·病例报道·

肠道间质细胞瘤多中心性复发一例

张传宏，王勇

【中图分类号】R814.42 【文献标识码】D 【文章编号】1000-0313(2005)07-0654-01

病例资料 患者，女，66岁，2天前无明显诱因出现柏油样黑便，并感恶心、呕吐。内科行对症支持治疗后效果不佳，遂转外科收治。患者12年前曾有类似发作史，确诊为平滑肌瘤并手术切除。查体：中腹部隆起，中下腹可见8 cm纵形疤痕，左侧腋中线处触及柔软包块，可回纳，右中下腹可及8 cm×8 cm之包块，活动度差，肝脾未及。实验室检查：血常规、肝肾功能正常。门诊B超提示右下腹包块。

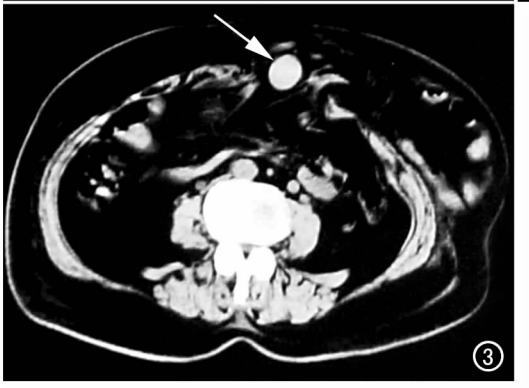

图1 中腹部见巨大软组织块影(箭)，其左侧壁似与空肠壁不可分，前达腹壁，右侧肠管受推移，分界清楚。部分肠管通过腹壁缺损疝向皮下。 **图2** CT平扫见降结肠段后外侧壁处一类圆形软组织块影(箭)突向腔外，边界清晰，密度不均，其内可见钙化影。 **图3** 左侧腹壁切口处见2.0 cm×2.4 cm一类圆形稍高密度影(箭)，边界清楚，密度均匀。

CT平扫(图1)：右中下腹见巨大不规则团块影，CT值43 HU，密度不均，其内见多处低密度区，与周围大部分肠管分界清楚，并见推移(图2)。降结肠段肠壁处见5 cm×5 cm肿块影，内可见钙化。左中腹部腹壁见缺损，可见肠管疝出腹壁外。诊断：①降结肠癌伴腹腔转移可能性大；②小肠、降结肠段间质瘤不能排除；③腹壁切口疝。

手术所见：腹腔内未见腹水及渗液，左下腹壁缺损明显，并见肠管疝出。空肠上段见10 cm×10 cm×12 cm巨大包块，向腔外生长，与回肠系膜形成包裹性粘连，包膜完整。降结肠上段见7 cm×7 cm×8 cm包块，与周围无明显粘连，回肠系膜有2.0 cm×2.4 cm带蒂息肉样包块，肠系膜根部未见肿大的淋巴结。病理诊断：空肠、降结肠、回肠系膜恶性间质瘤(中度)。

讨论 胃肠道间质细胞瘤作为一种少见的胃肠道肿瘤，可发生在胃肠道的任何部位，但以胃部最为常见，其次为小肠，偶见于网膜、系膜及后腹膜。最常见的症状是腹部隐痛不适，浸润到消化道内表现为溃疡或出血，大约1/3的患者可出现胃肠道出血，50%～70%的患者腹部可触及包块。CT表现为肿瘤呈巨大软组织肿块，具有向腔外生长、不均匀坏死、囊性变的特点，增强扫描为不均匀边缘状强化，CT对该肿瘤的良恶性、邻近组织受侵和远处转移能提供重要信息[1]。本病的术前诊断较为困难，最终确诊仍需组织病理学检查。在鉴别诊断上应与平滑肌肉瘤、淋巴瘤、类癌、胃癌等相鉴别。胃肠道间质细胞瘤明确的恶性指标为手术时肿瘤浸润到邻近器官，或有远处转移。发生于胃的良性较多。发生于小肠的肿瘤恶性较多。转移以肝脏最常见，其次为肺、骨、脑等。15%～50%患者就医时已有转移。胃肠道间质细胞瘤的预后依赖于肿瘤的大小、肿瘤浸润深度和有无转移，肿瘤大于10 cm的患者5年生存率仅20%[2]。

本病例12年前诊断为平滑肌瘤，切除长约5 cm的肠管，病变范围应该不大，12年后再次出现消化道症状，CT平扫中腹部巨大混杂密度肿块，难以准确判断来源于肠道，降结肠又有明显肿块，第一诊断就误为结肠肿瘤并腹腔转移。结合手术所见，再复习CT片，疝口处见稍高密度肿块应是术中所见回肠系膜包块(图3)，笔者当时亦对此影有疑问，但不易与正常肠管影相鉴别，故未提及而导致漏诊。

参考文献：

[1] 方松华，罗叶旋，孟磊，等. 胃肠道间质细胞瘤的CT诊断[J]. 临床放射学杂志，2002，21(4)：280-282.

[2] 田志雄，屈艳娟，孟美焱，等. 胃肠道间质细胞瘤CT表现[J]. 放射学实践，2003，18(4)：243-245.

(收稿日期：2004-11-04 修回日期：2005-01-06)

作者单位：434000 湖北，荆州市第二人民医院放射科
作者简介：张传宏(1968－)，男，湖北荆州人，主治医师，主要从事腹部疾病的诊断和介入治疗工作。