

颈部恶性副神经节瘤并多处转移一例

杨友, 韩丹, 胡茂清, 何茜

【中图分类号】R814.42; R739.91 【文献标识码】D 【文章编号】1000-0313(2006)02-0210-01

病例资料 患者,女,33岁,因颈部包块16年,腰痛2年,加重半月就诊。查体:右颈部扪及约8 cm×7 cm×15 cm包块和右眼眶上方鸽蛋大小包块,无压痛,质硬,边界不清,活动差。L₃、L₄椎体旁叩击痛。

患者于1988年4月发现右颌下包块,约核桃大小,无压痛,伴有头晕、头痛、耳鸣、睡眠差。1992年10月就诊,术中诊断为血管瘤,未切除。术后伤口愈合良好,但颌下包块继续增大如鸡蛋大小,偶有晕厥。1994年3月行血管造影,诊断为右颈动脉瘤并动静脉瘘,右颈内外动脉起始部血管畸形,未作治疗。1995年11月又发现右眼眶上方包块并在耳鼻喉科取活检,病理诊断为右侧额窦区骨组织化学感受器瘤。

腰椎CT示L₃椎体多处溶骨性骨质破坏,伴软组织密度灶,病灶向后部分突入椎管内,硬膜囊受压,腰大肌未受累(图1)。CT导向下行L₃椎体穿刺取材活检,病理及免疫组化诊断为L₃椎体副神经节瘤。

颈根部至眼眶螺旋CT平扫加增强检查示右侧颈鞘区和右侧眼眶内及右侧额部见不规则软组织肿块,明显推移周围组织,右侧眼眶内、上壁及额窦壁膨胀性破坏,增强扫描病灶明显强化(图2、3)。颈根部至眼眶的CT血管造影较直观的显示血管与病变的关系(图4)。

讨论 副神经节瘤是起源于胚胎原始神经嵴的一种神经内分泌肿瘤,属APUD系统范畴。颈部副神经节瘤又称化学感受器瘤,以颈动脉体瘤和颈静脉球瘤最常见。该肿瘤绝大多数为良性,恶性发生率仅为8%~15%,其良、恶性组织形态特征无明显区别,单纯根据组织形态很难判断肿瘤的生物学特性。因而,大多数学者认为副神经节瘤的预后判定应将手术所见及临床资料置于首位,如包膜是否完整,周围组织有无侵犯及转移等,而组织学改变则退为预后判定的第二位。组织学分化高并不能判定为良性,细胞异型性明显,核分裂像多见,侵犯包膜及大片瘤细胞坏死则高度提示恶性可能。该肿瘤细胞增长较慢,倍增时间约为4.2年^[1]。本例患者病程较长,自有自觉症状至出现L₃椎体转移有十余年。近年研究表明,椎体副神经节瘤非常少见,而发生于腰椎更为罕见,本例在CT导向下穿刺活检,才得以确诊。副神经节瘤为富血供病灶,CT增强扫描强化明显。文献^[2]报道DSA可准确显示肿瘤供血动脉,肿瘤血管细节及病变与血管整体关系,明显优于其他影像学检查,为鉴别诊断和临床治疗提供了重要细节。本例于1994年3月即依靠DSA作出了诊断。高分辨力CT及动态增强扫描技术诊断亦有较高的准确性。CT检查无创伤,危险性小,患者易于接

