

系统并不是真正意义上的 PACS。采集的有关资料也全部丢失,不能实现自动归并 PACS 的后续发展及支持均存在不可克服的障碍。  
 图像丢失了大量的信息。原始的 4096 级档。这些产品充其量仅对 DICOM 标准进行低层次转换及部分遵从方式,对 DICOM 标准无法完整的应用及理解。这些非标准

(2002-01-06 收稿)

## • 病例报道 •

## 骶骨动脉瘤样骨囊肿误诊一例

于学林 徐若华

【中图分类号】R814.4; R681.5<sup>+</sup>8 【文献标识码】D 【文章编号】1009-0313(2003)06-0453-01

动脉瘤样骨囊肿(aneurysmal bone cyst)是骨的良性肿瘤样病变,好发于四肢长骨,发生于其他部位较为少见<sup>[1]</sup>。本例发生在骶骨,现报道如下。

病例资料 女,19岁,左下肢间歇性疼痛半年,发现骶尾部肿物半月。查体:左侧骶尾部可触及 5cm×6cm 硬性隆起,轻度压痛,不活动,边界不清,与表面软组织无粘连。

X线检查:骶骨左侧可见 8cm×10cm×12cm 骨质破坏区,其内密度较均匀,未见骨性分隔,相应骶孔扩大,周边光滑无硬化,内缘未超越骶骨中轴线,外缘达骶骨关节面,上界达骶骨岬,下界达第 2 骶孔下方(图 1)。X线诊断:脊索瘤。CT检查:左侧骶骨骨质破坏区内除偏后方见少量残留骨质外(图 2),其余被密度均匀软组织肿物占据,CT 值为 28HU,且肿物前缘累及盆腔,邻近血管、神经受压前移,后缘穿破骨质与竖脊肌尚有清楚间隙,内缘累及骶管壁(图 3)。CT 诊断:脊索瘤可能性大。血管造影:左侧臀上动脉分支供应肿物,血管丰富,染色明显,考虑为恶性(图 4)。手术所见:左侧 1~4 骶骨背侧骨质变薄,有隆起,腹侧有 6cm×8cm×10cm 囊性暗红色肿物,囊壁完整,其内充满血液液体。病理诊断:骶尾部动脉瘤样骨囊肿。

讨论 目前公认为骨内局部血管发育异常是动脉瘤样骨囊肿的发病机制,主要为骨内动-静脉瘘、动静脉发育异常或静脉血栓形成使骨内静脉压力明显增高所致<sup>[2]</sup>。该病青少年多发,周海等<sup>[3]</sup>综述影像学表现一般分为始发、活跃、稳定和痊愈四个阶段。始发阶段病变呈边界清楚的溶骨区,伴骨膜不连续隆凸;活跃阶段病变迅速生长,伴有进行性骨破坏,呈特征性“吹泡状”;稳定阶段由于骨壳成熟,出现特征性的“皂泡”表现;愈合阶段则出现进行性钙化和骨化,形成致密骨块。与上述 4 个阶段相对应,本例属于始发阶段,无“吹泡状”、“皂泡”、“液-液平面”等典型表现,血管造影也未显示供血动脉增粗、对比剂在囊内血管腔滞留等征象,应与多发生于骶

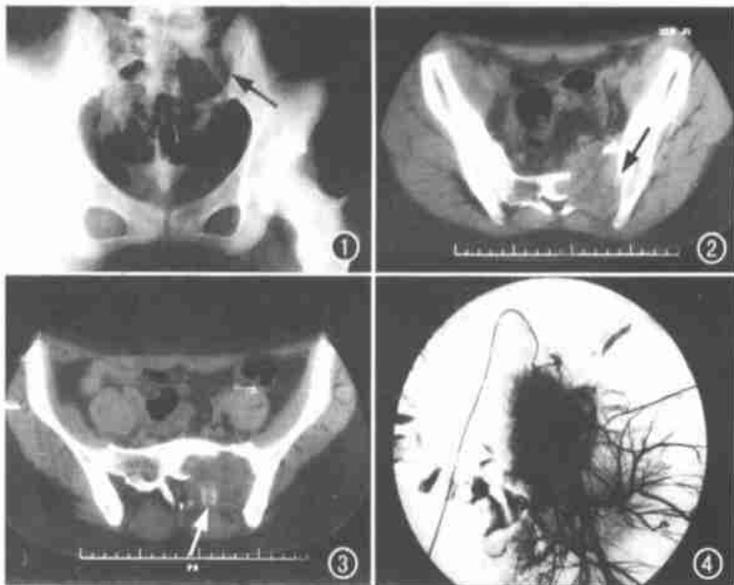


图 1 左侧骶骨溶骨性骨破坏(箭),边缘无硬化,第 1~2 骶孔扩大。图 2 骨破坏区内被密度均匀肿物占据,并侵及盆腔,邻近神经、血管受压,后缘穿破骨质,内缘侵及骶管左侧壁,外缘紧邻骶髂关节面(箭)。图 3 肿物后上方见少量残留骨质(箭)。图 4 肿物血管区血供丰富,染色明显。

骨的脊索瘤相鉴别。后者发生在骶尾部者年龄多为 50~60 岁,多侵犯 S<sub>2</sub> 以下的骶尾椎,表现为囊性膨胀性骨破坏,位于中轴线但可偏向一侧,半数病例可在骨破坏区内见散在分布的斑片状钙化影<sup>[4]</sup>,与本例表现有所不同。

## 参考文献

- 1 杨明,刘斌,储成凤. 少见部位动脉瘤样骨囊肿的影像学漏误诊分析[J]. 南京铁道医学院学报, 1999, 18(4): 277-278.
- 2 王为岗,曾辉,屈辉. 原发性与继发性动脉瘤样骨囊肿 CT 表现[J]. 实用医学影像杂志, 2001, 2(1): 1-3.
- 3 周海,廉宗. 动脉瘤样骨囊肿的概念、争论、临床及影像学表现[J]. 国外医学临床放射学分册, 1996, 19(6): 354-356.
- 4 吴恩惠. 医学影像诊断学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2001. 386-388.

(2003-01-02 收稿)

作者单位: 050082 石家庄, 白求恩国际和平医院放射科  
 作者简介: 于学林(1965-), 男, 天津宝坻人, 主治医师, 主要从事影像学诊断和消化道介入治疗工作。