

• 短篇报道 •

巨大少见神经纤维瘤的 CT 诊断(附 3 例报告)

余文昌 王仁法

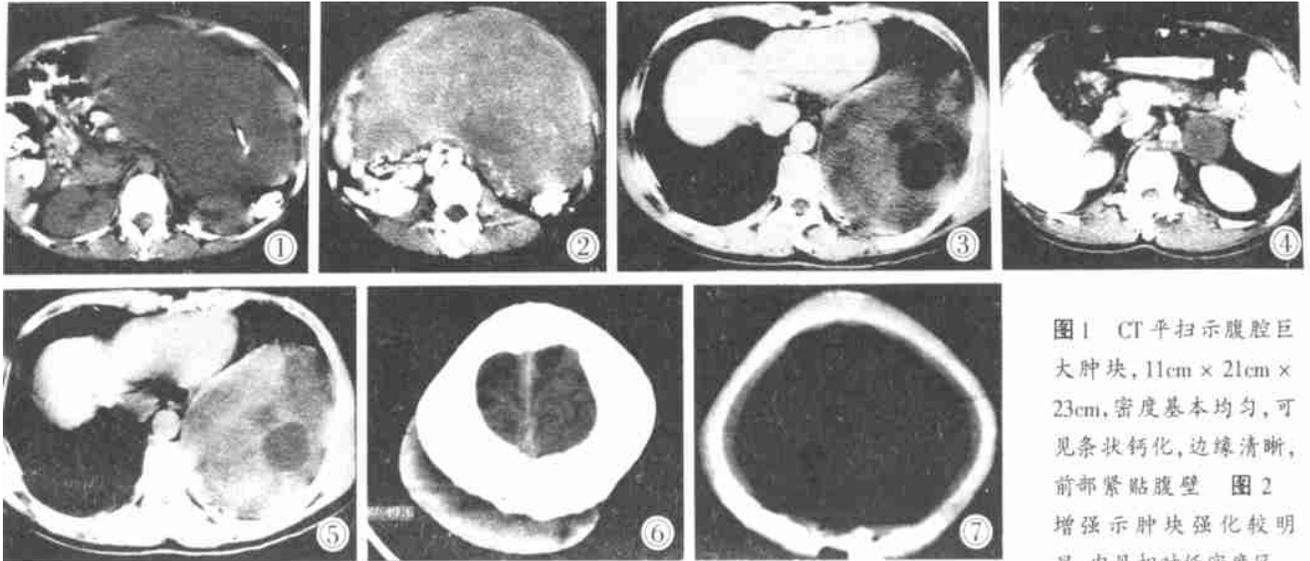


图 1 CT 平扫示腹腔巨大肿块, 11cm × 21cm × 23cm, 密度基本均匀, 可见条状钙化, 边缘清晰, 前部紧贴腹壁 图 2 增强示肿块强化较明显, 内见相对低密度区

图 3 CT 平扫示左后下纵隔壁 12cm × 10cm × 13cm 肿块, 边界清晰, 内部密度在砵份均匀, 可见低密度坏死区 图 4 胰尾后部, 左肾前部(相当于左肾上腺区)可见 3.0cm 类圆形软组织块影, 密度低于胰腺 图 5 增强示肿块强化较明显, 内见相对低密度区 图 6 CT 平扫示顶后部 10cm × 15cm × 6.3cm 弧形软组织上肿块, 内部密度均匀, 内缘紧贴颅骨外表面 图 7 骨窗示颅骨局限性侵蚀破坏。

神经纤维瘤是神经源性肿瘤的一种, 任何年龄, 许多部位均可发生, 但无特征性的影像学表现。我们收集经手术病理证实的 3 例巨大少见神经纤维瘤, 将其 CT 表现结合文献作一报道, 以提高对本病的认识和定性诊断能力。

