

肿瘤个案报道

DOI: 10.13406/j.cnki.cyx.002653

胃孤立性纤维性肿瘤 1 例报告并文献复习

杜紫阳, 陈晓

(兰州大学第二医院普通外科, 兰州 730000)

Solitary fibrous tumor of the stomach: a case report and literature review

Du Ziyang, Chen Xiao

(Department of General Surgery, The Second Hospital of Lanzhou University)

【中图分类号】R735.2

【文献标志码】B

【收稿日期】2020-05-25

孤立性纤维性肿瘤(solitary fibrous tumor, SFT)是一种少见的间叶源性梭形细胞瘤, 约占所有软组织肿瘤的 2%^[1-2]。SFT 最早发现于胸膜, 近年来在各器官皆有报道^[3], 以胸膜最为好发, 胸膜外发病率仅约 0.6%, 胃极为罕见。胃 SFT 临床症状、影像学特征与其他间叶源性肿瘤极为相似, 给该病的诊断、治疗带来困难。本病例在诊断不明的情况下最终按胃恶性肿瘤手术标准进行治疗, 扩大了手术范围, 虽然术后患者恢复良好, 但其诊疗过程仍值得思考。

1 病史资料

女性患者, 56 岁, 间断性上腹部疼痛 3 个月余。患者于 3 个月前无明显诱因出现上腹部疼痛, 呈间断性胀痛, 无放射痛, 进食后加剧, 伴腹胀, 偶解黑色成型大便, 无恶心呕吐、无反酸暖气等其他不适, 近期体重下降约 4 kg。当地医院胃镜提示胃窦增生性病变, 活检考虑炎性纤维性息肉, 不排除肿瘤性病变; 后患者就诊于兰州大学第二医院普通外科, 以“胃肿瘤”收住。入科查体: 腹平坦, 无腹壁静脉曲张, 未见胃肠型及蠕动波; 腹柔软, 上腹部压痛阳性, 无反跳痛及腹肌紧张, 未触及肿块; 肝脾肋下未触及, Murphy 征(-), 肝区叩痛(-), 移动性浊音(-), 肠鸣音正常, 约 4 次/min。辅助检查资料如图 1 所示: 超声内镜见胃窦小弯近胃角隆起型病变, 病变表面有新鲜血流渗出, 超声探查病变, 病变来源于固有浅

肌层, 向腔内生长为主, 以低回声为主, 内部回声欠均匀, 最大径 39.3 mm × 26.2 mm, 余胃未见异常, 诊断为间质瘤可能; 腹部增强 CT 示胃窦部明显增厚, 胃小弯侧形成一较大软组织结节, 周围脂肪间隙清楚, 胃周淋巴结多发增大, 不排除胃癌可能。初步诊断: 胃肿块性质待查: 胃间质瘤? 胃癌? 平滑肌肉瘤? 其他类型肿瘤? 出院诊断: 胃 SFT。

2 手术方法

手术方式: 腹腔镜远端胃切除术+D2 淋巴结清扫中转开腹远端胃切除术+D2 淋巴结清扫, 毕 I 式胃十二指肠吻合。过程: 取平卧位, 常规消毒铺巾后, 于脐孔处取横切口, 置入 Trocar, 建立气腹, 进腹腔镜, 探查见小肠、升结肠、横结肠广泛积气, 严重影响视野, 遂中转开腹, 见肿瘤位于胃窦小弯侧, 突破浆膜层, 横结肠系膜根部、小肠系膜根部、胃窦周围可见肿大淋巴结, 行远端胃切除术+D2 淋巴结清扫术, 毕 I 式胃十二指肠吻合, 置入胃管及腹腔引流管, 检查术野无活动性出血, 清点器物后逐层关腹结束手术, 取手术标本送病理检查, 麻醉满意, 术后患者安返病房, 予以营养支持、补液、抗感染等对症支持治疗。术后病检示肿物大小 4 cm × 3 cm × 1.5 cm, 切缘未见组织残留, 手术清扫淋巴结全部呈反应性增生。病理组织 HE 染色示镜下大量梭形细胞呈席纹状排列、大量纤维蛋白原沉积; 免疫组化染色: 瘤细胞示 Vimentin(+), CD34(+), CD117(-), Dog-1(-), SMA(-), Desmin(-), S-100(-), Bcl-2(-), CKp(-), STAT6(-), TLE-1(-), Ki-67 阳性细胞数 15%, CD34、波形蛋白阳性, 细胞角蛋白、SMA、Desmin、S-100、C-kit、Dog-1 阴性, 符合孤立性纤维性肿瘤诊断^[4-5], 诊断为胃 SFT(图 1)。

作者介绍: 杜紫阳, Email: 893180521@qq.com,

研究方向: 胃肠外科。

通信作者: 陈晓, Email: chenxiaomd@163.com。

优先出版: <https://kns.cnki.net/kcms/detail/50.1046.R.20201013.1355.008.html>

(2020-10-14)

