

短篇

胃孤立性纤维性肿瘤1例

甘肃省兰州市兰州总医院影像诊断中心 (甘肃 兰州 730050)

侯艳霞 叶建军 牛娟琴
吕万有 张丽荣

【关键词】胃孤立性纤维性肿瘤; X线计算机; 胃间质瘤

【中图分类号】R573

【文献标识码】D

DOI: 10.3969/j.issn.1672-5131.2018.05.046

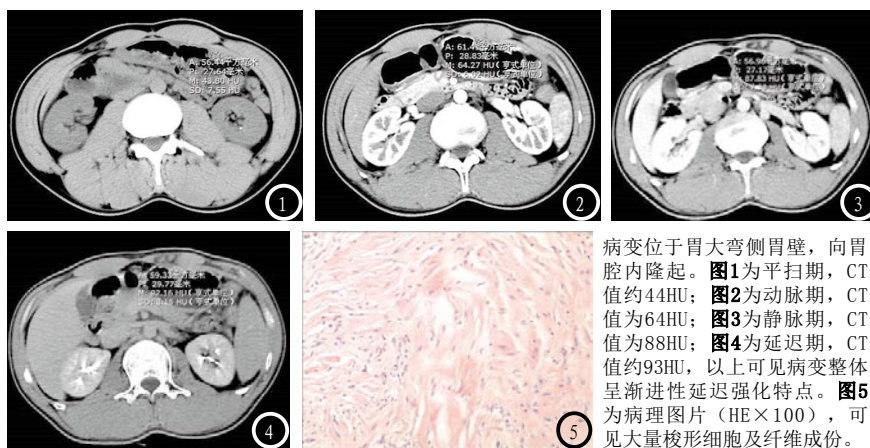
通讯作者: 叶建军

1 一般资料

病史 患者男, 30岁, 2月前无明显诱因出现上腹胀痛不适, 服用吗丁啉、健胃消食片治疗后好转, 半月前上述症状突然加重, 遂就诊于我院。查体及实验室检查未见明显异常。行上腹部CT平扫+增强检查示: 胃大弯侧胃壁见一类圆形软组织密度肿块影, 大小约1.6cm×0.8cm, 向胃腔内隆起(图1), 增强扫描时整体呈渐进性延迟中-重度强化, 强化峰值位于延迟期(图2-4), 诊断意见: 胃大弯侧胃壁软组织肿块影, 多考虑间质瘤。行内镜下手术切除: 见病变位于胃体大弯侧前壁, 表面光滑; 镜下可见肿瘤由纤维组织构成(图5); 免疫组化结果为CD34(+)、CD117(-)、Dog-1(-)、Bcl-2(+)、SMA(-)、Desmin(-)、Ki76≈5%, 病理结果: (胃壁)孤立性纤维性肿瘤。

2 讨论

孤立性纤维性肿瘤(solitary fibrous tumor, SFT): 是一种起源于CD34阳性的树突状间叶细胞肿瘤, 最早由Klemperer和Robin于1931年首次提出^[1]。大多为良性肿瘤, 恶性所占比例很低^[2]。其可发生于任何年龄, 而以中老年人多, 无明显性别差异^[3], 可发生于全身任何部位, 多发生于胸部的脏层胸膜, 以单发为主, 但发生于胃部的实属罕见。本病多无明显临床症状, 发现时肿块多已较大, 故本病多因压迫症状而就诊, 部分因偶然体检而发现。本病病理上有包膜, 切面呈灰白色, 形似平滑肌瘤, 可伴有黏液样及囊性变^[4]; 镜下本病主要由细胞密集区及细胞疏松区构成, 密集区细胞成份多, 胶原纤维含量少, 反之则多; 常用于诊断SFT的免疫组化标记物有CD34、Bcl-2, 其中CD34具有高的特异性和准确性^[5], 而Bcl-2则与肿瘤恶性程度负相关^[6]。CT上本病主要表现为边缘较清晰的孤立性软组织密度肿块, 类圆形或浅分叶状^[7], 病变小者密度均匀, 大者密度多不均匀, 内可见液化、坏死; 增强扫描时细胞密集区强化明显, 而细胞稀疏区强化相对较弱^[8], 故本病强化方式多样, 典型表现为“地图样”强化, 但查阅相关文献后发现本病以延迟强化最为多见, 本例就为此种表现。MRI表现因病变内成份不同而不同, 大部呈长T1长T2信号, 胶原纤维丰富时表现为长T1短T2信号, 液化、坏死则呈明显长T1长T2内信号, 余表现如同CT; 有时诊断困难时, 可将CT与MRI结合对比分析。



病变位于胃大弯侧胃壁, 向胃腔内隆起。图1为平扫期, CT值约44HU; 图2为动脉期, CT值为64HU; 图3为静脉期, CT值为88HU; 图4为延迟期, CT值约93HU, 以上可见病变整体呈渐进性延迟强化特点。图5为病理图片(HE×100), 可见大量梭形细胞及纤维成份。

