❖个案报道

# Gastric sarcomatoid carcinoma with neuroendocrine differentiation：Case report
# 胃肉瘤样癌伴神经内分泌分化 1 例

王　倩[1,2]，徐俊霞[1,2]，王敏哲[1,2]，郭　城[1,2]，雷军强[2]
（1.兰州大学第一临床医学院，甘肃 兰州　730099；2.兰州大学第一医院放射科，甘肃 兰州　730013）

[Keywords] stomach neoplasms；neuroendocrine tumors；tomography，X-ray computed
[关键词] 胃肿瘤；神经内分泌瘤；体层摄影术，X 线计算机
DOI：10.13929/j.issn.1003-3289.2022.07.039
[中图分类号] R735.2；R814.4　[文献标识码] B　[文章编号] 1003-3289(2022)07-1114-02

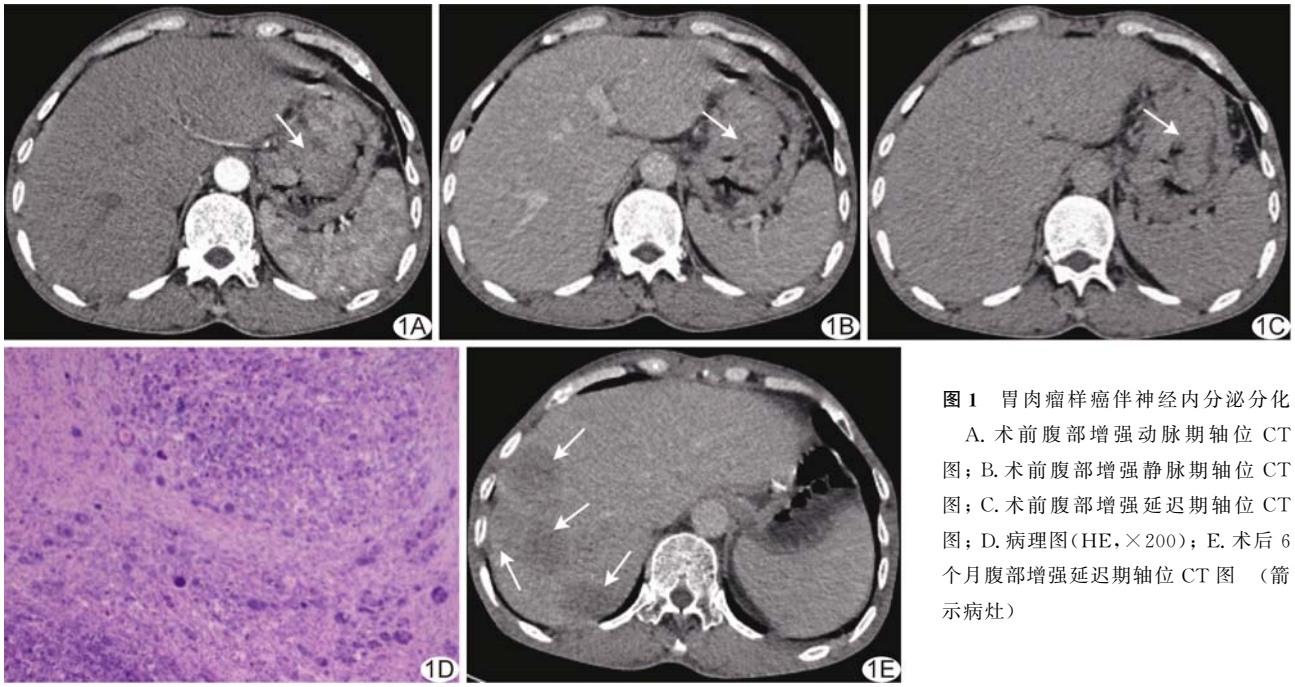



**图 1**　胃肉瘤样癌伴神经内分泌分化　A.术前腹部增强动脉期轴位 CT 图；B.术前腹部增强静脉期轴位 CT 图；C.术前腹部增强延迟期轴位 CT 图；D.病理图(HE，×200)；E.术后 6 个月腹部增强延迟期轴位 CT 图　(箭示病灶)

