

临床经验

前列腺原发间质瘤 1 例报道并文献复习

范华刚, 陈慧婷

【摘要】 目的 探讨胃肠道外间质瘤(EGIST)、尤其是前列腺间质瘤的临床特点、影像诊断。**方法** 对收治的 1 例原发前列腺间质瘤临床及影像表现进行分析,并复习相关文献。**结果** 患者行前列腺穿刺术及肿瘤切除术,免疫组化结果 CD117(+)、CD34(+),诊断为前列腺来源胃肠道外间质瘤。**结论** EGIST 发病罕见,尤其前列腺来源,无特征性临床表现,与胃肠道间质瘤有相同的生物学特性,CT、MRI 病变表现有相似特性,确诊需要手术或穿刺病理免疫组化结果。

【关键词】 胃肠道外间质瘤;前列腺;影像表现;文献复习

【中图分类号】 R735

【文献标志码】 B

【文章编号】 1672-271X(2018)03-0292-03

【DOI】 10.3969/j.issn.1672-271X.2018.03.017

0 引言

间质瘤是由 Mazur 等^[1]在 1983 年提出的一种特殊的肿瘤,多发于胃肠道,占小肠肿瘤的 20%~30%,叫胃肠道间质瘤(gastrointestinal stromal tumors, GIST),另外有少部分起源于胃肠道外,称为胃肠道外间质瘤(extra-gastrointestinal stromal tumors, EGIST),其影像表现无特异性,容易导致误诊。本院收治 1 例胃肠道外前列腺原发间质瘤,现对病例进行报道分析并结合文献进行复习。

1 病例资料

患者,男,67 岁,排便习惯改变、血便 1 年,排尿困难 3 月。患者诉自 2016 年 5 月起排便次数减少,由每天 1 次减为 2~3 d 1 次,排便困难,不易排出,便软,呈条状,黄绿色,偶有暗红色血便附着,无畏寒发热,无恶心、呕吐,无腹痛、腹胀,未予重视;2017 年 2 月无明显诱因出现排尿不畅、排尿费力、夜尿次数增多,排尿延迟、射程短,无尿线变细,尿流变细,未处理;5 月 17 日用力排便后,粪便上有血液附着,黑色及暗红色,无黏液脓血,无恶心、呕吐,在当地县人民医院住院,静滴药物(具体药名不详)过程中,出现尿潴留,导尿后引流出清亮尿液。于 5 月 18 日查泌尿系彩超示前列腺增大明显,约 82 mm×

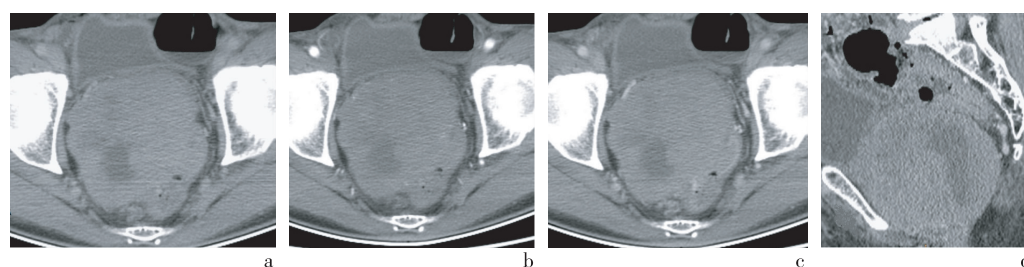
97 mm×83 mm,前列腺内低回声,性质待定;实验室检查:游离前列腺特异性抗原 0.13 ng/mL,总前列腺特异性抗原 1.24 ng/mL。

CT 平扫及增强扫描示:膀胱直肠间隙间见一大小约 10.4 cm×9.6 cm×9.5 cm 团块状等密度影,密度不均,其内可见更低密度影,增强扫描可见中度不均匀强化,内可见斑片状不强化低密度影及血管影,与结肠及前列腺分界不清,两侧精囊腺未见明显显示,盆腔可见少量积液,腹膜后未见明显肿大淋巴结及积液征象,诊断为前列腺区占位,多考虑肠管来源恶性肿瘤,累及前列腺可能性大。见图 1。

