晰, 靠胰腺体内呈网络状(图 1), 靠尾部呈囊实性, 壁厚, 壁上见 3.1 cm×2.0 cm 不均质实性回声突向囊腔, 囊腔内见大量密集的点状回声; CDFI 于周边部探及条状血流信号环绕(图 2), 余肝胆脾肾未见异常。超声提示: 胰腺体尾部囊实性包块, 胰腺瘤可能? 行全消化道造影: 胃体受压, 胃腔内无充

盈缺损。胃镜检查: 胃窦部粘膜散在充血肿胀。外院 MRI 检查: 胃小弯侧腔外占位。遂行胰腺包块切除术, 术中见胃小弯侧浆膜下 12 cm×9 cm×8 cm 囊性包块, 表面光滑, 可见血管缠绕, 与周围组织无粘连。术后切开包块内为囊实性, 腔内约 200 ml 褐色液体及 3 cm×4 cm×3 cm 菜花状实性组织, 呈鱼肉状。术后病理提示: 胃小弯前壁梭形细胞肿瘤伴出血梗死, 倾向于胃肠道间质瘤(中危型, 核分裂约 2/50 HPF), 见图 3。免疫组化检查: CD34(+), CD117(+), DOG1(+), Des(-), SMA(-), CK(-), S-100(-), Ki-67 标记指数约 2%。

讨论: 胃肠道间质瘤是一类起源于胃肠道壁间叶组织的肿瘤,

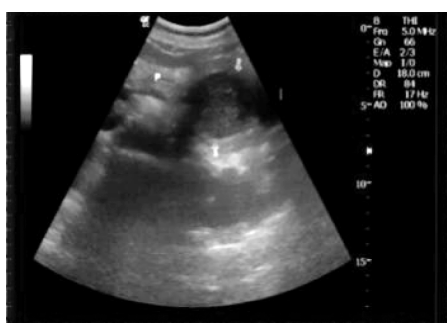


图 1 超声示靠体部包块内为网络样回声

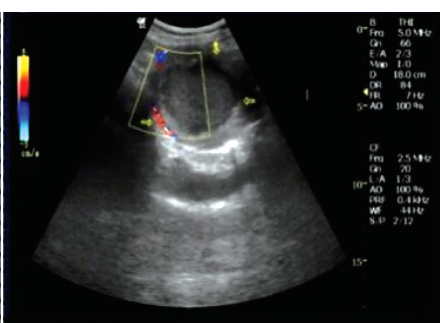


图 2 CDFI 示周边见条状血流信号环绕

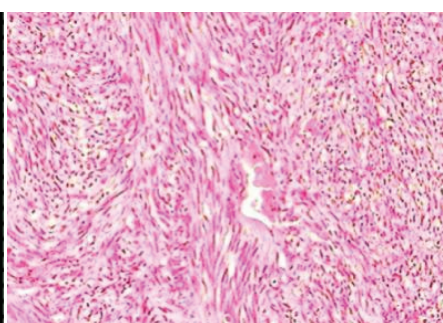


图 3 胃间质瘤病理图(HE 染色, ×40)

可能起源于 Cajal 间质细胞, 多发于中老年, 男女发病率无明显差异^[1]; 胃部最常见, 其次为小肠、食道、结肠、直肠, 而肠系膜、网膜及腹膜后罕见。肿瘤多位于黏膜下层, 向内生长形成内生性息肉样肿块, 向浆膜侧生长形成哑铃状肿块, 远离原发部位, 此时易误诊^[1]。该病病史较长, 多有黑便、贫血、腹痛等症状, 实验室检查血红蛋白偏低, 超声检查表现为上腹部不均质回声肿块, 单发多见, 良性者多呈圆形或类圆形, 包膜完整, 与胃壁分界清楚; 恶性者多呈哑铃状或分叶状, 边界尚清, 包膜局部不完整, 向周围呈膨胀性或浸润性生长, 网膜、肠系膜、腹膜或肝脏出现低回声结节。肿瘤黏液样变时中心或一侧出现低、无回声区, 或间以细点状、斑片状回声, CDFI 探查血供丰富, 肿瘤周边或内部探及条状动脉血流信号, 有时可探及伴行静脉血流^[1]。本例术后分析误诊为胰腺体尾部囊实性包块、胰腺瘤的原因: ①患者无黑便、贫血、腹痛等症状, 胃肠造影提示胃体受压, 胃腔无充盈

缺损, MRI 提示胃腔外占位, 故未考虑浆膜下肿块向外生长发展的可能; ②检查者对该病认识不足, 患者中上腹巨大包块, 可推动, 却被误认为胰腺, 检查时未重视腹膜后肿块的“越峰征”、“悬吊征”; ③包块位于胰腺的体尾部, 其中心位于胰腺轮廓之内, 胰腺体尾部组织超声未显示, 加之胰腺囊腺瘤与胃肠道间质瘤伴坏死的超声表现部分相似, 故误诊; ④本例腹部巨大包块定位有一定的困难, 不能确定肿块的边界从而影响诊断。

综上所述, 有黑便、腹痛、贫血病史, 中上腹超声探及囊实性包块, 包膜完整或不整, 血供丰富, 包块可移动, 应考虑胃肠道间质瘤的可能, 但确诊需结合其他检查综合判断。

参考文献

[1] 周永昌, 郭万学. 超声医学[M]. 6 版. 北京: 人民军医出版社, 2016: 988.

(收稿日期: 2017-11-16)