病例报告 例 1 女, 24 岁。体检: 腹部可触及巨大实质性包块, 占据全腹腔约 2/3, 边缘清、光滑、质中、较固定。CT 平扫示腹腔内巨大肿块, 11cm × 21cm × 23cm, 密度基本均匀, CT 值 43.3Hu, 内见 1.0cm × 0.3cm 条状钙化, 边缘清晰, 前部紧贴腹壁, Douglas 腔内积液。增强肿块强化较明显, 内见相对低密度区。CT 诊断: 腹腔内巨大肿瘤伴盆腔积液(图 1, 2)。手术所见: 腹腔内一直径 25cm, 厚约 5~6cm 之灰红色肿块, 边缘与胃大弯侧密不可分, 且与横结肠、脾脏粘连, 淡黄色腹水 800~1000ml。病理: 神经纤维瘤。

例 2 男, 49 岁。体检无异常, 主要临床症状为呃逆 7 年, 伴左胸痛 3 年。CT 平扫示左后下纵隔 12cm × 10cm × 13cm 肿块, 边界清晰, 内部密度较均, 可见低密度坏死区, 肿块将左膈肌影明显向前推移。此外, 胰尾后部, 左肾前部(相当于左肾上腺区域)也可见 3.0cm 类圆形软组织肿块影, 密度稍低于胰腺。增强后肿块均匀强化, 内见相对低密度区。CT 诊断: 左侧后纵隔及左腹膜后肿瘤(图 3-5)。胸部手术所见: 胸腔内血性胸水 800ml, 肿瘤约 15cm × 10cm × 10cm, 为实性, 部分囊变, 包膜完

整, 与左下肺组织, 部分心包, 降主动脉粘连, 并有有一宽蒂与后纵隔相连。病理: (切片号 99-3194) 左后纵隔神经纤维瘤。

例 3 男, 12 岁。患儿出生时, 左顶枕部的头皮略厚, 似有一肿块, 2 年前肿块开始增大。体检: 左顶部可见儿拳大小包块, 质软, 边缘清楚, 表皮呈暗灰色。头颅正侧位片示双侧顶骨后方外板不规则, 可见多个大小不等的骨缺损, 最大 2.0cm × 1.5cm。颅脑 CT 平扫示顶后部 10cm × 15cm × 6.3cm 弧形软组织肿块, 内部密度均匀, 内缘紧贴颅骨外表面, 骨窗示颅骨局限性侵蚀。CT 诊断: 顶部血管瘤可能(图 6, 7)。手术所见: 肿块位于头皮与帽状腱膜之间、肉状、质软、血供丰富、边界不清。病理: 头皮下神经纤维瘤。

讨论 神经纤维瘤发病部位相当广泛, 我们查阅了 1992 年以来我国几家主要放射影像学杂志, 基本上以个案的形式报道了 14 例(不含神经纤维瘤病), 其部位涉及颈动脉、鼻腔、纵隔、横膈、胸腔、胸壁、腹盆腔、胃、肾、卵巢、脊髓、肋骨间等。该病在临床中并不少见, 呈零星报道的原因, 可能与其影像学表现特征性不强, 术前诊断不清, 又经手术及病理证实较少之故。参阅文献, 结合本文 3 例报导, 我们总结出神经纤维瘤的以下特点: ①该肿瘤属于良性, 偶有恶变, 临床病程长, 有文献报道长达 26 年者^[1], 症状轻缓。②尽管病理学讲述其直径由数毫米到数厘米, 大者达 20cm 以上^[2], 但是产生临床症状, 由影像学检查时, 肿块较大, 常达 10cm 以上。密度尚均匀, 边缘大多光滑清楚, CT 增强后少数不强化, 大多数轻、中度强化^[3], 病灶内

未强化的低密度区代表坏死液化或者肿瘤的粘液样变性。③ 肿块因较大,常挤压、推移、粘连周围器官^[4,5],局部骨质受侵蚀,但没有侵袭性,不会浸润破坏周围器官,引起功能障碍。

参考文献

- 1 陈世勇,赖清泉,郭天德. 肾间质(恶性)神经纤维瘤一例. 临床放射学杂志, 1995, 14: 58.
- 2 董郡. 病理学. 北京: 人民卫生出版社, 1996: 969.

- 3 Pui MH, Yang ZY, Li ZP. Computed tomography of abdominal neurogenic tumors. Australas Radiol, 1998, 42: 183.
- 4 许有生,沈纪林,王士兴,等. 二例腹盆腔神经肿瘤的CT诊断. 中华放射学杂志, 1998, 32: 472.
- 5 李政伟,芦志刚,张新生. 横膈神经纤维瘤一例. 中华放射学杂志, 1995, 29: 214.

