

- [3] Morse BJ, Ebraheim NA, Jackson WT. Preoperative CT determination of angles for sacral screw placement[J]. Spine, 1994, 19(5): 604-607.
- [4] Ebraheim NA, Jabaly G, Xu R, et al. Projection of the thoracic pedicle and its morphometric analysis[J]. Spine, 1997, 22(3): 233-238.
- [5] Misenhimer GR, Peek RD, Wiltse LL, et al. Anatomic analysis of pedicle cortical and cancellous diameter as related to screw size[J]. Spine, 1989, 14(4): 367-372.
- [6] Vaccaro AR, Rizzolo SJ, Balderston RA, et al. Placement of pedicle screws in the thoracic spine. Part II: an anatomical and radiographic assessment[J]. J Bone Joint Surg Am, 1995, 77(8): 1200-1206.
- [7] 翁习生, 邱贵兴, 张嘉, 等. 椎弓根内固定技术的并发症分析[J].

中国医学科学院学报, 2002, 24(3): 294-297.

- [8] Krag MH, Weaver DL, Beynon BD, et al. Morphometry of the thoracic and lumbar spine related to transpedicular screw placement for surgical spinal fixation[J]. Spine, 1988, 13(1): 27-32.
- [9] Weinstein JN, Spratt KF, Spengler D, et al. Spinal pedicle fixation: reliability and validity of roentgenogram-based assessment and surgical factors on successful screw placement[J]. Spine, 1988, 13(9): 1012-1018.
- [10] Farber GL, Place HM, Mazur RA, et al. Accuracy of pedicle screw placement in lumbar fusions by plain radiographs and computed tomography[J]. Spine, 1995, 20(13): 1494-1499.

(收稿日期: 2003-11-03 修回日期: 2003-12-20)

• 病例报道 •

纵隔恶性组织细胞病一例

郭晓东, 任建, 王文献, 孙清荣

【中图分类号】R812.12; R445.2; R734.5 【文献标识码】D 【文章编号】1000-0313(2004)05-0326-01

恶性组织细胞病多始发于面部中线器官, 可侵犯肺、肾和其它脏器。文献报道有胃肠型、神经型、慢性型以及肺部疾病为首发的类型^[1]。现报道经手术、病理和免疫组化证实的前纵隔恶性组织细胞病 1 例。

病例资料 患者, 女, 23 岁。半个月前患者无明显诱因出现胸、背疼痛, 以夜间疼痛为重, 伴盗汗。无畏寒、发热及其它症状。查体: 体温 36.7℃, 脉搏 103 次/分, 血压 113/75 mmHg(1 mmHg=0.133 kPa); 全身皮肤无黄染及出血点。浅表淋巴结无肿大; 双肺呼吸活动度均等, 呼吸音清, 未闻及干湿音; 胸骨左缘第 2~3 肋间可闻及 II 级吹风样收缩期杂音。血沉 75 mm/h, 血常规 RBC $4.18 \times 10^{12}/L$, WBC $11.5 \times 10^9/L$, N 0.113, L 0.887, PLT $360 \times 10^9/L$ 。胸片示前中纵隔肿瘤或肿瘤样病变。心脏彩超提示: ①右心房、心室增大; ②房间隔缺损; ③心包积液。CT 诊断: 前纵隔恶性胸腺瘤伴纵隔淋巴结、心包转移; 少量胸腔积液(图 1)。MRI 平扫: 前上纵隔区可见较大的团块状异常信号影, 病灶形态不规则, 边界清楚, 平扫 T₁WI 呈稍亮信号, 增强后见病灶不均匀强化, 纵隔血管明显受压向后移位, 病灶有向颈部生长的趋势, 考虑为纵隔肿瘤(图 2)。临床诊断: ①前纵隔



图 1 CT 示前中纵隔占位性病变, 大血管管向后受压移位, 病灶和纵隔结构分界不清, CT 值 27 HU, 右侧胸腔积液(箭)。

图 2 MRI 增强 T₁WI 示前中纵隔病灶呈不均匀强化, 其内可见片状无强化区, 纵隔大血管明显受压。

恶性胸腺瘤, 不排除淋巴瘤; ②先天性心脏病, 房间隔缺损; ③心包积液。行肿瘤

大部切除术, 病理学检查见纵隔肿瘤组织多灶性片状坏死, 多量嗜酸性粒细胞、淋巴细胞及异形组织细胞样瘤细胞及纤维组织, 结合免疫组化支持恶性组织细胞病的诊断。

讨论 恶性组织细胞病是单核-巨噬细胞异常增生的恶性疾病, 临床主要表现为高热、肝、脾、淋巴结肿大, 进行性贫血, 全血细胞减少。骨髓涂片见从原始至成熟的异常组织细胞。病因不清, 可能与 T 细胞淋巴瘤、自身免疫和病毒感染等有关。Wilson 等^[2]指出恶性组织细胞病绝大多数为淋巴瘤, 免疫标志有确诊的价值。病变主要累及造血组织, 亦可侵犯非造血组织, 如心脏、浆膜腔、神经系统、皮肤、肺和消化系统。恶性组织细胞病的诊断除典型的临床表现外, 还应结合细胞学和免疫组化资料。本病例临床表现、实验室指标及发病部位均不典型, 实属罕见, 影像学表现为前、中纵隔内占位性病变, 尚有心包和胸膜等的广泛侵犯, 病变发展较快, 表现为恶性占位征象, 最终诊断需依靠病理学检查。

参考文献:

- [1] 孙家璐, 孙常升. 恶性组织细胞病的临床诊断(附 4 例分析)[J]. 实用肿瘤学杂志, 1994, 9(2): 117-118.
- [2] 陈朝仕, 王世洞, 林修基. 恶性组织细胞病现代概念[J]. 临床血液学杂志, 1994, 7(4): 176-178.

(收稿日期: 2003-08-11 修回日期: 2003-10-15)

作者单位: 401320 重庆, 巴南区人民医院放射科(郭晓东、任建); 400037 重庆, 第三军医大学附属新桥医院放射科(王文献、孙清荣)

作者简介: 郭晓东(1967-), 男, 重庆人, 主治医师, 主要从事影像诊断工作。