

胃血管球瘤 CT 诊断二例

刘玉, 林晓珠, 宋琦, 陈克敏

【中图分类号】R814.42; R735.2 【文献标识码】D 【文章编号】1000-0313(2010)05-0237-02

血管球瘤是由血管球细胞构成的具有器官样结构的一种良性肿瘤,来自于小的动静脉吻合结构-血管球体。组织培养证实血管球细胞属于血管外皮细胞,免疫组化及电镜研究认为血管球细胞是平滑肌细胞起源,但也有学者认为是平滑肌与血管内皮细胞之间的一种过渡细胞,兼有两种细胞特征^[1]。此瘤好发于皮肤、真皮层内,以甲下、指(趾)腹多见,原发生于胃的血管球瘤极少见,由 De Busscher^[2]在 1948 年首次报道,文献主要以个例报道为主。因胃血管球瘤为良性肿瘤,手术彻底切除肿瘤及其包膜即可治愈,因此术前诊断非常重要,术前 CT 增强检查成为必不可少的诊断工具。

病例资料 病例 1, 患者, 女, 59 岁, 自述饭后中上腹部不适 5 个月余, 伴暖气, 恶心、呕吐、无呕血、黑便, 无明显腹痛、发热等症状。发病以来, 患者精神可, 大、小便可, 胃纳正常, 体重无明显减轻。体格检查无殊, 肝肾功能及血清肿瘤学指标均无异常。CT 示胃窦部黏膜下软组织肿块影, 边缘光滑, 边界清晰, 基底稍宽, 有包膜(图 1a), 肿块表面有小的脐样切迹, 肿块边缘见一钙化点(图 1b), 肿块平扫 CT 值约 35~44 HU; 增强后表现为动脉期散在不均匀小斑片状强化, CT 值约 58~70 HU(图 1c), 门静脉期及延迟期持续不均匀明显强化, 并向中心充填, 门静脉期 CT 值约 118~124 HU(图 1d), 延迟期 CT 值约 120~134 HU(图 1e), 周围包膜轻度强化。胃镜示胃窦部球形黏膜隆起, 顶端凹陷, 糜烂或溃疡, 伴有少量出血, 质软(图 2)。全麻下行胃窦部肿瘤切除术, 术中见胃窦部有一 4 cm×4 cm 的黏膜下肿块, 质中, 光滑, 未累及浆膜, 将肿块连同周边约 0.5 cm 组织完整全层切除, 送冰冻病理示胃窦血管球瘤。免疫组化及特殊染色: I09-288: SMA+, Col-