肠镜检查示:肠道准备欠满意,见多处粪液潴留,结肠镜顺利插至回盲部,见回盲瓣呈唇状。所见升结肠、横结肠、降结肠及乙状结肠黏膜光滑,未见糜烂及新生物。直肠肛管处黏膜皱襞肿胀潮红,见痔核出血,影响观察。直肠内出血诊断为直肠痔核出血。

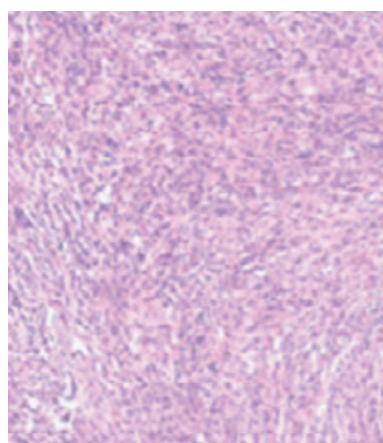
患者于 5 月 25 日经直肠引导经会阴部前列腺穿刺,病理报告提示间质性肿瘤。后行前列腺肿块切除术,术中前列腺形态不规则,肿瘤与前列腺无明显边界,尿道受压变形,直肠受压,肠壁及膀胱壁未见受累,肿瘤周围未见明确肿大淋巴结,行肿瘤切除,送检切除肿瘤组织,病理诊断:间质瘤(前列腺来源),免疫组化:CD117(+)、Dog(+)、S-100 灶(+),SMA 灶(+),Vim(+),DES(-),CD34(+),CK(-),bcl-2(-),CD99(-)。见图 2。

术后患者恢复良好,排便状况良好,随访半年,外院复查 CT 片未见肿瘤复发及转移。



a:平扫;b:增强动脉期;c:增强静脉期;d:矢状位重建

图 1 前列腺原发间质瘤 CT 影像



图示肿瘤由梭形细胞组成

图 2 前列腺原发间质瘤切除病理切片图(HE ×200)

2 讨论

2.1 发病情况及起源 Reith 等^[2]将 EGIST 定于为起源于胃肠道外的间质瘤,其发病率明显低于胃肠道间质瘤,占同期胃肠道间质瘤的 3.0%~6.7%^[3]。EGIST 主要起源于肠系膜、网膜、腹膜后间隙及盆腔等处,不同文献报道以发生于肠系膜及网膜占多数,发生于前列腺者罕见。有学者提出,GIST 及 EGIST 起源于一种分化多潜能间质干细胞,这些间质干细胞可向 Cajal 细胞方向分化^[4]。GIST 组织学特征为梭形细胞及上皮样细胞等组成,肿瘤细胞表达 CD117(C-kit 蛋白)和 CD34 被认为是其定义的特征^[5-6]。EGIST 与 GIST 有着相似的组织学形态及肿瘤细胞表达。

2.2 生长特性 EGIST 可表现为良性肿瘤特征,亦可表现为恶性肿瘤生长方式^[6],出现周围侵犯及转移征象。良恶性诊断标准不一,有学者提出,肿瘤直径>5 cm,有丝分裂计数≥5 个或 50HPF 可作为恶性 EGIST 的参考指标^[7]。有研究显示,发生于胃肠

道外少见及罕见部位的间质瘤危险度分级更高^[8]。可能是由于其生长部位空间大,肿瘤生长时间长,生长体积大,使其危险分级提高。本病例肿块向周围侵犯,精囊腺及直肠结构不清,由于其所发生部位不同,可产生不同临床表现,来源前列腺可表现为排尿困难,同时由于其侵犯直肠、乙状结肠等,可出现排便困难改变。本病例与李伟等^[9]报道的 2 例前列腺原发间质瘤临床表现均出现排便困难及排尿困难。