(1999-06-18 收稿)

二十例特殊部位骨折漏诊原因分析

纪年尚

临床资料 本组20例中,男14例,女6例。年龄最小7岁,最大76岁。骨折原因均由交通事故、民事纠纷引起。其中漏诊17例,误诊3例,漏、误诊最长时间7个月。漏诊的17例骨折情况如下:锁骨肩峰端2例;膈下肋骨1例;肱骨结节间沟2例;额窦部1例;髌臼骨2例;股骨颈2例;髌间隆突1例;下颌骨髁突1例;髌骨1例;跟骨1例;三角副骨2例;肘髁骨1例。本组误诊为骨折的3例,其中鼻骨2例,颧骨1例。

病例报告 例1,男,25岁,鼻骨外伤后摄鼻骨侧位片,将正常的额、鼻缝误诊为鼻骨骨折。

例2,女,36岁,外伤后右踝关节正侧位,将三角副骨误诊为距骨撕脱性骨折。

例3,女,67岁,外伤后右髌部疼痛,活动受限,右髌关节正位显示正常,半月后患者仍述右髌部疼痛,不能稳定站立。又摄右髌关节外展位,显示股骨颈基底部横行骨折线。

例4,男,49岁,外伤后腰骶部疼痛,活动受限,摄腰骶椎正侧位片,显示第5腰椎右侧横突骨折伴分离错位,而将合并的同侧髌骨碎裂漏诊。

例5,男,28岁,外伤后致右肩部疼痛,活动受限,摄右肩正位片,显示正常,1个月后病人仍感右肩疼痛,又摄右肩正位片,还是显示正常。后来病人到上级医院检查,报告为右侧锁骨肩峰端陈旧性骨折。

讨论 对正常的X线解剖及其变异认识不足是造成漏、误诊的重要因素之一。从例1、例2的误诊来看就是这一点。临床工作中将鼻骨变异的额鼻缝误为骨折,将副骨或子骨的骨折、移位或变异,将颅骨的血管沟、静脉窦、颅骨缝、缝间骨给予误诊或漏诊常是极易发生的事。

结合临床不密切是造成漏、误诊的第二因素。本组的锁骨骨折,膈下肋骨骨折的漏诊中,由于骨折线的相互重叠而未显示,加上只参考临床医生摄片申请单未闻及骨擦音,忽视了亲自查体,未能采取相应的多体位的检查位置。

对各骨的解剖特点缺乏认识是造成漏、误诊的原因之三。从本组病历中看,如肱骨的结节间沟的撕脱性骨折,髌臼骨的裂线性骨折,这些部位骨骼结构厚,重叠部分多,故易漏诊。

多方位摄片配合不及时也是漏、误诊的原因之一。本组漏诊的2例肱骨结节间沟撕脱性骨折,单凭正位无法清楚显示骨折处,在漏诊的1例肋骨骨折中,就是因为仅拍正位片所致。

阅片中只注意到明显的骨折和单处骨折,而将隐匿性骨折和合并多发的骨折未能仔细、全面地观察而漏误。

体会 建立集体阅片制度,这将对减少骨折的漏诊、误诊大为有益。据笔者了解,不少基层医院放射科也是同我院放射科一样,都是当天由一人观湿片写出报告,这是不妥的。湿片不仅可以掩盖骨折而且还可以造成假像。因此应提倡阅干片、多人阅片的方式。

对疑有骨折的部位,根据其结构特点,采用相应的多种投照角度方法。如颅骨凹陷骨折时,除正侧位片,还应加照切线位。再如对肋骨、锁骨、肱骨结节间沟等处疑有骨折,应多角度拍片或透视中点片,对髌关节外伤疑有骨折时应加照斜位及外展位。

加强对骨骼的正常X线解剖和变异的认识,也是减少骨折漏、误诊的重要基础。诊断骨折如同诊断其它疾病一样,都不可与临床分开,而应密切配合。

(1999-09-07 收稿)