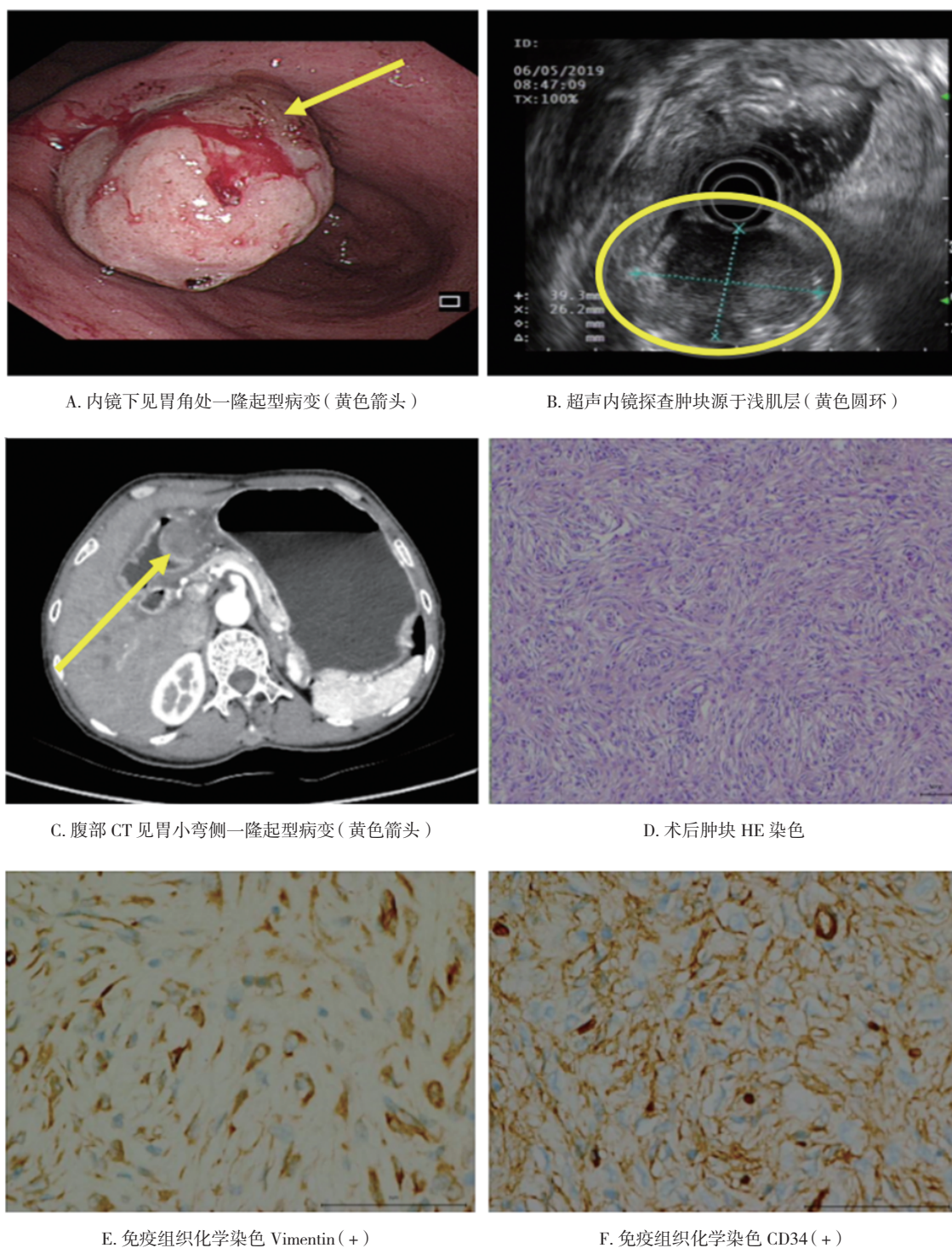


图 1 胃孤立性纤维瘤术前辅助检查资料及术后组织染色资料

3 讨论

SFT最早由 Wanger 于 1870 年报道,1931 年被正式命名为 SFT^[6],好发于胸膜,在腹腔、盆腔发病率低。胃 SFT 临床症状及辅助检查表现不具特征性,肿瘤较小时患者并无明显临

床症状,随着肿瘤体积增大,瘤体对周围组织造成压迫及破溃,会出现相应的临床表现,如恶心呕吐、疼痛、梗阻、便血等,少数患者可能因肿瘤分泌胰岛素样生长因子 II 而出现低血糖症状^[7]。胃 SFT 影像学特征与其他间叶源性肿瘤相似,良性肿瘤平扫常呈圆形或类圆形软组织密度影,密度不均匀,增强扫描均匀强化;恶性肿瘤常边界不清、密度不均,增强扫