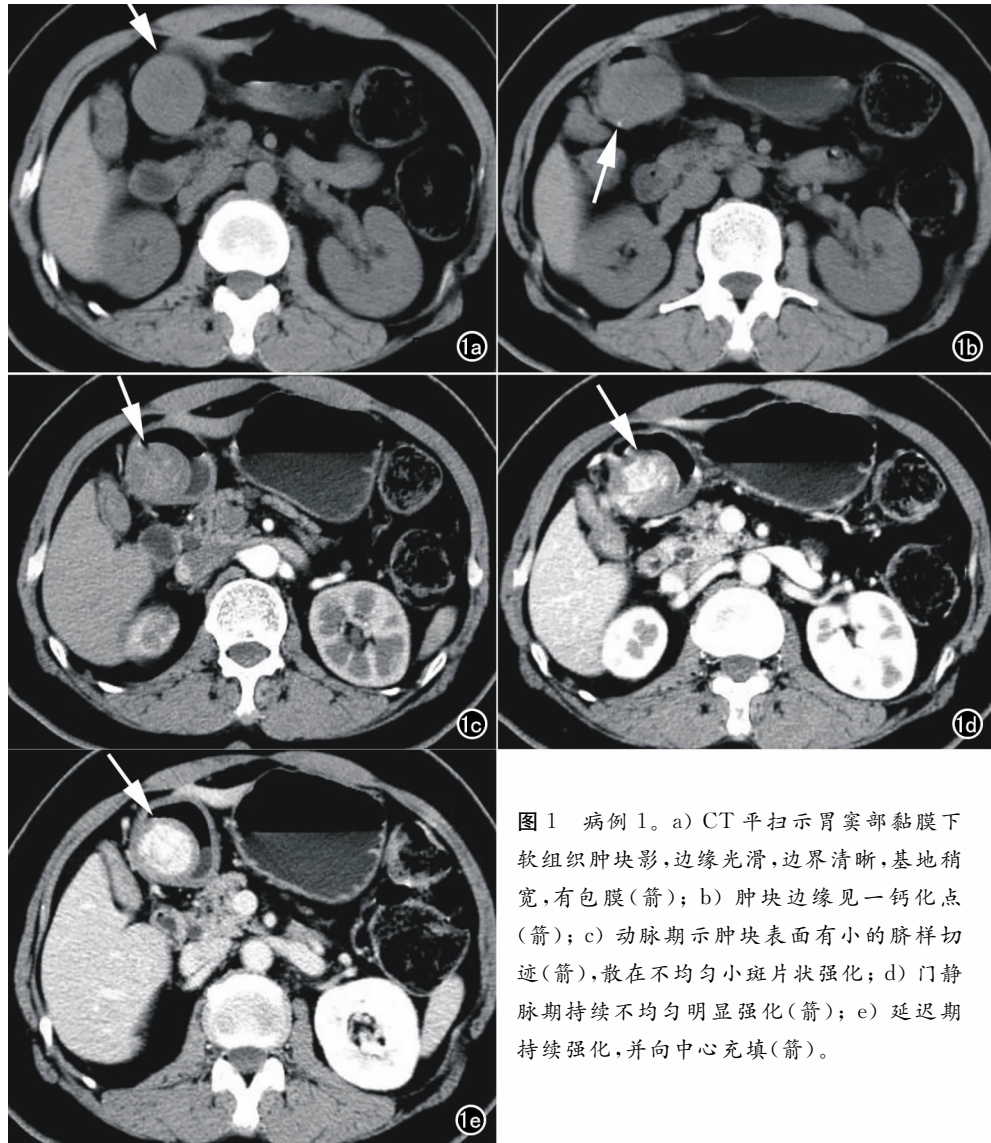


图 1 病例 1。a) CT 平扫示胃窦部黏膜下软组织肿块影, 边缘光滑, 边界清晰, 基底稍宽, 有包膜(箭); b) 肿块边缘见一钙化点(箭); c) 动脉期示肿块表面有小的脐样切迹(箭), 散在不均匀小斑片状强化; d) 门静脉期持续不均匀明显强化(箭); e) 延迟期持续强化, 并向中心充填(箭)。

lagen IV+, CD34 局灶阳性; 余 CHG, NSE, MIB-1, CD117 均阴性。术顺, 术后恢复良好。

病例 2, 患者, 男性, 40 岁, 于体检时胃镜发现胃窦前壁“间质肿瘤”, 直径 1.8 cm 左右, 建议手术治疗, 患者未予重视。患者自述无恶心、呕吐、无呕血、黑便。无明显腹痛、发热等症状。发病以来, 患者精神可, 大、小便可, 胃纳正常, 体重无明显减轻。体格检查无殊, 肝肾功能及血清肿瘤学指标均无异常。CT 示胃窦前壁软组织肿块影, 边缘光整, 边界清晰, 有包膜, 平扫 CT 值约 36 HU(图 3a), 增强后门静脉期明显略不均匀强化, CT 值约 95 HU, 包膜轻度强化(图 3b)。胃镜: 慢性浅表-萎缩性胃炎; 胃窦黏膜下占位。全麻下行胃窦前壁肿块切除术, 术中见胃窦前壁距幽门 4 cm 处触及一球形黏膜下肿块, 直径约 3 cm, 未及浆膜, 将肿块连同周边约 0.5 cm 组织完整全层切除,

作者单位: 200025 上海, 上海交通大学医学院附属瑞金医院放射科

作者简介: 刘玉(1981—), 女, 山东烟台人, 博士, 主要从事胰腺病变的影像学诊断与研究。

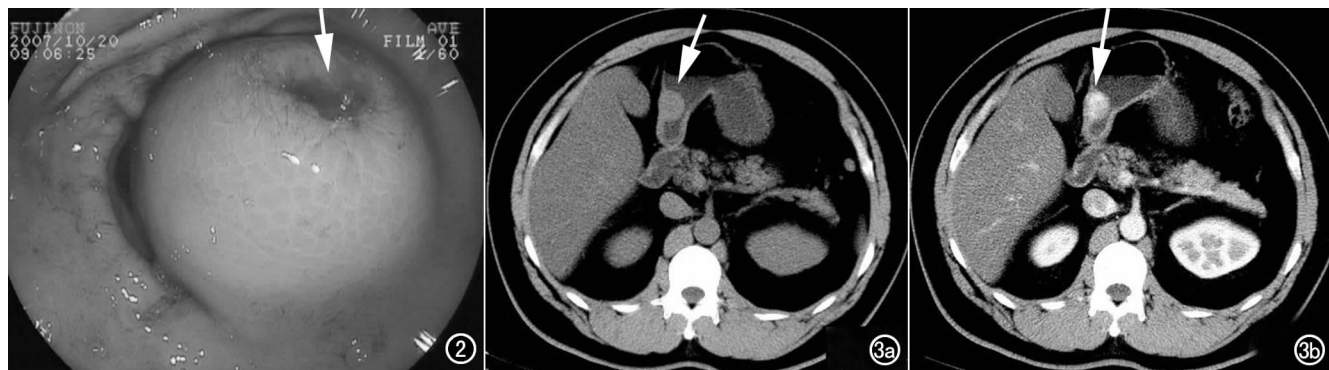


图 2 病例 1,胃镜示胃窦部球形黏膜隆起,顶端凹陷、糜烂或溃疡,伴有少量出血,质软(箭)。图 3 病例 2。a) CT 平扫示胃窦部黏膜下软组织肿块影,边缘光滑,边界清晰,基底稍宽,有包膜(箭); b) 门静脉期持续不均匀明显强化(箭)。

