

胃血管球瘤误诊为胃间质瘤 1 例报告*

肖竞英 周辉年 李 凡 程晓成 焦作义**

(兰州大学第二医院普通外科, 兰州 730030)

文献标识:D 文章编号:1009-6604(2020)02-0184-03

doi:10.3969/j.issn.1009-6604.2020.02.025

血管球瘤 (glomus tumor, GT) 是一种罕见的间叶性肿瘤, 最常见于周围软组织及四肢, 内脏器官少见^[1]。胃血管球瘤 (gastric glomus tumor, GGT) 极为罕见, 大约占有胃肿瘤 1%^[2]。GGT 最早于 1948 年首次确诊^[3]。GGT 患者通常无特异性临床症状, 最常见的临床症状包括腹痛、食欲不振、消化道出血、溃疡伴或不伴恶心呕吐等^[3]。GGT 术前诊断困难, 极易被误诊为胃间质瘤, 因此, 几乎所有报道的 GGT 病例均经病理检查确诊。我科 2018 年 10 月 9 日将 1 例 GGT 误诊为胃间质瘤, 现报道如下。

1 临床资料

患者女, 42 岁, 因间断上腹部疼痛 1 年, 加重伴恶心、呕吐 1 个月于 2018 年 10 月 9 日入院。患者既往体健, 无特殊既往病史。腹部查体: 腹平坦, 未见胃肠型及蠕动波, 中上腹部轻压痛, 无反跳痛及肌紧张, 肝脾肋下未及, Murphy 征阴性, 双肾区无叩击痛, 肠鸣音 3 次/min, 移动性浊音阴性。2018 年 9 月 21 日外院胃镜检查示: 胃窦隆起性病变, 建议 EUS 检查; 萎缩性胃炎 I 级伴糜烂 I 级。入院后实验室指标 (血常规、生化全项、肿瘤标记物) 均正常。全腹增强 CT 示: 胃窦部右侧壁见结节影突向胃腔, 直径约 1.7 cm, 平扫及增强扫描各期 CT 值分别为 54、191、172、132 HU, 考虑胃间质肿瘤 (图 1)。超声胃镜示: 胃窦黏膜后壁可见隆起型肿物, 20 MHz 小探头观察病变, 可见呈类圆形高回声改变, 来源于第 3 层黏膜下层, 大小约 14.9 mm × 11.7 mm (图 2, 3), 诊断: 胃窦黏膜下层来源肿物 (脂肪瘤多考虑), 慢性萎缩性胃炎 (窦轻度)。经多学科专家组讨论

后诊断为胃间质瘤。2018 年 10 月 21 日行腹腔镜下胃部分切除术。患者平卧位, 气管插管全麻。在脐孔穿刺置入 trocar 建立气腹, 气腹压力 12 mm Hg, 置入腹腔镜探查, 左侧腋前线肋缘下为主操作孔, 脐左 5 cm 偏上 2 cm、右侧腋前线肋缘下、右锁骨中线平脐偏上 2 cm 为辅助操作孔。游离胃窦部前后壁, 显露肿瘤位置, 自胃壁切开, 见胃窦后壁有一不规则椭圆形实性新生物, 大小约 2 cm × 2 cm × 1 cm (图 4), 找到肿瘤后奥林巴斯超声刀完整切除, 术中出血 20 ml, 手术时间 135 min。术后病理: GGT, 大小 2.5 cm × 2 cm × 1 cm (图 5)。免疫组化: Desmin -, SMA +, Calponin +, H-Caldsmo - / +, CD34 -, Vimentin +, S-100 -, Syn +, CgA -, CK -。术后给予止血、抑酸、抗炎、营养支持等治疗。术后住院 8 d。出院后通过门诊、电话等随访 8 个月, 患者生活质量较好, 术后半年腹部 CT 示肿瘤无复发。

