

Imaging findings of rectal stromal tumor in perineal region:

Case report

会阴部直肠间质瘤影像学表现 1 例

相 丽, 郑穗生, 姚文君, 孙莉华, 顾康琛

(安徽医科大学第二附属医院放射科, 安徽 合肥 230601)

[Key words] Stromal tumor; Prineum; Tomography, X-ray computed; Magnetic resonance imaging

[关键词] 间质瘤; 会阴部; 体层摄影术, X 线计算机; 磁共振成像

DOI: 10.13929/j.1003-3289.201708004

[中图分类号] R737.2; R445 [文献标识码] B [文章编号] 1003-3289(2018)04-0640-01

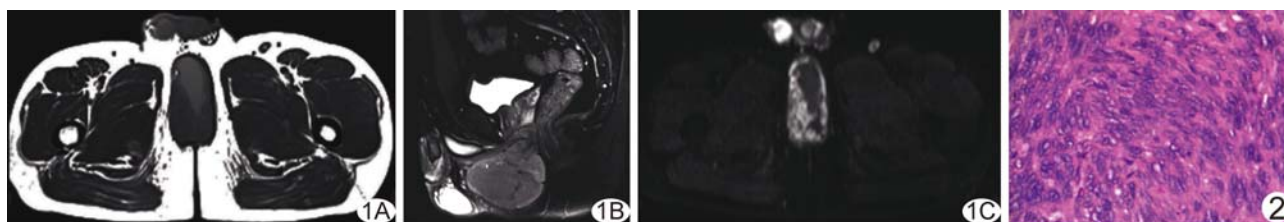


图 1 会阴部间质瘤 MRI 表现 A. 平扫轴位 T1WI 肿块实性部分呈等信号, 中央为液化坏死区; B. 矢状位 T2WI 肿块实性部分呈稍高信号, 病灶似与直肠局部分界欠清晰; C. 轴位 DWI 示肿块实性部分呈明显高信号, 中央坏死区呈低信号 图 2 病理图 镜下见丰富梭形细胞, 核浆比大, 并可见长杆状核及泡状核 (HE, $\times 400$)

患者男, 46 岁, 因“会阴部包块渐增大伴疼痛 4 月余”入院。体检: 会阴部可触及约 10 cm $\times$ 7 cm 的包块, 质韧, 活动度差, 有压痛, 未及波动感。CT: 会阴部见梭形稍高密度肿物, 约 9.3 cm $\times$ 4.8 cm, CT 值约 41 HU, 病灶密度不均, 边界光整, 向会阴部外生性生长, 病灶中央偏左侧为液化坏死区, 周边为肿瘤实性部分, 周围脂肪间隙密度无明显异常, 增强后病灶实性部分轻度强化, 中央坏死区不强化。MRI: 会阴部占位, 呈等 T1 稍长 T2 为主的混杂信号 (图 1A、1B), 其中央偏左侧见长 T1 长 T2 的液化坏死区; DWI 肿瘤实性部分呈高信号 (图 1C)。行会阴部肿瘤切除术, 术中见包块约 10 cm $\times$ 8 cm $\times$ 6 cm, 上方紧邻尿道, 后方与直肠无界限; 沿尿道钝性分离包块, 见尿道无侵犯; 肛门指检扪及包块位置直肠黏膜硬, 无法完全切除, 遂沿直肠外切除包块。术后病理 (图 2): 会阴部直肠间质瘤 (高度危险性), 核分裂 ≥ 5 个/50 HPF。

讨论 胃肠道间质瘤 (gastrointestinal stromal tumor, GIST) 是消化系统常见的间叶源性肿瘤, 可发生于食管到直肠

的任何部位, 多见于胃, 其次是小肠, 直肠发生率较低, 而发生于会阴部的直肠间质瘤罕见; GIST 起源于消化道壁的 Cajal 间质细胞, 表达 C-kit 蛋白。胃肠道外的 GIST 少见, 可发生于腹膜后、腹腔、肠系膜、泌尿道及会阴部等。GIST 与胃肠道外 GIST 的免疫组化和组织形态相似, 但起源不同。根据 GIST 病理分级按照肿瘤的大小和核分裂数, 将 GIST 分为极低危、低危、中危和高危。本病例属于高度危险性 (肿瘤直径 > 5 cm, 核分裂 ≥ 5 个/50 HPF)。

本例病灶主体位于会阴部, 呈外生性生长, 由于肿瘤较大, 中央发生液化坏死; 仅根据影像表现诊断病灶的来源有一定困难, 易误诊为胃肠道外间质瘤。确诊胃肠道外间质瘤需先明确该肿瘤与消化道无关, 尤其需除外原发于消化道向浆膜外生长者。会阴部直肠间质瘤的影像表现为凸向会阴外的肿块, 边界清晰, 钙化少见, 增强后多数良性或交界性者呈轻中度均匀强化, 而恶性者体积较大, 密度或信号多不均匀, 肿块内可见液化坏死区, 增强后实性部分明显强化; 而本例病灶呈外生性生长, 符合一般胃肠道 GIST 的生长方式, 但肿块较大, 其内有液化坏死, 提示该肿块具有恶性可能。会阴部直肠间质瘤需与发生于会阴部的胃肠道外 GIST 相鉴别, 可通过冠、矢状位 MR 观察肿块与周围组织的关系。本病最终确诊需依靠免疫组化检查。

[第一作者] 相丽 (1985—), 女, 安徽滁州人, 硕士, 主治医师。

E-mail: xlnihao@163.com

[收稿日期] 2017-08-01 [修回日期] 2017-11-22