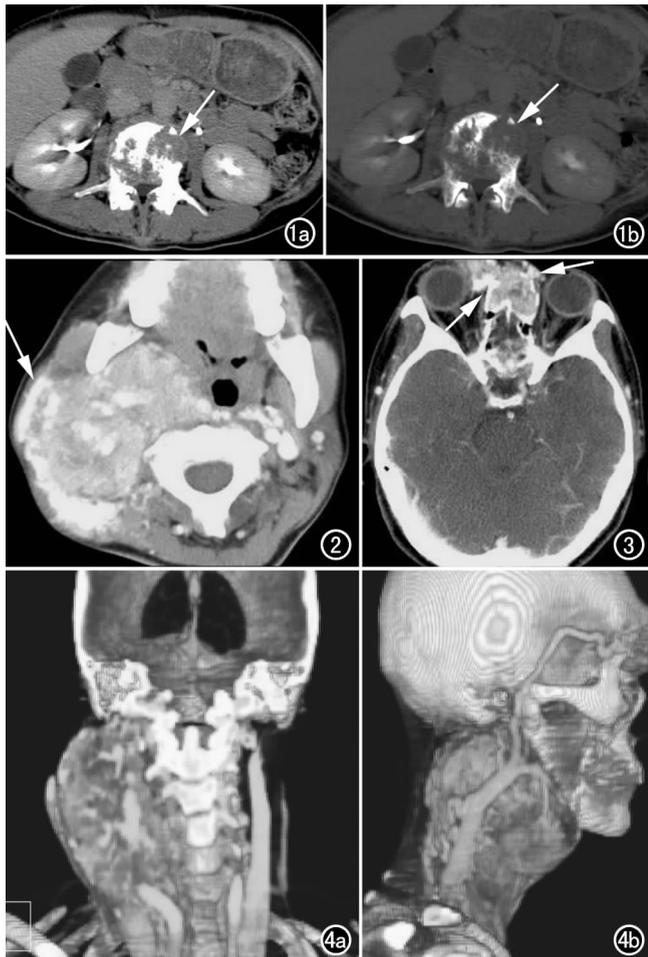


图1 CT示L₃椎体多处溶骨性骨质破坏(箭),伴软组织密度灶,病灶向后部分突入椎管内,硬膜囊受压。a) CT增强延迟期; b) 骨窗。图2 右颈动脉鞘区巨大、不规则软组织肿块(箭),边界清楚,明显强化,肿块内及周围迂曲和散在结节状强化血管影。图3 右眼眶及筛窦内明显强化软组织密度影(箭),右眼眶壁及筛窦骨质破坏。图4 颈根部至眼眶的CTA。a) 后面观; b) 侧面观。

受,而且多层螺旋CT的多平面重组和CT血管重组,可较清楚的显示血管与病变的关系,因此在血管造影之前可以先行CT检查。

手术是治疗副神经节瘤唯一有效的方法,一旦确诊为此类肿瘤应争取早期手术。颈动脉体瘤手术的风险主要在于它同颈动脉分叉的粘连和瘤体本身血运极丰富,颈动脉结扎可导致偏瘫和死亡的高发生率。本例因始终未完整切除,肿瘤呈进行性增大,且发生恶变、转移。放疗大多针对术后复发或肿瘤较

作者单位:650032 昆明,昆明医学院第一附属医院 CT室

作者简介:杨友(1977-),女,湖南宁乡人,硕士研究生,主要从事CT诊断工作。

大无法手术切除的患者。Elshaikh 等^[3]对头颈部复发性副神经节瘤放疗与手术治疗的结果对比发现,原发和复发肿瘤对放疗较敏感。

参考文献:

[1] Jansen JC, Vanden Berg R, Kuiper A, et al. Estimation of Growth Rate Patients with Head and Neck Paragangliomas Influences the Treatment Proposal[J]. Cancer, 2000, 88(12):2811-2816.

[2] 赵卫, 李莉媛, 孙学进, 等. 颈部副神经节瘤的 DSA 诊断研究(附 17 例分析)[J]. 中华放射学杂志, 2000, 34(2):98-100.

[3] Elshaikh MA, Mahoud Ahmed AS, Kinney SE, et al. Recurrent Head and Neck Chemodectomas: a Comparison of Surgical and Radiotherapeutic Results[J]. Int J Radiat Oncol Biol Phys, 2002, 52(4):953-956.

(收稿日期:2005-04-13 修回日期:2005-05-19)

· 病例报道 ·

卵巢卵泡膜细胞瘤误诊一例

李胜军, 刘宁, 朱晓映

【中图分类号】R814.42; R737.31 【文献标识码】D 【文章编号】1000-0313(2006)02-0211-01

本院收治 1 例卵巢肿瘤患者, CT 及临床都曾误诊, 现报道如下。

病例资料 患者, 女, 68 岁。因胆囊结石行腹腔镜胆囊摘除术发现腹腔有淡黄色腹水约 300~500 ml, 向下探查见右侧卵巢有约拳头大小肿块, 当时未做处理。术后转入妇科。查体: 右下腹压痛(+), 左侧附件区可扪及包块, 质硬, 边界清楚, 形态不规则。子宫大小正常, 质软。

