❖个案报道

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

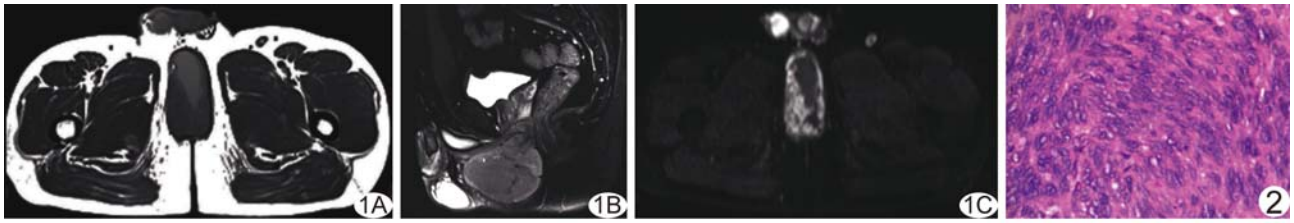


图 1　会阴部间质瘤 MRI 表现　A.平扫轴位 T1WI 肿块实性部分呈等信号，中央为液化坏死区；B.矢状位 T2WI 肿块实性部分呈稍高信号，病灶似与直肠局部分界欠清晰；C.轴位 DWI 示肿块实性部分呈明显高信号，中央坏死区呈低信号　**图 2**　病理图　镜下见丰富梭形细胞，核浆比大，并可见长杆状核及泡状核（HE，×400）

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×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×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×8 cm×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