

◆ 个案报道

Huge gastric stromal tumors misdiagnosed as retroperitoneal neoplasm: Case report

胃巨大间质瘤误诊为腹膜后肿物 1 例

王娜娜¹, 李大胜¹, 王仲朴¹, 于卫永^{2,3}

(1. 北京市海淀区医院 北京大学第三医院海淀区放射科, 北京 100080; 2. 首都医科大学 康复医学院, 北京 100068; 3. 中国康复研究中心北京博爱医院影像科, 北京 100068)

[Key words] Stomach neoplasms; Stromal tumor; Tomography, X-ray computed

[关键词] 胃肿瘤; 间质瘤; 体层摄影术, X 线计算机

DOI: 10.13929/j.1003-3289.2016.07.039

[中图分类号] R735.2; R814.42 [文献标识码] B [文章编号] 1003-3289(2016)07-1146-02



图 1 CT 平扫 胃脾及左肾间见一巨大软组织肿块, 密度不均匀, 内可见斑片状钙化灶及多发不规则液性密度影 图 2 CT 增强扫描动脉期 肿块实性部分明显强化, 肿块内及周边可见多发纤细小血管强化影 图 3 CT MIP 重建 脾动脉受压, 呈“抱球”征, 并发出一小血管向肿块供血 图 4 病理图示核分裂象(HE, $\times 400$)

患者女, 52 岁, 以“左腰胀痛伴间断发热 3 天余”入院。查体: 左侧肋脊角压痛, 左上腹触及包块, 左肾区叩痛, 未闻及血管杂音。腹部超声: 左肾上极见不规则混合回声包块, 边界欠清, 形态规则, 内见不规则无回声区并见较丰富血流信号。CT (图 1、2): 左肾上极、胃、脾间见一约 14 cm $\times$ 15 cm $\times$ 9 cm 的巨大软组织团块, 边界欠清, 密度不均匀, 其内可见小斑片状钙化灶及多发不规则液性密度区, 实性部分 CT 值约 35 HU, 邻近周围脏器受压移位, 与胃、胰腺体尾部及左肾分界不清, 左侧肾上腺未显示; 增强扫描, 病灶呈明显不均匀强化, CT 值约 84 HU, 动脉期可见脾动脉受压, 呈“抱球”征(图 3), 并见脾动脉一小分支向肿块供血, 实性部分门静脉期及延迟期强化程度无明显减退。考虑左肾上极、胃、脾间巨大恶性占位性病变, 合并出血感染可能。手术见: 左上腹巨大肿物, 约 20 cm $\times$ 10 cm $\times$ 10 cm, 并向胃、脾、胰体尾及左肾浸润性生长, 不可分离; 肿瘤无远处

播散转移, 活动可, 与侧腹壁无明显粘连, 行左上腹脏器(全胃、胰体尾、脾脏)联合左肾切除术。病理(图 4): (胃)肌层胃肠道间质瘤(gastrointestinal stromal tumor, GIST), 梭形细胞型, 约 15 cm $\times$ 7 cm $\times$ 6 cm, 核分裂象 41 个/50 HPF, 伴坏死(约占 5%)、玻璃样变性及钙化; 肿瘤突破浆膜并与周围组织及器官(胰体、胰尾、脾、肾)粘连。免疫组化: CD34(+), CD117(+), Dog-1(弱+), SMA(-), Ki-67(2%+), S-100(-), WT-1(±), Calretinin(±), AE1/AE3(-), Vim(-)。

讨论 GIST 为起源于非上皮细胞的间叶组织肿瘤, 是一类呈多发分化的潜在恶性肿瘤。其 CT 表现为圆形或类圆形, 部分有分叶或不规则。良性肿块多 <5 cm, 密度均匀, 边界清晰, 极少侵犯邻近组织, 可有钙化; 恶性肿瘤多 ≥ 5 cm, 边界不清, 密度不均, 与邻近结构粘连, 多发生坏死、囊变, 还可见大小不等的瘢痕样坏死区, 肿块轮廓多呈分叶状或不规则形, 增强后实性部分呈现富血供特点, 以动脉期为著, 病灶边缘及中央可见多发、纤细的强化影, 部分可见增粗或增多的肿瘤血管。CT 可较好地判断 GIST 的良恶性或危险程度。