2.3 影像检查特点 EGIST 的多层螺旋 CT (MSCT) 表现为:①肿块体积大;②呈球形及分叶状,边界多清晰;③肿瘤坏死囊变明显,有文献报道,肿瘤无论大小,都极易发生囊变坏死,肿块越大,囊变坏死范围越大;④增强扫描实性成分中等不均匀强化,静脉期明显,液化坏死无强化;⑤多表现为恶性病变征象特征。MSCT 利用其后处理技术,可以清晰完整显示肿瘤,对肿瘤定位诊断率高^[10]。MRI 优越的软组织分辨率可清晰显示囊变坏死区,及明确肿瘤对周围器官组织的侵犯^[11],另外不同序列对判断肿瘤良恶性有重要价值,比如扩散加权成像(DWI)。PET/CT 能敏感观察肿瘤局部情况外,还可以了解全身肿瘤侵犯、转移情况,对高危 EGIST 治疗方法制定有指导意义^[12]。但发生于膀胱、前列腺等间质瘤,较早期出现临床症状,发现时病变体积可较小。本病例临床症状出现已 1 年,病变体积较大,病变内部出现片状坏死,实性成分中度强化,坏死部分无强化,与间质瘤影像表现相符。

2.4 诊断 GIST、EGIST 确诊需病理免疫组化,CD117 阳性表达被认为是 GIST 的诊断金标准,CD34 是支持诊断的重要指标^[13]。其他部分间叶肿瘤亦可表达 CD117,现在病理检测推荐使用 CD117、

CD34、DOG1、琥珀酸脱氢酶 B 和 Ki-67 五个标志物^[14]。很多学者在基因学组对 GIST 进行深入研究,以更好地确定其恶性程度高低及发生机理。

2.5 鉴别诊断 EGIST 需与腹腔、腹膜后间隙、盆腔等来源肿瘤鉴别,如平滑肌肉瘤、脂肪肉瘤、纤维肉瘤、淋巴瘤、间皮瘤及来源于子宫附件性索间质类肿瘤等鉴别,EGIST 明显的囊变坏死较其他肿瘤明显,同时部分肿瘤有特定的成分及特定的发病年龄,这有助于其鉴别诊断;但部分肉瘤出现坏死率亦较高,肿瘤强化亦可表现为多血供改变,与间质瘤影像上难以区分,所以最终诊断依赖于病理及免疫组化检查。本病例发生于前列腺,表现为前列腺巨大囊实性肿块,需要与前列腺其他恶性肿瘤进行鉴别,如前列腺肉瘤,前列腺肉瘤常伴坏死囊变,同样表现为恶性生长方式,难于进行鉴别。由于对胃肠道外间质瘤认识不足,本病例 CT 平扫及增强检查未考虑间质瘤。

2.6 治疗 GIST、EGIST 对放、化疗不敏感^[15],治疗以外科手术为主。因肿瘤有潜在恶性生长特点,部分肿瘤需要扩大切除,但不主张淋巴结清扫^[16]。有研究表明,腹腔镜手术治疗 GIST 优于传统开腹手术^[17-18]。术后辅以其他药物及其他治疗。

总之,GIST 发病率低,EGIST 发病更加少见,对于少见及罕见部位 EGIST 的诊断有一定难度,需我们拓宽思路,开阔眼界,在排除其他来源腹腔、腹膜后间隙、盆腔的肿瘤后,需考虑 EGIST 的可能性,确诊需病理及免疫组化。影像检查我们着重分析病变位置、范围、起源、内部密度(信号)、对周围组织侵犯、有无淋巴结转移等可作出明确诊断。希望通过本病例加深对 EGIST 的了解,为临床提供更准确的影像诊断结果,减少临床工作中误诊误治的发生。

[参考文献]