患者男，58 岁，无明显诱因全身乏力 2 月余，伴黑便，外院腹部平扫 CT 示胃占位性病变；既往体健。查体：贫血貌，左中腹扪及约 8 cm×5 cm 包块，质韧，边界清，活动度好，轻压痛，无反跳痛及肌紧张。实验室检查：CA724 10.1 U/ml，血红蛋白 79.0 g/L，总蛋白 57.3 g/L。胃镜：贲门胃体小弯处见巨大隆起，中央凹陷伴溃疡；提示贲门-胃体恶性肿瘤 Borrmann Ⅲ型。腹部增强 CT：贲门胃体小弯侧胃壁黏膜下 6.8 cm×4.6 cm 团块状软组织密度影，边界尚清，呈不均匀强化，动脉期、静脉期及延迟期 CT 值分别为 65、77 及 54 HU(图 1A～1C)，邻近浆膜面毛糙，周围多发小淋巴结；考虑胃癌。行全麻下近端胃癌根治术，术中见贲门近胃体小弯侧 8.0 cm×5.0 cm×5.0 cm 肿瘤，无明显包膜，边界尚清，侵及浆膜，D2 组淋巴结肿大。术后病理：肿瘤质中，切面呈灰白色；光镜下见少许印戒细胞及部分多形性细胞，可见巨核及奇异核细胞；肿瘤细胞多呈浸润性生长，伴脉管内癌栓及神经束侵犯(图 1D)。免疫组织化学：E-Ca(＋＋＋)，CKP(＋＋～＋＋＋)，Syn(＋)，CKl(＋)，CD56(＋)，HER2(＋)，Ki-67(70％＋)。病理诊断：胃肉瘤样癌(sarcomatoid carcinoma，SC)伴少量神经内分泌分化。术后患者经化学治疗后好转并出院；6 个月后复查腹部增强 CT 示肝内多发转移(图 1E)。

[第一作者] 王倩(1996—)，女，甘肃武威人，在读硕士。E-mail：wq17361553811@163.com
[收稿日期] 2022-01-03　[修回日期] 2022-04-05

**讨论**　SC 为混合存在癌及肉瘤样成分的双相恶性肿瘤，组织起源尚不清楚，可见于肝、肺、肾上腺、胆囊及消化道等。胃原发性 SC 罕见，患者多为老年男性，临床症状无特异性，且多伴局部溃疡，易误诊；其特征性 CT 表现为近端胃壁局部增厚及肿块形成，多侵犯胃浆膜层或胃裸区，增强扫描动脉期呈不均匀强化，静脉期强化可达峰值，且延迟期强化程度无明显减低，整体增强模式为延迟强化。本例延迟期强化程度有所减低，可能系存在部分神经内分泌分化所致。鉴别诊断：①胃腺癌，多见于胃窦部，CT 所示密度均匀或不均匀，增强后明显强化；②胃间质瘤，多发生于胃体，良性者 CT 多示密度均匀、增强后轻或中度强化，恶性者密度多不均匀，肿瘤内可见囊变、坏死，增强后不均匀明显强化。最终确诊依靠病理学检查。

# Parapharyngeal space embryonal rhabdomyosarcoma：Case report
# 咽旁间隙胚胎性横纹肌肉瘤 1 例

戴鑫雨[1,2]，赵志莲[1,2]，王　玮[3]，卢　洁[1,2]

（1. 首都医科大学宣武医院放射与核医学科，3. 病理科，北京　100053；
2. 磁共振成像脑信息学北京市重点实验室，北京　100053）

[**Keywords**]　parapharyngeal space；rhabdomyosarcoma，embryonal；magnetic resonance imaging
[**关键词**]　咽旁间隙；横纹肌肉瘤，胚胎；磁共振成像
**DOI**：10.13929/j.issn.1003-3289.2022.07.040
[**中图分类号**]　R739.41；R445.2　[**文献标识码**]　B　[**文章编号**]　1003-3289(2022)07-1115-01

