

学影像技术, 2003, 19(1): 10-12.

- [4] 许开喜. CT对超急性大脑中动脉梗塞诊断[J]. 中外医用放射技术, 2000, 7(6): 84-85.
- [5] Lev MH, Farkas J, Gemmete JJ, et al. Acute Stroke: Improved Non-Enhanced CT Detection Benefits of Soft-Copy Interpretation by Using Variable Window Width and Center Level Settings[J]. Radiology, 1999, 213(1): 150-155.

- [6] 邵永良, 韩振明, 王金林, 等. 大脑中动脉高密度征意义初探[J]. 实用放射学杂志, 1998, 14(3): 150-152.
- [7] Von Kummer R, Meyding-Lamade U, Forsting M, et al. Sensitivity and Prognostic Value of Early Computed Tomography in Middle Cerebral Artery Trunk Occlusion[J]. AJNR, 1994, 15(1): 9-15.

(收稿日期: 2005-03-29 修回日期: 2005-06-06)

## 胸腺类癌一例

## · 病例报道 ·

何广友, 邹诚实

【中图分类号】R814.42 【文献标识码】D 【文章编号】1000-0313(2005)08-0710-01

**病例资料** 患者, 女, 45岁。1周来无明显诱因心慌、气促, 伴有发热( $T38^{\circ}\text{C}$ )、声音嘶哑。体征: 两肺呼吸音粗, 胸部叩诊浊音, 右侧颈部肿胀, 胸部平片发现右侧胸膜腔中等量积液。右侧胸膜腔穿刺抽吸胸水 600 ml 后, 放置引流管, 引流出胸水 1000 ml 后胸水减少, 最后基本吸收, 患者症状改善。实验室检查: RBC  $3.09 \times 10^{12}/\text{L}$ , WBC  $9.88 \times 10^9/\text{L}$ , 中性粒细胞 0.756、血沉 36 mm/h。胸水脱落细胞检查阴性。骨髓穿刺提示感染存在。B 超示两侧胸腔积液, 肝、胆、脾、胰未见明显异常。

CT 扫描示胸腔入口层面气管及食管右侧缘一肿块影, 直径约 3 cm, CT 值约 67 HU, 气管及食管受压左移, 中上纵膈影增宽, 纵膈内可见大量软组织密度影, 密度不均, 相互融合成团, 大血管间隙结构不清, 双侧中等量胸腔积液(图 1), 增强扫描病灶有强化。CT 诊断: 纵膈恶性病变, 考虑来源于胸腺, 侵袭性胸腺瘤可能性大, 不排除淋巴瘤。

3 天后 CT 引导下穿刺活检取 2 块组织送病理检查。穿刺组织脆而易碎, 见少量核小而圆的细胞, 呈条索状、腺管状、巢团状, 可见红染或透亮胞浆, 似内衬上皮细胞, 夹杂粘液变性水肿组织及纤维性渗出物。免疫组化: 嗜铬粒蛋白和细胞角蛋白(III), 神经元特异性烯醇化酶、突触素和甲状腺特异性转录因子-1(-), 5-羟色胺(+), 病理诊断: 胸腺来源类癌(图 2)。

**讨论** 类癌好发于内胚层起源的脏器, 最常见于消化道, 发生于胸腺的极少见, 约占前纵膈肿瘤的 7%<sup>[1]</sup>。由于此癌的组织学形态和生物学特性与胸腺瘤相似, 故曾被错误地命名为胸腺瘤的变型。直至 1972 年, Rosai 等首次将其单独分列出来, 命名为胸腺类癌(现称胸腺神经内分泌癌)<sup>[2]</sup>。

胸腺类癌可能是胸腺组织中具神经内分泌功能的 Kulshchitzky 细胞发生<sup>[2,3]</sup>。文献报道约 50% 胸腺神经内分泌癌合并内分泌功能异常, 包括 Cushing 综合征、多发性肌炎、多发性内分泌瘤病、抗利尿激素分泌异常、多发性关节炎、心包炎、副瘤综合征等, 但胸腺神经内分泌癌很少合并类癌综合征<sup>[1,2]</sup>。产生类癌综合征的主要物质是血清素和缓激肽, 此外组胺也参与部分作用。这些活性物质随血流经过肝脏和肺后被氧化灭活, 其终末代谢产物 5-羟吲哚乙酸大部分随尿排出。尿中 5-羟

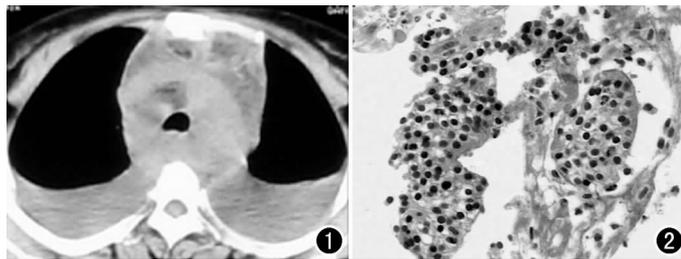


图 1 CT 示纵膈内大量软组织密度影, 密度不均, 相互融合成团, 大血管间隙结构不清。图 2 病理检查示癌细胞核小而圆, 可见红染或透亮胞浆, 呈条索状、腺管状、巢团状分布。

吲哚乙酸含量显著增高, 对诊断类癌有一定价值。

胸腺神经内分泌癌术前确诊困难, 特别是未合并内分泌功能异常者, 常与胸腺瘤较难鉴别。其症状无特异性, 胸部影像学仅显示前上纵膈肿块影, 术前易误诊。胸腺神经内分泌癌呈浸润性生长, 心包、膈神经、上腔静脉、肺组织均可直接受侵犯<sup>[1,2]</sup>, 还可伴胸腔积液。术前 CT 检查有助于了解肿瘤周围脏器受侵程度。肿瘤容易复发和发生胸外转移(约 20%~30%), 常见转移部位为皮肤、骨、淋巴结和肾上腺。

胸腺神经内分泌癌的诊断有赖于术后病理光镜、电镜及免疫组织化学检查。光镜下可见嗜银颗粒染色阳性, 电镜检查细胞浆内有内分泌颗粒, 免疫组织化学检查可有低分子角蛋白反应阳性, 50% 有上皮膜抗体, 神经特异性烯醇化酶存在于神经内分泌颗粒膜的中间部分, 对鉴别有神经内分泌功能的类癌更可靠。此外类癌可与 5-羟色胺、生长激素、血浆凝血激酶等任何一种神经肽类激素发生免疫反应, 胸腺瘤则无以上各种反应。

### 参考文献:

- [1] Olivier T, Andrew GN, Georges L, et al. A Clinicopathologic Study of 12 Neuroendocrine Tumors Arising in the Thymus[J]. Chest, 2003, 124(1): 141-146.
- [2] Rosai J, Higa E. Mediastinal Endocrine Neoplasm of Probable Thymic Origin, Related to Carcinoid Tumor[J]. Cancer, 1972, 29(11): 1061-1074.
- [3] 林皓, 赵珩, 黄偶麟. 原发性胸腺神经内分泌癌的诊断和治疗(附 3 例报告)[J]. 中华实用医药杂志, 2003, 3(18): 1725-1726.

(收稿日期: 2004-09-13 修回日期: 2004-12-06)

作者单位: 315300 浙江, 慈溪市中医医院放射科

作者简介: 何广友(1968-), 男, 安徽贵池人, 主治医师, 主要从事胸部 CT 的影像诊断工作。