

意显示膝关节的解剖结构, 而且还能客观显示半月板损伤程度、韧带损伤情况, 对隐匿性骨折的显示更具独到之处, 对膝关节损伤的诊断具有重要的临床意义, 为临床制定正确的治疗方案提供客观而详细的依据。

参考文献

1 Stoller DW, Martin C, Cruess JV, et al. Meniscal tears: pathologic correlation with MR imaging[J]. Radiology, 1987, 163(3): 731-735.

- Clyde AH, Alan L, WD Connors, et al. The absent bow tie sign in bucket-handle tears of the menisci in the knee[J]. AJR, 1998, 170(1): 57-61.
- De Smet A, Tuite MJ, Norris MA, et al. MR diagnosis of meniscal tears: analysis of cause of errors[J]. AJR, 1994, 163(6): 1419-1423.
- Yu JS, Cosgarea AJ, Kaeding CC, et al. Meniscal founce MR imaging[J]. Radiology, 1997, 203(2): 513-515.
- Yao L, Lee JK. Occult intraosseous fracture: detection with MR imaging[J]. Radiology, 1988, 167(3): 749-752.

(2000-05-17 收稿)

• 短篇报道 •

CT 导向经皮穿刺活检诊断左后下纵隔节细胞神经瘤一例

牟维海 赵泉 陈晓英

【中图分类号】R816.4, R734.5 【文献标识码】D 【文章编号】1000-0313(2001)03-0192-01

患者, 男, 33 岁, 以胸背部胀痛、双下肢酸软无力 1 年, 加重半月入院。体检: 一般情况良好, 胸廓对称, 无畸形, 浅表淋巴结未触及肿大。B 超: 肝、脾、胰腺及肾脏未见异常, 实验室检查: 血常规正常。

CT 检查

后下纵隔左侧脊柱旁沟相当于胸₁₁椎平面见 4cm×6cm 团块状软组织影。CT 值 24HU, 中心区见点状钙化影。边缘光滑, 有浅分叶, 与邻近组织分界清楚, 肿块以纵隔缘交角呈钝角, 肿块与隔角面交界面光滑(图 1), 隔角并向外侧方推移。相邻胸

椎肋骨未见骨质破坏增生。CT 诊断: 左后下纵隔神经源性肿瘤。行 CT 导向下经皮穿刺活检术。右侧卧位、左侧第 10 肋间隙、距后正中线 7cm 处定位, 局部麻醉, 水平向前进针约 4cm 达肿块 2/3 处, 负压吸引旋转抽吸涂片送病检(图 2)。病理诊断: 节细胞神经瘤。

手术及病理大体所见: 左侧胸₁₁椎旁见 5cm×7cm×10cm 大小肿块, 界限较清楚, 包膜完整质软, 表面不规则结节状, 邻近椎体无破坏, 椎间孔不扩大。切面灰白, 约呈漩涡及条索状。病理诊断: 节细胞神经瘤。

讨论

节细胞神经瘤是一种较少见的发生于交感神经节, 由节细胞和神经纤维组成, 占周围神经肿瘤的 3.75%, 小儿和成人均可发生见于后纵隔和腹膜后, 可分为孤立型、弥漫型。由 Eden 分为 4 型, 完全位于椎管内, 但部分在硬膜内、部分在硬膜外的肿瘤; 伴有椎管外伸延的硬膜内和硬膜外的肿瘤; 硬膜外和椎体旁(椎管外)的肿瘤; 神经孔内和神经旁的肿瘤。临床表现只有占位性压迫症状, 少数病理表现为胸腹胀、低血钙、皮肤红疹、慢性腹泻和衰竭的综合征, CT 表现, 一侧脊椎旁区呈圆形或椭圆形密度均匀肿块, 偶见钙化影, 常见椎管及椎间孔扩大, 表明肿瘤已伸入到椎管内形成所谓哑铃状肿块, 为胸内神经源性肿瘤特征性改变。但本例为椎体旁孤立型肿块, 无椎管及椎间孔扩大, 肿瘤以纵隔缘交角呈钝角, 肿瘤与隔角面交界面光滑, 隔角并向外侧方推移。据查阅文献, 实属罕见。并经皮 CT 导向下穿刺活检, 术前明确诊断, 为手术提供可靠依据。

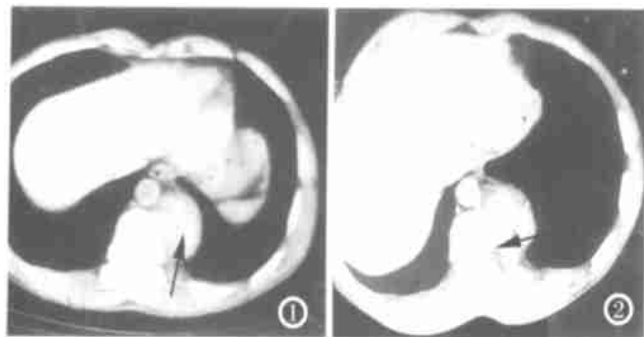


图 1 平扫所见, 后下纵隔左侧脊柱旁沟相当于胸₁₁椎平面见 4cm×6cm 团块状软组织影。图 2 CT 导向下穿刺达肿块 2/3 处, 负压抽吸涂片。

作者单位: 405400 重庆市开县人民医院

作者简介: 牟维海(1954-), 男, 重庆人, 主治医师, 主要从事外科工作。

(2000-11-13 收稿)