

- resonance imaging. J Vasc Surg, 2018, 67(5):1571-1583.e3.
- [13] Akhtar AM, Schneider JE, Chapman SJ, et al. In vivo quantification of VCAM-1 expression in renal ischemia reperfusion injury using non-invasive magnetic resonance molecular imaging. PLoS One, 2010, 5(9):e12800.
- [14] Nkansah MK, Thakral D, Shapiro EM. Magnetic poly (lactide-co-glycolide) and cellulose particles for MRI-based cell tracking. Magn Reson Med, 2011, 65(6):1776-1785.

## Primary sarcomatoid carcinoma of small intestine: Case report

### 原发性小肠肉瘤样癌 1例

龚 惠<sup>1</sup>, 吴 非<sup>1,2</sup>

(1. 遵义医科大学研究生院,贵州 遵义 563003;2. 大连大学附属中山医院放射科,辽宁 大连 116001)

**[Keywords]** small intestine; sarcomatoid carcinoma; tomography, X-ray computed

**[关键词]** 小肠;肉瘤样癌;体层摄影术,X线计算机

**DOI:**10.13929/j.1003-3289.201808201

**[中图分类号]** R735.32; R814.42 **[文献标识码]** B **[文章编号]** 1003-3289(2019)06-0811-01

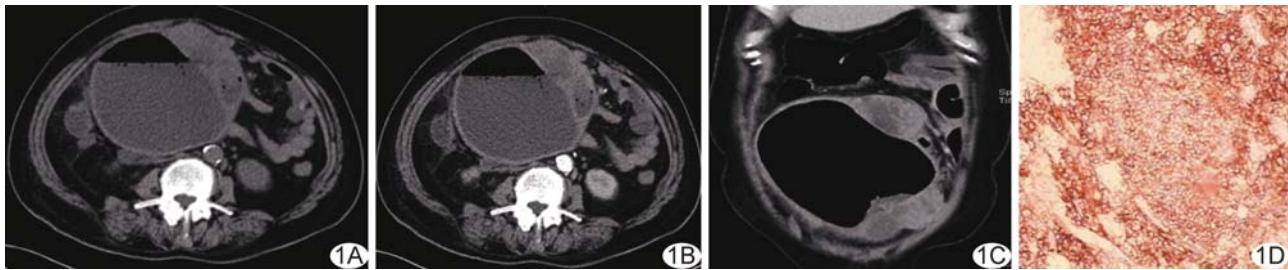


图1 原发性小肠肉瘤样癌 A. CT 平扫; B. 轴位 CT 增强扫描; C. 冠状位 CT 增强扫描; D. 免疫组化染色( $\times 100$ )示 Vimentin(+)

患者女,64岁,因“持续腹胀不适2月余”入院。查体:中下腹膨隆,腹式呼吸受限;全腹韧,腹胀,压痛及反跳痛阳性,伴局部肌紧张。腹部CT:平扫示中下腹-盆腔内囊实性病灶,其内可见气-液平面,病灶实性部分密度不均匀,CT值约36HU(图1A);增强后囊壁及病灶实性部分不均匀轻度强化(图1B、1C),动脉期CT值约48HU、静脉期约60HU,腹腔内见多发肿大淋巴结;CT诊断:考虑中下腹-盆腔内小肠来源恶性肿瘤。行小肠肿物切除术,术中腹腔内见约25cm×25cm囊实混合性肿物,包膜完整,其下方与小肠粘连紧密,考虑肿物起源于距离回盲部约40cm的回肠肠壁。免疫组织化学:CK(部分+),Vimentin(+,图1D),CD34(+),CD117(部分+),CD56(+),Syn(+),CK7(部分+),CK5/6(部分+),P63(部分+),Ki-67(90%+)。术后病理诊断:小肠肉瘤样癌。

**讨论** 小肠肉瘤样癌是极为罕见的小肠恶性肿瘤,多见于中年男性,多呈浸润性或外生性生长,常以出血和梗阻为首发临床表现。CT平扫病灶多呈体积较大的囊实性肿物,边界较清晰,一般可有假包膜,实性部分密度不均匀,常见坏死、出血及囊变,多见于肿瘤边缘;增强扫描肿瘤实质部分及囊壁呈不均匀强化,中央弱强化区多为肉瘤样梭形细胞成分,系黏液样变或坏死出血所致。本病需与小肠其他恶性肿瘤相鉴别:①小肠腺癌,病变肠管呈环形或不规则增厚,肠腔狭窄、变形,易导致肠梗阻,增强扫描呈明显不均匀强化;②小肠淋巴瘤,病变段肠壁广泛或多发节段样增厚及肠腔内巨大软组织肿块,密度均匀,浸润少见,较少引起管腔狭窄和梗阻,增强扫描病灶呈轻中度强化;③小肠恶性间质瘤,病灶多较大,呈软组织肿块影,与来源肠管分界不清,平扫密度不均,增强扫描呈明显不均匀强化,内可见“血管漂浮征”。

[第一作者] 龚惠(1990—),女,湖北随州人,在读硕士,医师。E-mail: gong\_90shirley@sina.com

[收稿日期] 2018-08-31 [修回日期] 2019-01-03