当 GIST 向腔外生长、肿块较大, 且肿瘤生长起始处较小时则肿瘤定位相对困难, 易造成误诊。本例为腔外型 GIST, 通过

[第一作者] 王娜娜(1983—), 女, 山东潍坊人, 硕士, 医师。

E-mail: wnn.abc.com@163.com

[收稿日期] 2015-12-30 [修回日期] 2016-03-07

CT 矢状位、冠状位重建仍无法判定肿瘤主体所在,且未见左侧肾上腺显示、胰腺体尾部受侵,虽然可根据脾脏、左肾受压表现除外脾脏、肾脏来源,但胃腔小且未见充盈,故误诊为腹膜后肿

物,后通过 CTA、MIP 血管重建,发现该肿物为腹腔内器官,来源于胃可能,且该肿物 CT 影像特点符合 GIST 改变。

Ultrasonic manifestations of multiple cutaneous Rosai-Dorfman disease: Case report 皮肤多发罗道病超声表现 1 例

钟琳,邱 迺

(四川大学华西医院超声科,四川 成都 600041)

[Key words] Rosai-Dorfman disease; Ultrasonography

[关键词] 罗道病;超声检查

DOI:10.13929/j.1003-3289.2016.07.040

[中图分类号] R445.2; R739.5 [文献标识码] B [文章编号] 1003-3289(2016)07-1147-02



图1 皮肤多发罗道病声像图 右侧腋窝(A)、右侧大腿皮肤及皮下层(B)、右侧腹壁皮下层(C)病灶

患者女,52岁,因“全身皮肤多发包块”入院,患者8个月前无诱因发现右头顶部包块,CT提示右侧顶骨板障局灶低密度影,行颅骨病损切除术,术后病理诊断为罗道病(Rosai-Dorfman disease, RDD)。患者于半年前无明显诱因先后于右侧腋窝、右大腿及腹壁扪及包块,大小分别为5 cm×3 cm、6 cm×5 cm、4 cm×3 cm,质硬,无压痛,局部皮温不高,右侧腋窝及大腿皮肤见多个褐色斑点;PET/CT显示右侧腋窝、右大腿及腹壁异常浓聚灶;先后行3次超声检查:①6个月前,腋窝皮肤及皮下层稍强回声团,大小约3.0 cm×0.8 cm×2.7 cm,边界欠清,内可见裂隙状及小片状低回声区(0.6 cm×0.3 cm),血流信号不丰富;②4个月前,腋窝病变内部片状低回声区范围增大(1.0 cm×0.5 cm);③1个月前,右侧腋窝病变大小约4.0 cm×1.5 cm×3.2 cm,呈混合回声,以低回声为主,周围呈稍强回

声,内见较丰富血流信号(图1A),探及低阻动脉频谱。右侧大腿(图1B)、腹壁(图1C)分别探及大小约4.7 cm×1.5 cm×4.0 cm、3.7 cm×1.1 cm×2.8 cm的稍强回声团,内见裂隙样低回声区,其内探及数个点线状血流信号。超声诊断:右侧腋窝、右大腿及腹壁皮肤及皮下层多发实性占位,结合病史考虑RDD。行右侧腋窝包块切除术,术中见一大约5.0 cm×4.0 cm×3.5 cm的黄褐色质硬包块,活动度差,无包膜,病理见较多增生组织细胞聚集,免疫组化:CD68(+),CD163(+),S-100(+),CD1a(-),Langerin(-),诊断为RDD。

讨论 RDD又称窦组织细胞增生伴巨大淋巴结病,是一种罕见的良性组织细胞增生性病变,好发于儿童及青少年,男女发病率约7:5,临床多表现为淋巴结肿大,以颈部多见;可同时或单独累及节外组织,如皮肤、骨骼系统等,其中皮肤受累最常见。RDD发病原因不明,需组织病理学检查确诊,组织细胞的胞质内吞噬有完整的淋巴细胞、中性粒细胞,称为伸入运动,是重要诊断依据之一。RDD临床及影像学表现缺乏特异性,诊断困难。本例表现为皮肤多发实性团块,超声表现类似于皮肤炎性病变,不伴有局部红肿、皮温升高等临床症状,连续多次检查

[第一作者] 钟琳(1983—),女,四川成都人,本科,医师。

E-mail: 9126241@qq.com

[收稿日期] 2015-10-19 [修回日期] 2016-04-10