2 讨论

GGT 多为良性病变, 可以通过手术治愈, 预后较好。GGT 的治疗选择包括胃大部切除术, 楔形切除和根据位置和大小切除肿瘤, 腹腔镜胃楔形切除术被认为是一线治疗^[4]。GGT 可以采用 EUS 治疗, 但是 GGT 血管丰富, 术中出血风险高, 恶性 GGT 因转移潜能和易复发, 应尽早治疗, 术后辅以放疗或化疗可能有效^[3]。其他胃黏膜下肿瘤 (submucosal tumor, SMT), 包括胃肠间质瘤 (gastrointestinal stromal tumor, GIST)、平滑肌瘤以及胃神经鞘瘤等, 手术治疗方式主要包括腹腔镜切除, 腹腔镜和内镜

* 基金项目: 兰州大学第二医院萃英科技创新项目 (CY-2017-ZD03)

** 通讯作者, E-mail: jiaozy@lzu.edu.cn

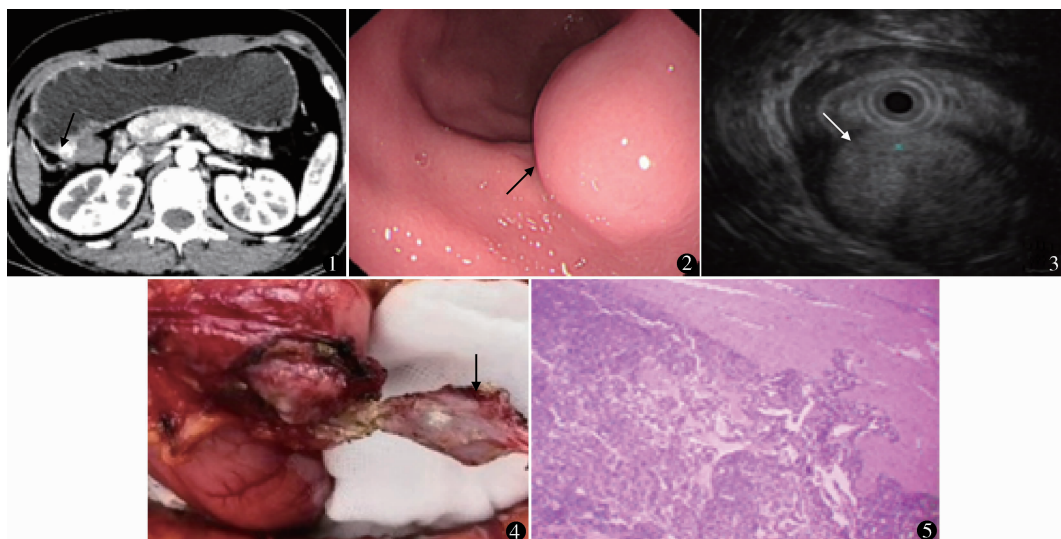


图 1 全腹增强 CT 见胃窦部右侧壁见结节影突向胃腔,直径约 1.7 cm 图 2,3 超声胃镜示胃窦黏膜后壁可见隆起型肿物,20 MHz 小探头观察病变,可见呈类圆形高回声改变,来源于第 3 层黏膜下层,大小约 14.9 mm × 11.7 mm 图 4 术中见胃窦后壁有一不规则椭圆形实性新生物,大小约 2 cm × 2 cm × 1 cm 图 5 肿瘤组织由形态一致的圆形细胞及增生血管构成,细胞核圆形,胞浆透明嗜酸,瘤细胞间见平滑肌细胞(HE 染色 ×100)