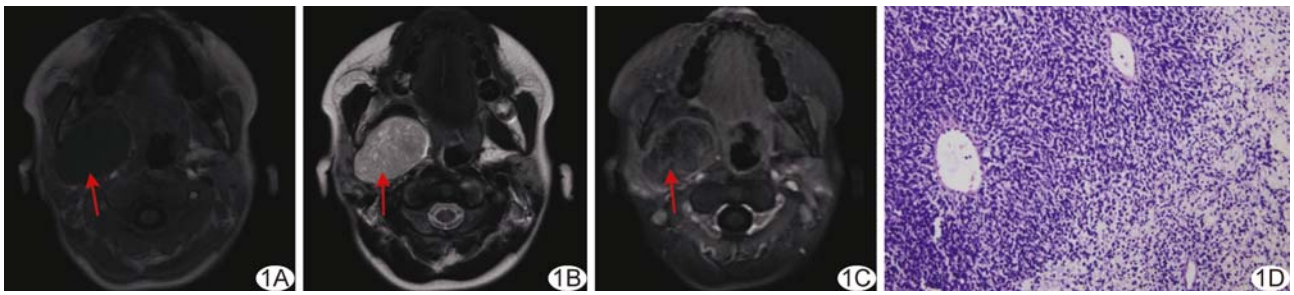



**图 1**　右咽旁间隙横纹肌肉瘤　A. 颅底轴位 T1WI；B. 颅底轴位 T2WI；C. 颅底增强轴位 T1WI；D. 病理图（HE，×200）　（箭示病灶）

患儿男，5 岁，反复右侧外耳道出血 23 天，伴声嘶、进食呛咳 22 天；既往体健。查体：右耳部触痛，咽部充血。纤维喉镜示右侧声带麻痹。实验室检查无特殊。颅底 MRI：右咽旁间隙见团块状肿物，长径约 6.59 cm，T1WI 呈稍低信号（图 1A），T2WI 呈高信号（图 1B），边界清，可见包膜，向前推移右翼外肌，向后推移右茎突、右颈内动脉，向外推移右腮腺，向内压迫咽腔，向上破坏右颞骨岩部；增强 T1WI 示病灶呈不均匀强化（图 1C）；MRI 诊断：（右咽旁间隙）良性病变可能，腮腺多形性腺瘤？行内镜下经口、经鼻咽旁间隙病变切除术。术后病理：肿瘤呈鱼肉样；光镜下见肿瘤细胞呈星芒状、卵圆形及多角形巢片状生长，核染色质深，核分裂象易见（图 1D）；免疫组织化学：Vim（少许＋），Des（散在＋），Myo（部分＋），MyoD1（＋）；特殊染色：AB/PAS（＋）。病理诊断：（右咽旁间隙）胚胎性横纹肌肉瘤（embryonal rhabdomyosarcoma，ERMS）。

**讨论**　横纹肌肉瘤（rhabdomyosarcoma，RMS）是起源于原始间充质细胞的高度恶性肿瘤，临床罕见，易误诊；最常见于头颈部（35%～40%），其他好发部位包括泌尿及生殖系统、四肢等；ERMS 是其最常见亚型。RMS 具有高度侵袭性，影像学上常可见肿块边界不清、骨质破坏及局部淋巴结肿大等恶性征象；其 MRI 表现多无特异性，T1WI 多呈等或低信号，T2WI 多呈高信号，弥散加权成像（diffusion weighted imaging，DWI）常表现为弥散受限，增强后常显著强化；不同亚型 RMS 影像学表现亦无显著差异。本例 ERMS 病灶位于右咽旁间隙茎突前，边界清，T2WI 可见包膜，故术前误诊为良性肿瘤。对发生于咽旁间隙的 ERMS 应与以下疾病相鉴别：①腮腺多形性腺瘤，多位于茎突前间隙，颈内动脉常向后移位，肿瘤与腮腺相连，T2WI 呈高信号，病变边缘常有完整包膜，为其特征性表现；②神经鞘瘤，多位于茎突后间隙，颈内动脉常向前移位，大小不等的实性区与囊变区相间为其典型表现。发现儿童头颈部软组织肿块时，即使缺乏明显恶性征象，仍不能除外 RMS，需依赖病理学明确诊断。

[**第一作者**] 戴鑫雨（1998—），女，江苏盐城人，在读硕士，医师。E-mail：daixinyu127@163.com
[**收稿日期**] 2022-02-28　[**修回日期**] 2022-04-18