描时瘤体强化不均匀^[8],需要借助其特有的镜下形态及免疫组织化学染色进行诊断及鉴别诊断,鉴别诊断主要包括胃间质瘤、纤维肉瘤、平滑肌肉瘤、恶性外周神经鞘膜瘤等。

本例患者以腹部疼痛不适入院,超声内镜提示肿瘤源于固有浅肌层,多考虑间质瘤,而 CT 提示胃小弯隆起型病变,多发淋巴结增大,不排除胃癌可能。本院内镜中心诊断倾向胃间质瘤,本着对间质瘤术前不进行常规活检的考虑,内镜中心未行肿块活检;患者近期体质量明显减轻,腹部 CT 提示胃小弯隆起型病变且胃周多发淋巴结肿大,不能排除胃癌的可能;2 项术前重要辅助检查诊断意见不一致,最终术者为了安全考虑选择按胃癌术式进行手术治疗,术后病检结果回报肿瘤诊断为胃 SFT,周围淋巴结全部为反应性增生。回看整个诊治过程,应将下级医院的病理标本进行会诊复核,如果能在术前明确诊断,可减少不必要的淋巴清扫、缩短手术时间,减少术中风险及术后并发症发生的可能。但无论是胃间质瘤还是胃 SFT,术前活检往往不能提供足够的组织以满足病理学分析,虽然手术方式扩大了胃 SFT 手术范围,但在术前诊断不能排除恶性肿瘤的情况下,按恶性肿瘤手术方案手术是合理且安全的。

大多数 SFT 是良性,恶性 SFT 仅占 10%~15%^[9]。手术切除是主要的治疗方法,常规化疗及放疗效果不佳。除手术治疗外,基于该病可能源于 NAB2-STAT6 基因融合,分子靶向治疗或许是一种选择^[3]。

胸外 STF 表现出明显的组织变异性^[10-11]。SFT 可在手术切除后复发和转移。在某些情况下,肿瘤的生物行为与组织病理学无关^[12]。1976 年 Enzinger FM 和 Smith BH^[13]报道当肿瘤存在直径大于 6.5 cm、高倍镜下细胞 40%以上的有丝分裂率、坏死或出血灶时,易复发、转移和高死亡率。尽管胸外 SFT 少见,但不应该忽视其不可预测的生物行为,如复发、局部破坏甚至转移途径^[14]。由于 SFT 生物学的不确定性,患者可能在术后复发,因此对患者进行长期随访及复查是必要的。本例患者术后无特殊不适,3 个月后复查胃镜及 CT 未见异常,暂未予以特殊治疗,继续随访观察。

参 考 文 献

[1] Park MS, Araujo DM. New insights into the hemangiopericytoma/

solitary fibrous tumor spectrum of tumors[J]. *Curr Opin Oncol*, 2009, 21(4): 327-331.

[2] DeVito N, Henderson E, Han G, et al. Clinical characteristics and outcomes for solitary fibrous tumor(SFT): a single center experience[J]. *PLoS One*, 2015, 10(10): e0140362.

[3] Thway K, Ng W, Noujaim J, et al. The current status of solitary fibrous tumor: diagnostic features, variants, and genetics[J]. *Int J Surg Pathol*, 2016, 24(4): 281-292.

[4] Lucia K, Lan PA, Chae CY, et al. Extrapleural malignant solitary fibrous tumor[J]. *Basic Appl Pathol*, 2008, 1(2): 102-106.

[5] Bozkurt SU, Ahiskali R, Kaya H, et al. Solitary fibrous tumor of the kidney: case report[J]. *APMIS*, 2007, 115(3): 259-262.

[6] Klemperer P, Coleman BR. Primary neoplasms of the pleura. A report of five cases[J]. *Am J Ind Med*. 1992, 22(1): 1-31.

[7] Chithriki M, Jaibaji M, Vandermolen R. Solitary fibrous tumor of the liver with presenting symptoms of hypoglycemic coma[J]. *Am Surg*, 2004, 70(4): 291-293.

[8] 段前深. CT 扫描在胸膜外孤立性纤维瘤中的诊断价值[J]. *实用医学影像杂志*, 2020, 21(2): 127-129.

Duan QS. Diagnostic value of CT scan in extrapleural solitary fibrous tumor[J]. *J Pract Med Imag*, 2020, 21(2): 127-129.

[9] Patel YA, Dhalla S, Olson MT, et al. Pancreatic metastasis from solitary fibrous tumor of the kidney: a rare cause of acute recurrent pancreatitis[J]. *Pancreatol*, 2013, 13(6): 631-633.

[10] Musyoki FN, Nahal A, Powell TI. Solitary fibrous tumor: an update on the spectrum of extrapleural manifestations[J]. *Skeletal Radiology*, 2012, 41(1): 5-13.

[11] Oudijk L, den Bakker MA, Hop WC, et al. Solitary, multifocal and generalized myofibromas: clinicopathological and immunohistochemical features of 114 cases[J]. *Histopathology*, 2012, 60(6B): E1-E11.

[12] Wignall OJ, Moskovic EC, Thway K, et al. Solitary fibrous tumors of the soft tissues: review of the imaging and clinical features with histopathologic correlation[J]. *AJR Am J Roentgenol*, 2010, 195(1): W55-W62.

[13] Enzinger FM, Smith BH. Hemangiopericytoma: an analysis of 106 cases[J]. *Hum Pathol*, 1976, 7(1): 61-82.

[14] Lee WA, Lee MK, Jeon YM, et al. Solitary fibrous tumor arising in gastric serosa[J]. *Pathol Int*, 2004, 54(6): 436-439.

(责任编辑:唐秋姗)