本病需与胃间质瘤进行鉴别,胃间质瘤多位于胃体,多见于50岁以上中老年人,CT平扫呈软组织密度,增强扫描动脉期呈中至明显强化,门脉期及延迟期强化逐渐减低^[9],强化峰值位于动脉期,MRI呈长T1长T2信号,免疫组化特征性表现为CD117、Dog-1阳性^[10]。当两者表现均不典型、鉴别困难时,最终确诊需依靠病理。

参考文献

- [1] Klemperer PN, Rabin CB. Primary neoplasms of the pleura: A report of five cases [J]. Arch Pathol, 1931, 11: 385.
- [2] 王燕华, 林朝上, 陈自谦, 等. 胸膜孤立性纤维瘤的多层螺旋CT诊断 [J]. 中国CT和MRI杂志, 2014, 12 (8): 17-20.
- [3] 彭小芳, 汪秀玲, 张秀莉. 孤立性纤维瘤的临床、病理及影像学表现 [J]. 中国CT和MRI杂志, 2013, 11 (2): 60-62.
- [4] 谢再汉, 黄丽嫦, 舒予静, 等. 胸膜外孤立性纤维瘤的CT诊断 [J]. 中国CT和MRI杂志, 2015, 13 (1): 15-17.
- [5] Nag Gi, Rao SR. A rare mesenchymal neoplasm at unusual location: solitary fibrous tumor of vulva [J]. Gynecol Oncol Rep, 2015, 3 (12): 52-54.
- [6] FERREIRA EJ, DIZA JA. Solitary fibrous tumor of pieum [J]. Rev Chilena Cirugia, 2008, 60 (2): 165-472.
- [7] 匡永才, 刘玥, 张永学, 等. 肩部巨大孤立性纤维性肿瘤一例 [J]. 临床放射学杂志, 2016, 35 (11): 1678-1679.
- [8] 王同明, 任月勤, 刘新爱, 等. 胸部孤立性纤维性肿瘤的MSCT表现与手术病理 [J]. 放射学实践, 2016, 31 (10): 934-937.
- [9] Yang HK, Kim YH, Lee YJ, et al. Leiomyomas in the gastric cardia: CT findings and differentiation from gastrointestinal stromal tumors [J]. Eur J Radiol, 2015, 84 (9): 1694-1700.
- [10] Hirose Y, Kaida H, Kawahara A, et al. 18 F-FDG PET/CT and contrast enhanced CT in differential diagnosis between leiomyoma and gastrointestinal stromal tumor [J]. Hell J Nucl Med, 2015, 18 (3): 257-260.

(本文编辑: 谢婷婷)

【收稿日期】2017-09-22

(上接第 139 页)

- [5] Calin A. Comment on article by van der Linden et al. Evaluation of diagnostic criteria for ankylosing spondylitis: a proposal for modification of the New York criteria [J]. Arthritis & Rheumatism, 1984, 27 (4): 361.
- [6] Paramarta J E, Baeten D. Spondyloarthritis: from unifying concepts to improved treatment [J]. Rheumatology, 2014, 53 (9): 1547-1559.
- [7] 吴俊华, 李敏, 欧阳书睿, 等. 低场MRI非增强扫描在强直性脊柱炎治疗随访中的价值 [J]. 中国中西医结合影像学杂志, 2012, 10 (1): 55-58.
- [8] 王霞, 田新玮, 刘春景. 柳氮磺吡啶联合来氟米特治疗强直性脊柱炎的临床疗效观察 [J]. 实用医学杂志, 2012, 28 (8): 1340-1342.
- [9] 周胜虎, 甄平, 高明暄, 等. 髋关节置换术治疗强直性脊柱炎髋关节骨性强直 [J]. 中华创伤杂志, 2013, 29 (12): 1159-1162.
- [10] 吴春玲, 杨娉婷, 刘海娜, 等. 依那西普联合来氟米特治疗强直性脊柱炎的临床分析 [J]. 中国全科医学, 2011, 14 (24): 2754-2757.
- [11] 周静, 杨栋, 王晋平, 等. 活血祛瘀中药漏渍联合西药治疗强直性脊柱炎活动期患者45例临床观察 [J]. 中医杂志, 2016, 57 (3): 233-236.
- [12] 王斌. 强直性脊柱炎影像学分析 [J]. 中国CT和MRI杂志, 2014, 12 (3): 97-99.
- [13] 赵英华, 韩新爱, 胡绍勇, 等. 骶髂关节MR特征对强直性脊柱炎生物制剂疗效的观察 [J]. 医学影像学杂志, 2013, 23 (12): 2011-2015.

(本文编辑: 谢婷婷)

【收稿日期】2018-01-25