

# 老年胃肠道间质瘤误诊为卵巢肿瘤 术中大出血一例

张迪 宋劲晨 宋杰

**【摘要】** 胃肠道间质瘤是最常见的消化道间叶源性肿瘤，易误诊为卵巢肿瘤。该文报告 1 例以腹痛、腹部肿块为主要症状的 73 岁老年女性肠道间质瘤患者，肿瘤巨大，术中大出血，经积极抢救后行肿瘤切除术，并通过文献复习，加深对胃肠间质瘤的认识，减少误诊发生。

**【关键词】** 胃肠道间质瘤；卵巢肿瘤；螺旋 CT；伊马替尼

**Gastrointestinal stromal tumor misdiagnosed as ovarian tumor: report of one aged case** Zhang Di, Song Shaochen, Song Jie. Department of Obstetrics and Gynaecology, the Second Hospital of Jilin University, Changchun 130041, China

Corresponding author, Song Jie

**【Abstract】** Gastrointestinal stromal tumor is the most common mesenchymal tumor involved with the digestive tract and easily misdiagnosed as ovarian tumor. We reported a 73-year-old woman with gastrointestinal stromal tumor mainly manifested as abdominal pain and abdominal mass. She had a huge mass and yielded massive bleeding intraoperatively. After emergent rescue, tumor resection was successfully performed. The findings of this case report combined with literature review can deepen the understanding of gastrointestinal stromal tumor and reduce the misdiagnosis rate.

**【Key words】** Gastrointestinal stromal tumor; Ovarian tumor; Spiral CT; Imatinib mesylate

胃肠道间质瘤为间叶源性肿瘤，组织学多表现为上皮样细胞、梭形细胞，主要发生于胃及小肠，临床表现缺乏特异性，主要为腹部不适、腹痛、便血、腹部包块等，螺旋 CT 对于该病诊断具有重要意义，手术治疗为主要手段，术后可应用伊马替尼辅助治疗。

## 病例资料

患者女，73 岁。因发现盆腔包块半个月，腹痛加重 1 d 于 2014 年 11 月 15 日入院。自觉腹部隐痛、腹胀逐渐加重，伴纳差，无恶心、反酸、呕吐，无脓血及黏液便，无里急后重及大便性状改变，近期体质量无明显下降。妇科检查：外阴发育正常，阴道通畅，宫颈光滑，盆腔正中可触及大小约 15 cm × 10 cm 包块，活动度欠佳，压痛明显，未触及子宫及双附件。既往曾行双侧乳腺纤维瘤切除术及右侧副乳切除术。血常规：白细胞  $9.6 \times$

$10^9/L$ ，中性粒细胞百分比 77.0%，中性粒细胞  $7.40 \times 10^9/L$ ，红细胞  $3.98 \times 10^{12}/L$ ，血小板  $151.0 \times 10^9/L$ 。肿瘤标记物：糖链抗原 125、糖链抗原 19-9 均正常。超声提示盆腔正中见 13.5 cm × 9.3 cm 的不均质低回声，其内密度不均。全腹超声示左肾积水，左侧输尿管上段扩张，下腹部占位。胸部正侧位片示右下肺钙化灶。CT 示盆腔见巨大不规则肿块，密度不均，盆腔未见肿大淋巴结。入院初步诊断为卵巢肿瘤。

患者于 2014 年 11 月 18 日行剖腹探查术，术中见盆腔正中一囊实性肿物，大小约 11 cm × 10 cm × 8 cm，无包膜，质脆，呈鱼肉胶冻样（图 1），并见肿瘤底部不明原因出血，给予压迫止血，且立即送快速病理，结果回报为胃肠道间叶组织来源肿瘤。请胃肠外科医师上台行肿物切除术，手术过程中肿物基底部于盆腔底部黏连处广泛出血，考虑肿物已达腹膜后，患者血压下降，给予纱布压迫止

血，并输红细胞悬液约 4 800 ml，血浆 2 500 ml，待血压稳定后行盆腔肿物切除术，放明胶海绵、止血纱布止血，术毕。术后入 ICU 观察治疗 48 h 后回病房，术后病理回报：高危性胃肠道间质瘤（上皮样型，核分裂像约 6/50HPF，伴有坏死，肿

瘤有破裂）。免疫组织化学染色结果：CD117(+)、H-Caldesmo(+)、SMA (-)、DOG-1(+)、CD34 (-)、Ki-67（阳性率 10%）、Vimentin(+)。术后住院 7 d 出院。至投稿日患者状态良好。

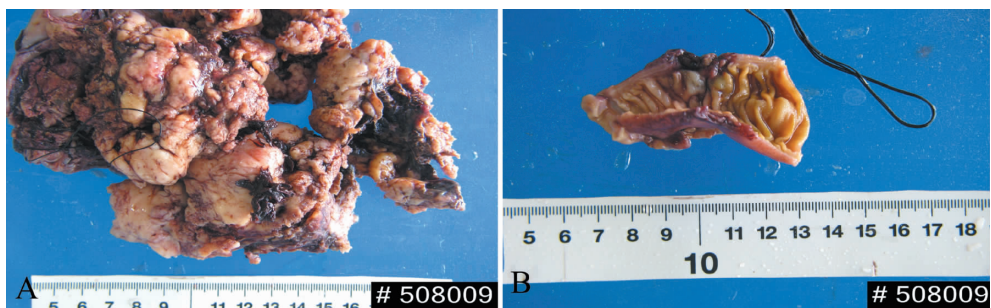


图 1 1 例老年胃肠道间质瘤患者手术肿物

## 讨 论

胃肠道间质瘤是最常见的消化道间叶源性肿瘤，发病率约 1 ~ 2/20 万，发病中位年龄为 60 岁，胃肠道间质瘤可位于消化道黏膜下固有肌层或浆膜下，60% ~ 70% 发生于胃，20% ~ 30% 发生于小肠，不足 10% 发生于食管、结肠及直肠<sup>[1]</sup>。组织学上多由梭形细胞、上皮样细胞、偶或多形性细胞，排列成束状或弥漫状图形<sup>[2]</sup>。