CT 平扫: 盆腔见巨大实性肿块, 大小约 12 cm×10 cm×9 cm, 分叶状, CT 值 26~68

HU, 其内可见斑块样钙化(351 HU)及可疑脂肪密度(-38 HU)。肿块边界清楚, 四周均可见液性密度影, 膀胱及邻近肠管受压推移, 子宫大小形态正常; 膀胱充盈良好, 壁光整; 盆腔内及腹股沟均未见肿大淋巴结(图 1、2)。患者拒行增强扫描。CT 初诊: 盆腔肿瘤样占位(良性), 考虑畸胎瘤。

术中所见: 右侧卵巢色白, 如男拳大小, 表面凸凹不平, 与周围组织无粘连; 抽吸腹水 250 ml, 子宫大小正常, 左侧卵巢、输卵管正常。行子宫加右侧附件切除术。术中诊断: 卵巢纤维瘤。腹水细胞学检查: 大量成团间皮细胞及部分淋巴细胞, 未见瘤细胞。病理诊断: (右侧) 卵巢卵泡膜细胞瘤。

讨论 卵泡膜细胞瘤(ovarian theca cell tumor)又称卵泡膜瘤, 为性索间质肿瘤中的一种少见细胞类型。多数发生于绝经期前后妇女, 为良性肿瘤, 多无内分泌症状, 部分肿瘤可分泌雌激素, 导致绝经后妇女出现阴道流血。文献报道有 2% 患者甚至可出现男性化。肿瘤增大时, 可引起压迫症状和胸、腹水, 称梅格综合征(Meig syndrome)。多为单侧卵巢发病, 大小不一, 大者如胎头, 小者如土豆, 包膜完整而光滑, 多呈圆形或卵圆形, 质硬而实。病理切面为白色夹杂淡黄色, 呈旋涡状结构,

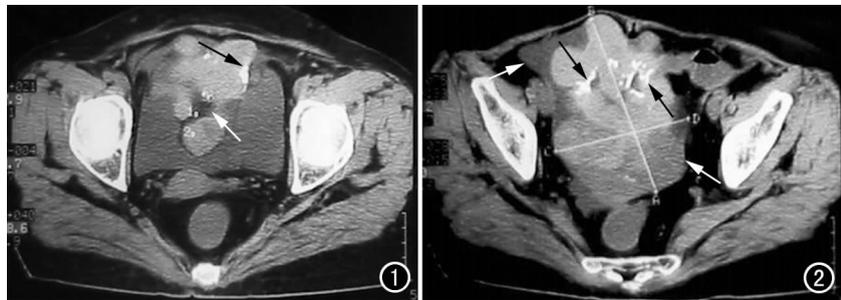


图 1 肿块内见钙化(黑箭)及脂肪密度灶(白箭)。子宫形态正常。图 2 肿块巨大, 呈实性, 包膜完整, 内见片条状钙化(黑箭), 周围见腹水(白箭)。

似纤维瘤。少数可有囊变, 甚至钙化^[1]。CT 表现为均质软组织密度肿物, 少数可有部分囊变、出血、坏死或钙化, 肿物边缘清楚。B 超常呈均质低回声, 后方明显声衰减以至后壁不能显示为较具有特征性的表现。MRI 于 T₁ 及 T₂ 加权像肿物信号均低于肌肉, 但也可因其内结构不同而信号不均^[2]。

CT 误诊为畸胎瘤是由于其内有可疑脂肪密度, 结合其内的钙化, 为卵巢肿瘤中常见的畸胎瘤的特征征象。但本例基本为实性密度, 囊性密度甚少。而良性畸胎瘤以囊性为主, 实性成分越多常提示恶性程度越高。因其外观色白, 质硬, 包膜光整, 形态与纤维瘤极其相似。该瘤 CT 表现无特异性, 确诊主要依据病理检查。另外, 该瘤还需与平滑肌瘤及少见的颗粒细胞瘤、无性细胞瘤等相鉴别。

参考文献:

[1] 陈忠年, 沈铭君, 郭慕依, 等. 实用外科病理学[M]. 上海: 上海医科大学出版社, 1997. 562.

[2] 李松年, 唐光健. 现代全身 CT 诊断学[M]. 北京: 中国医药科技出版社, 1999. 1106.

(收稿日期:2005-06-03 修回日期:2005-07-06)

作者单位: 432400 湖北, 应城市中医院 CT 室

作者简介: 李胜军(1979-), 男, 湖北通山人, 医师, 主要从事临床 CT 诊断工作。