合作手术(laparoscopic and endoscopic cooperative surgery, LECS)和非暴露的内镜倒壁手术,以及内镜切除等^[1]。LECS 是治疗 SMT 的有效方法,Hiki 等^[5]2008 年首先报道 LECS,该方法的可行性,安全性和有效性已得到证明。GIST 是最常见的胃黏膜下肿瘤,根据美国国家综合癌症网络(NCCN)指南,对 GIST 的管理包括 2 种:≥2 cm 的非转移性 GIST 进行完全切除,<2 cm 的 GIST 缺乏高转移性,每 6~12 个月进行随访^[6]。手术是切除直径≥2 cm 的 GIST 的最常用方法,而内镜切除术更适合于治疗直径<2 cm 肿瘤,内镜下黏膜下剥离术(endoscopic submucosal dissection, ESD)应用于 GIST 可以整体切除,降低术后并发症^[7]。此外,内镜切除术在胃平滑肌瘤以及胃神经鞘瘤中广泛应用。GIST 以及平滑肌瘤等其他 SMT 的预后良好,很少发现复发和转移。GGT 以及其他 SMT 的术后随访主要通过胃镜或腹部 CT。

GT 是起源于血管球体平滑肌细胞的良性肿瘤,血管球体主要功能是参与动静脉结构的体温调节^[8]。WHO (2002) 将其列为血管周围细胞肿瘤,常见于四肢远端周围软组织及皮下组织^[3]。大多数报道的 GT 位于指尖、手掌、手腕和脚趾的甲下区域,在消化道、泌尿生殖道、心血管、呼吸道以及肝胆

系统中鲜有报道。消化道 GT 最常发生于胃窦部^[9]。GGT 通常报道为良性肿瘤,但也有少数报道具有恶性潜能的 GGT^[2]。Kirshbaum 等^[10]1939 年首先报道一种恶性 GGT。Folpe 等^[11]对恶性 GT 提出以下标准:①肿瘤位置深;②肿瘤大小≥2 cm;③核分裂象不典型,核分裂象≥5 个/50HPF。GGT 常见于胃壁肌层,因此,临床症状一般不典型,最常见的临床症状包括腹痛、食欲不振、消化道出血、溃疡伴或不伴恶心呕吐等^[3]。

GGT 术前诊断极其困难,因为 GGT 和胃其他典型的黏膜下肿瘤,如胃肠间质瘤(gastrointestinal stromal tumor, GIST)和平滑肌瘤,临床症状和影像学表现极其相似,很难鉴别。GIST 是最常见的胃黏膜下肿瘤,起源于肌层,影像学检查中胃肿块常被误认为 GIST,最终 GGT 仅占 GIST 的 1%^[12]。此外,GGT 通常位于肌壁间,很难通过内镜活检诊断^[12]。GGT 的诊断主要通过腹部 CT、超声胃镜等影像学检查,但容易误诊为 GIST 或平滑肌瘤。GGT 在腹部增强 CT 不同时期表现不同,在动脉期通常表现为不均匀强化的高密度影,门静脉期肿瘤呈持续均匀强化,在延迟期表现为与肝脏相同密度的黏膜下病变^[13]。超声胃镜下 GGT 通常表现为黏膜下肿物,表面光滑,易误诊为胃癌或胃间质瘤^[14]且内镜下表

现通常与其生长方式有关,若生长在胃腔外,普通内镜几乎不能发现^[3]。在影像学不能确诊的情况下,病理检查可以为我们提供准确的诊断^[15]。内镜下细针穿刺通过病理学检查鉴别 GGT 与胃黏膜下肿瘤,准确率达 95.6%^[14],但消化道出血风险较大。因此,病理检查及免疫组化分析是诊断 GGT 的金标准^[16]。免疫组化是鉴别 GG 与间质瘤、血管瘤、淋巴瘤的关键^[15]。GGT 细胞中平滑肌肌动蛋白和Ⅳ型胶原呈阳性,S-100 蛋白、肌酸激酶、C-KIT (CD-117)、CD34、DOG1 蛋白 (K9)、嗜铬粒蛋白 A 和 p53 蛋白呈阴性。本例 SMA、Calponin、Syn、Vimentin 为阳性,H-Caldsmo 部分为阳性,Desmin、CD34、S-100、CgA 和 CK 为阴性,符合 GT 的诊断。

