

参考文献:

- [1] Worthy SA, Miller NL. Small airway diseases[J]. Radiol Clin North Am, 1998, 36(1): 163-173.
- [2] Lucidame O, Coche E, Cluze P, et al. Expiratory CT scans for chronic airway diseases: correlation with pulmonary function test results[J]. AJR, 1998, 170(2): 301-307.
- [3] Lucidame O, Grenier PA, Cadi M, et al. Evaluation of air-trapping at CT: comparison of continuous versus suspended-expiratory CT techniques[J]. Thorac Imaging, 2000, 216(9): 768-772.
- [4] Davies CWH, Tasker AD, Padley SPG, et al. Air-trapping in sarcoidosis on computed tomography: correlation with lung function[J]. Clin Radiol, 2000, 55(1): 217-221.
- [5] Hansell DM, Wells AV, Padley SPG, et al. Hypersensitivity pneumonitis: correlation of individual CT patterns with functional abnormalities[J]. Radiology, 1996, 199(4): 123-128.
- [6] Yang CF, Wu MT, Chiang AA, et al. Correlation of high-resolution CT and pulmonary function in bronchiolitis obliterans: a study based on 24 patients associated with consumption of Sauropus Androgynus[J]. AJR, 1997, 168(4): 1045-1050.
- [7] Park CS, Miller NL, Worthy SA, et al. Airway obstruction in asthmatic and healthy individuals: inspiratory and expiratory thin-section CT findings[J]. Radiology, 1997, 203(5): 361-367.

(2002-11-26 收稿 2003-01-02 修回)

肝脏恶性纤维组织细胞瘤一例

• 病例报道 •

陆毅, 任建宇, 宋国勇

【中图分类号】R814.42; R735.7 【文献标识码】D 【文章编号】1000-0313(2003)07-0482-01

病例资料 患者,男,61岁。右上腹间断隐痛不适伴乏力、消瘦2个月。查体:一般情况尚可,右上腹可触及包块。实验室检查:AFP及乙肝表面抗原均为阴性。B超:上腹部探及一实质性团块,内部回声不均,与肝脏关系密切,原发器官无法确定。CT平扫示肝脏右叶内见一约13.5cm×11.5cm×10.0cm略低密度区,边界模糊且轻度外突;增强见病灶呈混杂密度,其内有多处坏死及肝内结节。病变占据整个右叶和部分左叶,与腔静脉界限不清(图1)。活检标本证实为肝恶性纤维组织细胞瘤(图2)。患者行姑息化疗。

讨论 恶性纤维组织细胞瘤(MFH)是中老年较为常见的

软组织肉瘤。起源包括骨组织的间叶组织,因而可发生于任何部位。最好发于下肢,内脏少见而原发于肝脏者更为罕见^[1]。近年来国内外文献有散在报道^[1,2],仅发现1例报道为10岁儿童^[3]。患者多以腹部包块就诊,可有低热及乏力等。实验室检查AFP阴性。CT表现为肝脏巨大分叶状低密度肿块,边界清楚,增强后无明显强化效应。病理分型为:①轮辐状多形性;②粘液型;③巨细胞型;④炎性浸润型;⑤血管瘤样等5种类型^[4]。前两型通常为高度恶性,其它类型为低度恶性。

发生于肝脏者亦称肝脏恶性黄色肉芽肿,病灶多为较大单发,境界清楚,可引起腹部不适。术前临床及影像学表现很难与原发肝癌区分,但形态学上根据车轮状结构和细胞多形性以及免疫组化等不难做出诊断。本例由于临床症状及体征均无特异性,既往无慢性肝病史,AFP及乙肝表面抗原均为阴性,因而难以做出肝细胞癌的诊断。纤维板状肝癌亦因无典型的中心性疤痕亦被排除。

此病虽属罕见,但在肝脏大病灶的鉴别诊断中也应在考虑之列。对解剖学起源不明确的外生性病变更应特别注意。

参考文献:

- [1] Ferrozzi F, Bova D. Hepatic malignant fibrous histiocytoma: CT findings[J]. Clin Radiol, 1998, 53(3): 699-701.
- [2] 于波. 肝恶性纤维组织细胞瘤1例报告[J]. 中国综合临床, 1997, 13(6): 508.
- [3] 王岩, 杨海鹰. 肝脏恶性纤维组织细胞瘤一例[J]. 中华肝病杂志, 1999, 7(3): 182.
- [4] 董郡. 病理学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 1996. 956-958. (2003-01-14 收稿)

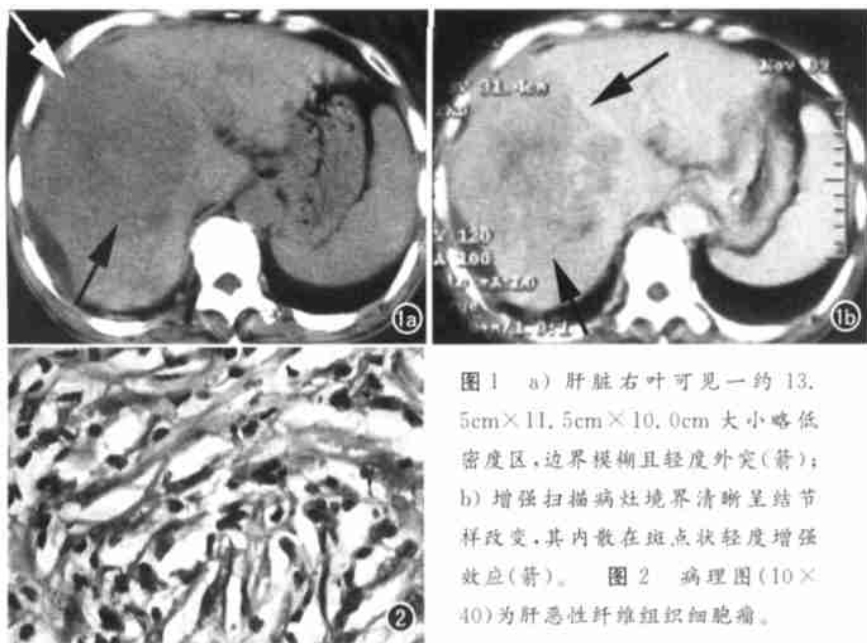


图1 a) 肝脏右叶可见一约13.5cm×11.5cm×10.0cm大小略低密度区,边界模糊且轻度外突(箭); b) 增强扫描病灶境界清晰呈结节样改变,其内散在斑点状轻度增强效应(箭)。图2 病理图(10×40)为肝恶性纤维组织细胞瘤。

作者单位: 050041 石家庄, 解放军第260医院放射科

作者简介: 陆毅(1956~), 女, 北京人, 副主任医师, 硕士研究生, 主要从事腹部及骨关节系统影像诊断工作。