由于胃肠道间质瘤的发生部位、瘤体大小及恶性程度不同，其临床表现差异较大。早期缺乏特异性表现，多以腹部不适、厌食等症状为主；晚期瘤体位于肠道时，常以消化道出血、贫血、低热等为主要表现。发生于小肠时常位于盆腔，往往易误诊为卵巢肿瘤。术前对胃肠道间质瘤的诊断往往依赖于内镜、CT 或 MRI 等影像检查手段。研究认为螺旋 CT 是最具有意义的诊断方法之一，可以在疾病的早期做出正确的判断<sup>[3,4]</sup>。当病变还没有入侵黏膜和向腔内发展，钡餐和胃镜无法诊断时，CT 就能清晰地发现胃肠壁肿块，为临床正确地诊断和制定治疗方案提供依据，其能清楚显示瘤体本身与邻近结构的关系，尤其对胃肠道外生长或同时向腔内外生长的胃肠道间质瘤更具意义。典型表现：①倾向形成肿块，呈圆形或类圆形，并向腔外生长，不易造成肠道梗阻；②肿瘤血供丰富，易液化、坏死和囊变，呈中等或其以上程度强化；③三期增强扫描，动脉期强化，门脉期持续强化，平衡期无明显减退，以静脉期强化最显，显示为黏膜下肿瘤的特点；④常见肝脏及系膜转移，而很少发生周围淋巴结转移和腹腔积液。病理免疫组织化学结果是确

诊胃肠道间质瘤的金指标<sup>[5]</sup>。目前较特异的和最具有实用价值的诊断标准是原癌基因 c-kit 基因表达产物 CD117 和 CD34<sup>[6]</sup>。

胃肠道间质瘤风险分级主要根据 NIH 的危险度分级，分级越高，转移、复发的概率越高<sup>[7]</sup>。美国国立综合癌症网络指南指出目前手术治疗仍是主要手段，术后可使用酪氨酸激酶抑制剂伊马替尼（格列卫）进行生物靶向治疗。其机制为与 KIT 蛋白的激酶结构域结合发挥作用，通过选择性抑制酪氨酸激酶活性，阻断基因向酪氨酸残基转移进而抑制间质瘤细胞的增殖分化<sup>[8]</sup>。

本例提示胃肠道间质瘤患者早期表现缺乏特异性，常以胃肠道不适为主，晚期可能由于肿瘤压迫出现相应症状，多数患者未增强疾病意识，提供病史不详细而延误病情；妇产科医师对胃肠道间质瘤认识不足，存在思维定势，检查发现盆腔包块就只考虑子宫或附件疾病，忽视了盆腔肿物其他器官来源的可能性，缺乏鉴别意识；依赖影像检查，且检查资料局限于妇科，该患者依据超声及盆腔 CT 的结果做出诊断，而未考虑消化系统的检查，而腹部 CT 能够很好的反应肿物与周围器官的位置关系，可能判断出肿瘤来源及是否转移；急于手术，术前准备不足，该患者身体素质较好，术中发现及诊治及时，才避免生命危险。故对于患者年纪较大者，不能除外恶性肿瘤的疾病，应制定规范化诊疗程序，进行相关检查，全面评估病情严重程度，对于疾病的正确分析及规避事故发生十分重要。

本例提示妇产科医师应重视盆腔肿物与肠道间质瘤的鉴别，加深对间质瘤的认识。重视内镜及盆腔 CT 的检查，建立科室间会诊制度，以便及时抢救，降低治疗风险。尤其对于胃肠道外生长的间质

瘤，内镜检查不易发现，糖链抗原 125、超声结合腹部 CT 有助于术前诊断，对于减少误诊及术中出血风险具有重大意义。

参 考 文 献

[1] 师英强, 梁小波. 胃肠道间质瘤. 北京: 人民卫生出版社, 2011. 39-46.

[2] 中国 CSCO 胃肠间质瘤专家委员会. 中国 CSCO 胃肠间质瘤诊断治疗专家共识 (2011 版). 中华胃肠外科杂志, 2012, 15 (3): 301-307.

[3] 孙巍, 郭启勇, 王玉, 范国光, 卢再鸣. 多层螺旋 CT 对胃肠道间质瘤的诊断价值表. 中国医学影像技术, 2004, 23 (2): 255-258.

[4] Choi YR, Kim SH, Kim SA, Shin CI, Kim HJ, Kim SH, Han JK, Choi BI. Differentiation of large ( $\geq 5$  cm) gastrointestinal

stromal tumors from benign subepithelial tumors in the stomach: radiologists' performance using CT. Eur J Radiol, 2014, 83 (2): 250-260.

[5] 陈金才, 于共泉, 侯佩国, 季伟伟. 胃肠道间质瘤的多层螺旋 CT 诊断及误诊原因分析. 中国现代医学杂志, 2015, 25 (20): 102-105.

[6] 李宇, 孙晓滨. 胃肠道间质瘤研究进展. 新医学, 2008, 39 (9): 623-625.

[7] Joensun H. Risk stratification of patients diagnosed with gastrointestinal stromal tumor. Hum Pathol, 2008, 39 (10): 1411-1419.

[8] 隋翔宇, 胡三元. 胃间质瘤的相关研究进展. 中国普通外科杂志, 2014, 23 (10): 1411-1415.

(收稿日期: 2015-11-06)  
(本文编辑: 杨江瑜)