送冰冻病理示胃窦血管球瘤,免疫组化及特殊染色:I09-288:SMA+,Collagen IV+;余 CHG,NSE,MIB-1,CD34,CD117 均阴性。术后恢复良好。

讨论 胃血管球瘤少见,发病率约为胃肠道间质瘤的 1%,发病年龄 18~90 岁,中位年龄 54 岁,除 Miettinen 等^[3]报道一组患者多见于女性(78%)外,其余男女发病率相当。临床上血管球瘤无特异性症状,最常见的症状是上消化道出血和上腹部疼痛,少数可有胃区不适,也有常规体检中偶然发现。

胃血管球瘤位于胃黏膜下,好发于胃窦部,均为单一肿块,直径一般小于 4 cm。组织学上瘤组织内见较多薄壁的血管,因而血供丰富,成为 CT 及 MRI 增强检查时明显强化的病理基础。影像学检查包括胃镜、超声内镜、胃肠道气钡双对比造影、CT 及 MRI 检查等,其中以 CT 检查最具有特征性,有助于诊断。CT 多表现为胃窦部黏膜下软组织肿块影,边缘光滑,边界清晰,基底稍宽,有包膜,肿块表面可以有小的脐样切迹,偶尔肿块内部可见钙化点,肿块平扫 CT 值约 30~40 HU,增强后表现为动脉期散在不均匀小斑片状强化,门静脉期及延迟期持续不均匀明显强化,并向中心充填,周围包膜轻度强化。胃镜下多表现为胃窦部大弯或小弯侧球形黏膜隆起,顶端凹陷、糜烂或溃疡,伴有少量出血,质软。在超声内镜下多表现为低回声的肿块,位于黏膜下第三或四层,病变内部回声部均匀,可见高回声斑点^[4]。胃肠道气钡双对比造影多表现为圆形或类圆形边缘光滑的充盈缺损,基底稍宽,边缘黏膜有被撑平的改变。由于胃肠道气体及液体等的干扰,MRI 在胃肠道的检查中有一定的局限性。Liu^[5]等报道了 1 例胃血管球瘤的 MRI 表现,其表现为 T₁WI 上呈稍低信号,T₂WI 上呈稍高信号,增强后呈持续性明显强化。

胃血管球瘤在 CT 表现上主要与胃间叶组织来源的其他肿瘤相鉴别,如“胃”胃肠道间质瘤、类癌、神经鞘瘤及血管瘤等。“胃”胃肠道间质瘤根据病变发生部位与胃壁的关系可分为黏膜下型、肌间型、浆膜下型及胃肠道外型Ⅳ型。胃血管球瘤主要与黏膜下型胃间质瘤相鉴别,后者好发于胃体及胃底,多表

现为黏膜下软组织肿块,向胃腔内生长,表面有小的脐样切迹或形成较大的液平,增强后动脉期轻度较均匀强化,门静脉期持续性较均匀强化,而胃血管球瘤好发于胃窦部,且肿瘤的强化方式不同于胃间质瘤,强化程度明显高于胃间质瘤。胃类癌可发生在从贲门到幽门的任何部位,可呈多灶性,病变可浸润肌层、浆膜及邻近的组织,并可发生淋巴结及远处转移,而胃血管球瘤为良性病变,均为单一肿块,对邻近结构无侵犯,不会发生转移。胃神经鞘瘤好发于胃体,其次是胃底,胃窦部少见,肿瘤内部囊变比较明显,CT 表现平扫为低于肌肉密度的肿块影,密度不均匀,肿瘤内部囊变明显,可见钙化,增强后实性部分明显强化,囊变区无强化,而胃血管球瘤好发于胃窦部,无囊变^[6]。胃血管瘤属于血管畸形,而非真性肿瘤,可发生于胃的各部,呈单发或多发病灶,亦可表现为弥漫性病灶,CT 上特征性的表现为肿瘤内部可见静脉石,而胃血管球瘤仅仅可见点状钙化灶。

参考文献:

- [1] 袁立新,杨军.间叶来源胃肿瘤的影像诊断[J].放射学实践,2006,21(6):573-576.
- [2] De Busscher G. Les Anastomoses Aterioveineuses de l'estomac [J]. Acta Neerl Morph,1948,6(1):87-105.
- [3] Miettinen M, Paal E, Lasota J, et al. Gastrointestinal Glomus Tumors:a Clinicopathologic, Immunohistochemical, and Molecular Genetic Study of 32 Cases[J]. Am J Surg Pathol,2002,26(3):301-311.
- [4] Imamura A, Tochihara M, Natsui K, et al. Glomus Tumor of the Stomach;Endoscopic Ultrasonographic Findings[J]. Am J Gastroenterol,1994,89(2):271-272.
- [5] Liu KL, Wang HP, Tseng WY, et al. Glomus Tumor of the Stomach;MRI Findings[J]. AJR,2005,185(5):1190-1192.
- [6] 许尚文,曾建华,张雪林,等.胃神经鞘瘤的 CT 及钡餐检查价值[J].实用放射学,2006,22(3):285-287.

(收稿日期:2009-04-22 修回日期:2009-07-08)