

别:MR检查在显示病变的形态、位置、范围与周围结构的关系等方面与CT类似^[3]。本病超声表现很具有特征性,通过多位切面可直接显示腹膜后纤维斑块,表现为腹主动脉周边被低回声包绕,可显示病变上下及其范围,可同时发现累及输尿管及引起的肾盂、输尿管积水,超声能以

非侵入性方法显示腹主动脉、下腔静脉及髂血管的血流信号以估计血管的狭窄程度。血管造影及螺旋CT三维成像可显示纤维组织对血管的压迫及侵蚀的程度。

参考文献

- 1 李国珍. 临床CT诊断学[M]. 北京: 中国科学技术出版社, 1994. 559.

2 范家栋, 谢敬霞, 宋志巍. 特发性腹膜后纤维化的CT诊断[J]. 中华放射学杂志, 1992, 26(11): 774-775.

3 Arrive L, et al. Malignant versus nonmalignant retroperitoneal fibrosis: differentiation with MR imaging[J]. Radiology, 1989, 172(2): 139-140.

(2002-01-25 收稿 2002-04-05 修回)

左后纵隔蝶螈瘤一例

• 病例报道 •

李秀芳 朱胜银 孟桂珍 肖秋玲

【中图分类号】R816.4, R734.5 【文献标识码】D 【文章编号】1000-0313(2002)06-0552-01

病例资料 患者,女,37岁。左胸痛1年,加重20d,伴胸闷、咳嗽。体检:气管右移,左肺叩诊为实音,呼吸音降低。胸片示左侧胸腔巨大囊实性肿块影,心影、气管向右移位(图1)。CT平扫:左胸腔肿块呈囊实性,约24cm×22cm×22cm大小(图2)。增强扫描:肿块实性部分轻度强化,并有条索状分隔,肿物与后侧胸膜分界不清,胸降主动脉右移(图3)。拟诊:①神经源性肿瘤;②肺癌;③恶性胸膜间皮瘤。

手术所见:全麻下行胸腔巨大肿瘤切除术,左胸腔内见有25cm×22cm×20cm巨大肿块,来自后纵隔脊柱旁,占据胸腔内4/5,上部为囊性,下部多为实性,与周围组织粘连,无淋巴结转移,剥离后完整切除。切开瘤体呈鱼肉状、胶冻样,并见条索结构及坏死组织。病理诊断:纵隔恶性外周性神经鞘瘤伴肌分化(蝶螈瘤)。

讨论 所谓“蝶螈瘤”(triton tumor),是指瘤组织内出现横纹肌肉瘤成分的恶性神经鞘瘤。多数为神经纤维瘤恶变的结果,仅少数是单发性恶性神经鞘瘤。从广义上来说,蝶螈瘤是指包含有神经性组织与骨骼肌两种成分的肿瘤。但按惯例,恶性蝶螈瘤(malignant triton tumor)仅指含有横纹肌肉瘤成分的恶性神经鞘瘤。这种混合成分的肿瘤最早在1932年由Masson描述,他认为肿瘤内的神经成分可导致向骨骼肌方向分化,同两栖类动物蝶螈中的正常神经也能向骨骼肌分化一样,故命名为“蝶螈瘤”。虽然许多研究否定此观点,但命名仍沿用至今。

恶性蝶螈瘤属罕见的高度恶性肿瘤,国内偶见个案报道^[2,4]。文献报道此病多见于30~40岁,以头颈和躯干多见,常伴有多发性神经纤维瘤。本病在影像上难以与平滑肌肉瘤等鉴别。定性诊断主要依靠组织病理和免疫组化测定。此肿瘤生长快,易在短期内复发及转移。该患者术后1个月复查左



图1 左侧胸腔巨大肿块影,纵隔气管明显右移。图2 CT平扫,左纵隔巨大囊实性肿块,包膜完整,其内密度不均匀,肺组织受压不张前移(箭)。图3 增强扫描,肿块实性部分轻度强化,并见条索状分隔,包膜更清晰(箭)。

肺组织膨胀,胸膜肥厚。术后8个月患者出现胸痛、胸闷、声音嘶哑。CT发现主动脉弓旁、后下纵隔出现软组织肿块,行第二次手术,术后行放疗、化疗,病灶继续长大,至11个月病灶占据大部分胸腔,行第三次手术,做姑息性切除。发现病灶14个月患者出现心包积液、心功能衰竭,于第15个月死亡。

参考文献

- 1 张天泽,徐光炜. 肿瘤学[M]. 天津: 天津科学技术出版社, 1996. 2089.
- 2 沈世明. 左乳房恶性蝶螈瘤一例[J]. 肿瘤, 1994, 14(6): 347.
- 3 陈仙芝, 陈长龄. 恶性“蝶螈”瘤[J]. 临床口腔医学杂志, 1996, 12(4): 230.
- 4 李建军, 等. 前列腺恶性蝶螈瘤一例[J]. 中华放射学杂志, 2000, 34(8): 537.

(2002-07-08 收稿 2002-08-06 修回)

作者单位: 252000 山东, 聊城市东昌府人民医院CT室
作者简介: 李秀芳(1968~), 女, 山东聊城人, 主治医师, 主要从事CT诊断工作。