

骨嗜酸性细胞肉芽肿的 CT、X 线诊断(附 10 例分析)

韩宗禹 余晖

【中图分类号】R738.1, R730.4 【文献标识码】B 【文章编号】1000-0313(2000)05-0371-01

骨嗜酸性细胞肉芽肿是以骨质破坏、组织性细胞增生和嗜酸性粒细胞浸润为主要特点的疾病。本文分析我们遇到的 10 例骨嗜酸性细胞肉芽肿(除 2 例脊柱嗜酸性细胞肉芽肿为临床及 X 线诊断外,其余均经手术病理证实),目的在于对其影像学特点有进一步认识。

本组男 4 例,女 6 例;年龄为 6~38 岁,10 岁以下 2 例,20 岁以下 6 例;单发 8 例(80%),多发 2 例(20%);颅骨 4 例(图 1, 2),脊柱 2 例,股骨 2 例,胫骨 1 例,胫骨 1 例。

我们在分析本组骨嗜酸性细胞肉芽肿 CT 及 X 线表现的基础上,讨论以下问题。

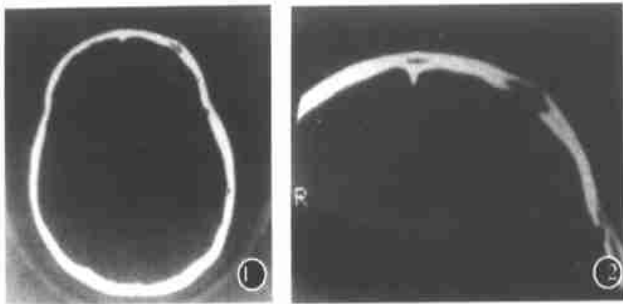


图 1 CT 骨窗显示左额骨板障内低密度灶。

图 2 左额骨局部放大片,左额骨板障内低密度灶,CT 值 3~60HU 骨内,外板侵蚀,局部软组织肿胀。

1. 对骨嗜酸性细胞肉芽肿的认识:以前曾认为嗜酸性细胞肉芽肿是网状内皮系统疾病,是恶性网状内皮细胞增生症以外的、病理学上偏于良性的病变,且发展过程有所不同,组织学上也有区别,分别称勒-雪婴幼儿网状内皮细胞增生症、韩-薛-柯氏病和嗜酸性细胞肉芽肿^[1];目前倾向认为本病是一种先天性免疫缺陷,它影响组织增生,发生感染可使缺陷加重,年龄增长缺陷减轻,多数患者有 T 抑制细胞缺陷,应用胸腺提取液治疗有效。临床上有自限自愈的修复过程,本病好发于 20 岁以下的儿童和青少年,多为单发,也可多发,具有血沉快、嗜酸性粒细胞计数增高、X 线改变显著而临床症状和体征轻微的特点,

可累及骨骼以外的软组织和内脏,但一般不侵犯手足。

2. X 线及 CT 诊断:因病变的发病部位和发展阶段不同,故影像学表现具有多样性和多变性,既似炎症,又似良性肿瘤或恶性肿瘤。这样,给影像诊断带来困难。我们认为,以下 X 线征象对本病诊断很有帮助:①颅骨病变常呈单个圆形或卵圆形骨缺损,早期病灶周围骨质多正常,无硬化增白,常向颅骨内外形成软组织肿块,随后出现灶周骨质硬化增白,在后期破坏区边缘的骨质常有新生,呈多个“半岛状”伸向中央,少数可有“纽扣样”死骨,有的病灶可跨越颅缝生长;②脊椎病变早期,椎体可见溶骨性改变,但不发生压缩,随病变进展椎体呈“扁平椎”高度显著缩小,横径及前后径均略增大,骨质密度增高,整个椎体呈薄饼状,常发生于单个椎体,脊椎的后部结构可侵犯,椎间隙正常或宽窄不均。在随访中,嗜酸性细胞肉芽肿所致的“扁平椎”随年龄增长自限自愈,有的病人椎体可恢复正常形态;③长骨骨干或干骺端常出现“洞套洞”囊状骨质破坏,沿骨纵轴扩展,边缘呈扇贝状,皮质菲薄,略显梭形膨胀,多有硬化,易累及骨皮质和出现葱皮状骨膜反应。少数呈斑点状溶骨性破坏,范围较广泛,诊断上应特别注意与骨髓炎或尤文氏肉瘤鉴别。病理所见肉芽组织中,可见大量嗜酸性细胞、淋巴细胞,同时可见组织细胞聚集、血管增多、壁厚,边缘部位为纤维组织,并见少量新生骨;④骨盆病变好发于髌臼上方的部分,可呈圆形溶骨性破坏,范围也较大,周边骨硬化显著,可呈单房或多房性,也可有斑点状孔骨。

3. 几种影像学对骨嗜酸性细胞肉芽肿的诊断价值,X 线平片对本病是首选的基本检查方法,多可解决一般诊断问题,但对复杂部位病灶的显示、对病变内部结构、周围软组织及脑膜、脊膜累及的显示远不如 CT。CT 能弥补平片对结构复杂部位病灶显示不清之不足,较准确地确定病变范围及邻近组织的关系,能发现平片无法显示的细小病灶及病变内部结构,而且能准确进行导向活检。MRI 对发现细小病灶的范围及累及周围组织的情况敏感,特别有利于显示脊柱的嗜酸性细胞肉芽肿以及其附件侵犯范围程度。

(1999-06-22 收稿)