

Ewing 氏瘤的骨破坏主要表现为松质骨内广泛细小的溶骨性破坏, 皮质变薄、模糊, 出现筛孔样, 虫蚀样的改变。在破坏区内, 常常可见各种各样的新生骨组织。虽然 Ewing 氏瘤的瘤细胞不产生骨样组织和新生骨, 但肿瘤间质有比较活跃的骨质化生, 再加上骨膜反应性新生骨等使瘤区内出现形态、密度不同的骨质增生。主要表现为层状骨膜增生, 骨内致密硬化, 针状骨以及少见的大理石样改变等。其中针状骨的出现对诊断本病有重要价值, 本文 3 例中有 2 例出现。至于针状骨的本质到底是骨膜新生骨还是肿瘤间质成骨, 国内外学者意见尚未统一。本文例 3 出现的软组织肿块边缘包壳样新生骨也是比较特殊的征象。总之骨质增生尤其是肿瘤间质的成骨表现以往没有引起足够重视。国内有学者统计 26 例 Ewing 氏瘤中, 存在不同程度骨质增生的就占 21 例。他们根据骨质增生的程度将 Ewing 瘤分为溶骨型、硬化型和混合型<sup>[1]</sup>。这种分法对识别和诊断 Ewing 氏瘤有一定实际意义。

### 3. 鉴别诊断

Ewing 氏瘤在良恶性的定性诊断中主要须和骨髓炎鉴别,

在恶性肿瘤中的定病诊断中要与网织细胞肉瘤和骨肉瘤进行鉴别。

EEwing 氏瘤的起病经过没有骨髓炎典型, 迅猛少见。虽经数月病程, X 线上也没有大块的破坏缺损和死骨。骨质破坏与增生不像骨髓炎有规律性。针状骨和软组织肿块是骨髓炎所没有的。放疗的效果对鉴别肿瘤和炎症也有帮助。

网织细胞肉瘤在病理上与 Ewing 氏瘤不易区分, X 线上骨内破坏亦较广泛, 但其发病年龄偏大, 为 30~40 岁, 症状较轻, 预后较好<sup>[2]</sup>。

骨肉瘤发病年龄和 Ewing 氏瘤相仿。也可见针状骨, 但是它的病变范围较局限, 不似 Ewing 氏瘤广泛浸润蔓延, 但是对于局限在干骺端的 Ewing 氏瘤则二者不易区别。

### 参考文献

- 1 王云钊. 骨放射诊断学[J]. 中华医学会放射分会编大专教材, 1988. 210-213.
- 2 李铁一. 儿科 X 线诊断学[M]. 天津: 天津科学技术出版社, 1992. 277. (1999-06-22 收稿)

## 心包前脂肪垫内错构瘤一例

杨亚英 包颜明 宋光义

患者 女, 44 岁。胸闷 1 年余, 体检及化验无异常。

CT 平扫示右心包前脂肪垫内  $3\text{cm} \times 2\text{cm} \times 2.4\text{cm}$  肿块, 边缘光滑、清晰, 密度尚均匀, 病灶中心区 CT 值为  $45\text{Hu}$ , 重建显示病灶与膈肌及心包无粘连。诊断: 右前下纵隔心包囊肿。

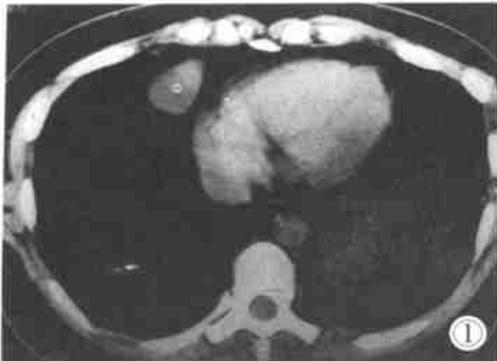


图 1 右心包前脂肪垫内肿块, 边缘光滑、清晰, 平扫 CT 值  $45\text{Hu}$ 。

手术剖胸探查见肿瘤位于右前下纵隔心包前脂肪垫内,  $3\text{cm} \times 2\text{cm} \times 4\text{cm}$  大小, 包膜完整、质韧, 予完整剥离肿块。

病理镜下见瘤组织由较多变性的纤维组织、血管和脂肪构成, 包膜完整, 血管丰富。诊断: 错构瘤。

讨论 错构瘤起源于中胚层的多潜能分化组织, 其特点是除纤维成分外, 尚含有二种以上的间叶成分, 常见成分为成熟的脂肪、血管、平滑肌。纵隔错构瘤好发部位为中、后纵隔, 发生于前纵隔者较少见, 本例瘤体位于前下纵隔心包前脂肪垫内, 极为罕见。导致术前 CT 误诊的原因可能为 CT 值测量不当和不准确。仔细复习本例 CT 片见病灶内密度并不均匀, 而当时仅测量了较小的一个低密度兴趣区, 不能代表整个病灶内的密度情况; 另外, 所测兴趣区的 CT 值可能受心脏搏动形成的伪影及周围脂肪垫的影响而呈现局部低落密度改变, 掩盖了病灶的真实密度。此外, 进行 CT 增强扫描将更清晰地显示病灶内不同组织成分, 更有助于病变的正确诊断。

(1999-12-06 收稿)