- [1] Mazur MT, Clark HB. Gastric stromal tumors: reappraisal of hiato-genesis[J]. *Am J Surg Pathol*, 1983, 7(6): 505-519.
- [2] Reith JD, Goldblum JR, Les RH, et al. Extra-gastrointestinal (soft tissue) stromal tumors: an analysis of 48 cases with emphasis on histologic predictors of outcome [J]. *Mod Pathol*, 2000, 13(5): 577-585.
- [3] 朱雄增, 侯英勇. 对胃肠道间质瘤的再认识[J]. *中华病理学杂志*, 2004, 33(1): 7-9.
- [4] Manin SA, Sears DL, Sebo TJ, et al. Smooth muscle neoplasia of leiomyoma and leiomyosarcoma[J]. *Am J Surg Pathol*, 2002, 26(3): 292-300.
- [5] Espinosa I, Lee CH, Kim MK, et al. A novel monoclonal antibody against DLGI is a sensitive and specific marker for gastrointestinal stromal tumors [J]. *Am J Surg Pathol*, 2008, 32(2): 210-218.
- [6] 贺敬红, 李健丁, 张瑞平. 胃肠道外间质瘤影像诊断新进展[J]. *世界华人消化杂志*, 2010, 18(1): 54-57.
- [7] Molina I, Seamon LC, Copeland LJ, et al. Reclassification of leiomyosarcoma as an extra-gastrointestinal stromal tumor of the gynecologic tract [J]. *Int J Gynecol Pathol*, 2009, 28(5): 458-463.
- [8] 周旻文, 王 坚, 徐 宇, 等. 罕见及少见部位间质瘤的影像学表现[J]. *中国癌症杂志*, 2016, 26(5): 409-413.
- [9] 李 伟, 方 平, 孙 光, 等. 前列腺原发胃肠道外间质瘤两例报告并文献复习[J]. *山东医药*, 2014, 54(5): 83-85.
- [10] 王绍娟, 王智涛, 刘 钊, 等. 多层螺旋 CT 在胃肠道间质瘤恶性风险评估中的价值[J]. *东南国防医药*, 2010, 12(3): 226-229.
- [11] 李健丁, 靳宏星, 武志峰. 胃肠道间质瘤影像诊断[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2009: 5.
- [12] 许 建, 卢光明, 郑 玲, 等. 胃肠道间质瘤的影像诊断价值[J]. *医学研究生学报*, 2006, 19(10): 910-914.
- [13] 克力木·阿不都热依木, 吾布力卡斯木·吾拉木, 玉素甫·买买提, 等. 免疫标志物在 338 例胃肠道间质瘤患者肿瘤组织中表达及临床意义[J]. *中华消化杂志*, 2018, 38(1): 20-24.
- [14] 2017 年中国胃肠道间质瘤病理共识意见专家组. 中国胃肠道间质瘤诊断治疗专家共识(2017 年版)病理解读[J]. *中华病理学杂志*, 2018, 47(1): 2-6.
- [15] Dematteo RP, Heinrich MC, El-Rifai WM, et al. Clinical management of gastrointestinal stromal tumors: before and after STI-571 [J]. *Hum Pathol*, 2002, 33(5): 466-477.
- [16] 费 阳, 丁贵鹏, 刘绪舜, 等. 胃肠道间质瘤 23 例的临床诊治分析[J]. *东南国防医药*, 2006, 8(3): 179-181.
- [17] 景 勇. 腹腔镜与开腹手术治疗胃肠道间质瘤的疗效对比研究[J]. *心理医生*, 2018, 24(1): 80-81.
- [18] 严 鹏, 刘佳佳, 胡 新, 等. 腹腔镜与开腹手术治疗胃肠道间质瘤的临床疗效比较[J]. *中华胃肠道外科杂志*, 2015, 9(8): 808-811.

(收稿日期: 2017-07-26; 修回日期: 2018-03-17)

(责任编辑: 叶华珍)