[5] Wilson ARM. Definitive Non-surgical Breast Diagnosis: the Role of the Radiologist[J]. Clin Radiol, 1998, 53(2): 81-84.
[6] Parker SH, Lovin JD, Jobe WE, et al. Stereotactic Breast Biopsy with a Biopsy Gun[J]. Radiology, 1990, 176(3): 741-747.
[7] Jackman RJ, Nowels KW, Rodriguez-Soto J, et al. Stereotactic, Automated, Large Core Biopsy of Nonpalpable Breast Lesions: False-negative and Histologic Underestimation Rates after Follow-up[J]. Radiology, 1999, 210(3): 799-805.
[8] 彭东红，李莹，马捷，等. 严格掌握适应症是提高乳腺不可扪及病变 X 线立体定位核芯针活检及定位针置入切取活检成功率的保证[J]. 临床放射学杂志，2004，23(5)：386-389.
[9] Parker SH, Stavros AT, Dennis MA. Needle Biopsy Techniques [J]. Radio Clin North Am, 1995, 33(6): 1171-1181.

（收稿日期：2005-04-28 修回日期：2005-07-18）

·病例报道·

胰腺囊实性乳头状瘤二例

张学庆，张明杰

【中图分类号】R814.42；R445.2 【文献标识码】D 【文章编号】1000-0313(2006)01-0084-01

胰腺囊实性乳头状瘤是一种较为少见的低度恶性肿瘤。笔者搜集 2 例，均经手术病理证实，现报道如下。

病例资料 病例 1，女，13 岁，发现右上腹肿物 3 天来诊。查体：右上腹稍隆起，腹软，右上腹可扪及 7 cm×7 cm 大小的肿物，质韧，边界清，无压痛，表面光滑，活动度差。彩超示右上腹低回声占位。CT 示肝胃之间右肾前方类圆形混杂密度病变（图 1a），其内侧与胰体关系较密切，病变边缘光滑，与右肾上腺关系不大，拟诊为腹膜后占位。MR 上病变呈长 T_1、长 T_2 及等 T_1、等 T_2 异常信号，拟诊为腹膜后占位可能性大（图 1b）。

手术所见：肿瘤位于腹膜后，约 8 cm×7.5 cm，于十二指肠内侧突入腹腔，与十二指肠、胰腺及脾动脉附近血管粘连，包膜尚完整，边界清，活动差，见肿瘤根部位于脊柱旁。病理诊断：胰腺囊实性乳头状肿瘤伴出血坏死（图 1c）。

病例 2，女，30 岁，发现上腹部肿物 10 余天来诊。查体：右上腹可触及一约 13 cm×12 cm×10 cm 大小的肿物，边界清，活动度差，无压痛。CT 示胰头区类圆型略低密度灶，边缘有钙化，病变略有强化，其内坏死部分未见强化，胰头正常结构消失（图 2）。拟诊为胰头或腹膜后占位可能性大。手术证实为胰头部巨大肿瘤。病理诊断：胰头部囊实性假乳头状肿瘤，为交界性肿瘤，伴出血坏死和囊性变。

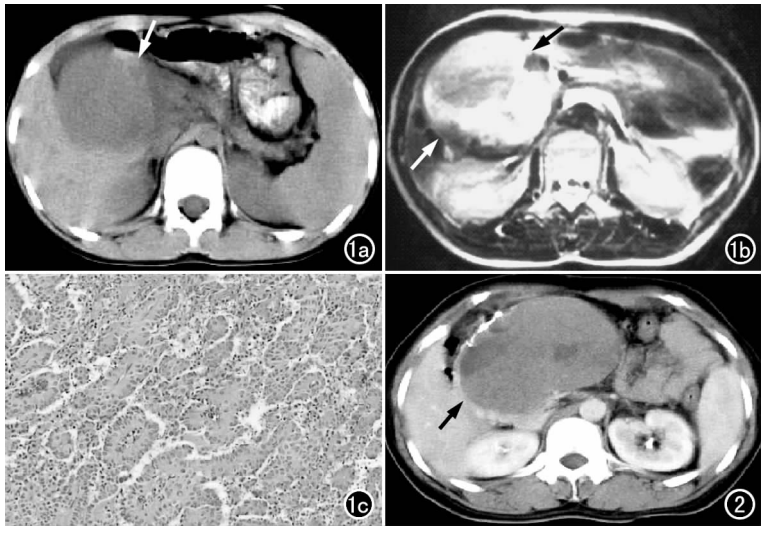

图 1 a) CT 示肝胃之间胰体右侧见类圆形软组织密度影，边界清楚（箭）；b) MRI T_2WI 示右肾前方胰体右侧较大类圆形囊实性信号影（箭）；c) 镜下示瘤细胞排列成假乳头结构，瘤细胞大小较一致（×200，HE）。 **图 2** CT 增强扫描示胰头区类圆形略低密度灶略有强化（箭）。

讨论 胰腺囊实性乳头状瘤是一种少见的低度恶性肿瘤，好发于年轻妇女。临床上，患者多以腹部肿块或腹痛就诊[1]。有关其组织学起源，目前争议颇多。有学者倾向于外分泌和神经内分泌起源。该瘤生长缓慢，预后较好，多数患者在肿瘤全切后可生存多年，但仍具有复发和转移倾向。肿瘤可发于胰腺各部，以体尾部多见。肿块多呈卵圆形，境界清楚，有纤维包膜，多向胰外生长。肿瘤内可出现出血、坏死、囊变钙化[2]。肿瘤虽具有上述特点，但术前定性仍很困难。需与胰腺其他肿瘤及原发于腹膜后的肿瘤相鉴别。

作者单位：272200 山东，金乡县人民医院 CT、MRI 室
作者简介：张学庆（1970－），女，山东金乡县人，主治医师，主要从事 CT 与 MRI 诊断工作。

参考文献：

[1] 周康荣. 腹部 CT[M]. 上海：上海科学技术出版社，1993. 125.
[2] 章士正，谭华桥，邓丽萍. 胰腺囊实性乳头状上皮性肿瘤的 CT、MRI 诊断[J]. 中华放射学杂志，2003，37(10)：937-938.

（收稿日期：2005-06-02 修回日期：2005-07-08）