由于 GGT 是具有潜在恶性行为的间叶性肿瘤,肿瘤切除术后通常会复发,因此,楔形切除是最好的方法,术后很少发生复发或转移^[12]。随着内镜技术的发展,内镜下黏膜剥离术 (endoscopic mucosal dissection,ESD) 可用于治疗避开幽门、生长于胃小弯侧的 GGT^[17],具有创伤小、恢复快等优点,为 GGT 的治疗提供新的途径。因此,发现胃黏膜下肿瘤时,不要轻易诊断为 GIST,应通过 EUS、内镜下细针穿刺等检查进一步明确诊断,从而为患者提供更好的治疗方案。

参考文献

1 Namikawa T, Tsuda S, Fujisawa K, et al. Glomus tumor of the stomach treated by laparoscopic distal gastrectomy: A case report. *Oncol Lett*,2019,17(1):514 – 517.

2 Yoshida H, Asada M, Marusawa H. Gastrointestinal: Glomus tumor: A rare submucosal tumor of the stomach. *J Gastroenterol Hepatol*,2019,34(5):815.

3 Wang X, Hanif S, Wang B, et al. Management of gastric glomus tumor: A case report. *Medicine (Baltimore)*, 2019, 98 (38): e16980.

4 Wu M, Zhou T, Cao D, et al. Glomus tumor of the stomach: A case report. *Medicine (Baltimore)*,2018,97(45):e13132.

5 Hiki N, Yamamoto Y, Fukunaga T, et al. Laparoscopic and

endoscopic cooperative surgery for gastrointestinal stromal tumor dissection. *Surg Endosc*,2008,22(7):1729 – 1735.

6 Demetri GD, von Mehren M, Antonescu CR, et al. NCCN Task Force report: update on the management of patients with gastrointestinal stromal tumors. *J Natl Compr Canc Netw*,2010,8 (Suppl 2):S1 – S44.

7 Feng F, Liu Z, Zhang X, et al. Comparison of endoscopic and open resection for small gastric gastrointestinal stromal tumor. *Transl Oncol*,2015,8(6):504 – 508.

8 Dong LL, Chen EG, Sheikh IS, et al. Malignant glomus tumor of the lung with multiorgan metastases: case report and literature review. *Oncol Targets Ther*,2015,8:1909 – 1914.

9 Liu KL, Wang HP, Tseng WY, et al. Glomus tumor of the stomach: MRI findings. *AJR Am J Roentgenol*,2005,185(5):1190 – 1192.

10 Kirshbaum JD, Teitelman SL. Malignant tumor of the greater omentum simulating a glomangioma. *Arch Path*,1939,27:95 – 103.

11 Folpe AL, Fanburg-Smith JC, Miettinen M, et al. Atypical and malignant glomus tumors: analysis of 52 cases, with a proposal for the reclassification of glomus tumors. *Am J Surg Pathol*,2001,25(1):1 – 12.

12 Masouminia M, Ghani HA, Foote D, et al. Rare presentation of the glomus tumor in the stomach. *Exp Mol Pathol*,2018,104(1):9 – 11.

13 Hu SD, Hu DM, Huang W, et al. Computed tomography and clinical characteristics of gastric glomus tumors. *J Dig Dis*,2014,15(9):477 – 482.

14 Castro Ruiz C, Carlinfante G, Zizzo M, et al. Glomus tumor of the stomach: GI image. *J Gastrointest Surg*,2017,21(6):1099 – 1101.

15 Kato S, Kikuchi K, Chinen K, et al. Diagnostic utility of endoscopic ultrasound-guided fine-needle aspiration biopsy for glomus tumor of the stomach. *World J Gastroenterol*,2015,21(22):7052 – 7058.

16 Vassiliou I, Tympa A, Theodosopoulos T, et al. Gastric glomus tumor: a case report. *World J Surg Oncol*,2010,8:19.

17 Zhang Y, Zhou P, Xu M, et al. Endoscopic diagnosis and treatment of gastric glomus tumors. *Gastrointest Endosc*,2011,73(2):371 – 375.

(收稿日期:2019 – 11 – 15)
(修回日期:2019 – 12 – 27)
(责任编辑:李贺琼)