

219-220.

- [2] 王忠诚. 王忠诚神经外科学[M]. 武汉:湖北科学技术出版社, 2004. 37-38.
- [3] Malson C, Pruvo JP, Meder JF, et al. Spinal Cord Infarction: Clinical and Magnetic Resonance Imaging Findings and Short Term Outcome[J]. Neurol Neuro-surg Psychiatry, 2004, 75(10): 1431-1435.
- [4] 张劲松, 宦怡, 张光运, 等. 扩散加权成像在脊髓梗死中的应用[J]. 中华放射学杂志, 2005, 39(12): 1247-1251.
- [5] Kuker W, Weller M, Klose U, et al. Diffusion Weighted MRI of Spinal Cord Infarction: High Resolution Imaging and Time Course

of Diffusion Abnormality[J]. Neurology, 2004, 251(7): 818-824.

- [6] Burdette JH, Ricci PE, Petitti N, et al. Cerebral Infarction: Time Course of Signal Intensity Changes on Diffusion-weighted Images [J]. AJR, 1998, 171(4): 791-797.
- [7] 鱼博浪. 中枢神经系统 CT 和 MR 鉴别诊断[M]. 西安:陕西科学技术出版社, 2005. 623.
- [8] 前原忠行. 脊椎脊髓 MRI[M]. 沈阳:辽宁科学技术出版社, 2005. 288-296.
- [9] 史玉泉. 神经病学新理论与新技术[M]. 上海:上海科技教育出版社, 1998. 422-433.

(收稿日期:2006-04-03 修回日期:2006-09-07)

肠系膜恶性纤维组织细胞瘤一例

· 病例报道 ·

杨复宾, 周珉, 陈方

【中图分类号】R814.42; R735.4 【文献标识码】D 【文章编号】1000-0313(2007)01-0027-01

病例资料 患者,男,62岁,因间断性腹胀1个月,腹痛1天入院。1个月前患者无明显诱因出现腹胀,呈间断性,进食后加重,无烧心、反酸、嗝气、呃逆及腹痛。入院前一天出现腹痛,以上腹部为主,呈钝痛,无放射。患者自发病以来,食欲可,睡眠尚好,无消瘦、乏力;既往有高血压、脑梗死病史3主年,无心脏病、糖尿病病史。查体:中上腹可触及一15 cm×8 cm质硬肿物,边界不清,表面不光滑,呈结节状,有触痛,活动度差。患者无腹壁静脉曲张,双下肢无浮肿,余未见异常。

超声检查:中下腹可见大小约14.7 cm×9.8 cm不规则实质性低回声区,边界尚清,其内可见片状不规则无回声区,与胰腺分界不清;彩色多普勒血流成像示其内可见条带状血流信号。超声报告:中上腹实性占位病变伴部分液化,建议进一步检查。

CT 检查:腹腔内胰腺前方、肠间隙内可见异常软组织肿块,大小约为16 cm×8 cm,边缘较清楚,可见多个分叶,其内密度不均,可见多发点状高密度及片状低密度影(图1a),CT值为16~41 HU。肿块与周围肠管分界不清,肠管未见扩张及积液征象。腹前壁受压向前突出。增强后腹腔内肿块呈明显不均匀强化,其内低密度影无强化,显示更加清晰(图1b)。腹膜后未见肿大的淋巴结影。

手术所见:腹腔内有少量血性腹水,约200 ml。距回盲部约120 cm小肠系膜处可见约15 cm×10 cm×10 cm肿物,质中等,表面不规则,有包膜。肿物侵及邻近小肠,并且与横结肠、胃前壁紧密粘连。肝脏,腹壁及盆腔未见转移结节。

免疫组化:波形蛋白 Vim(++) ,溶菌酶 Lys(+),巨细胞抗体 CD68(++),平滑肌标记物 SMA(++),结蛋白单抗 Des(-),细胞角蛋白 CK(-)。

病理诊断:肠系膜恶性纤维组织细胞瘤。

讨论 恶性纤维组织细胞瘤(malignant fibrous histiocytoma, MFH)是一种来自间叶组织的恶性肿瘤,可发生于任何年

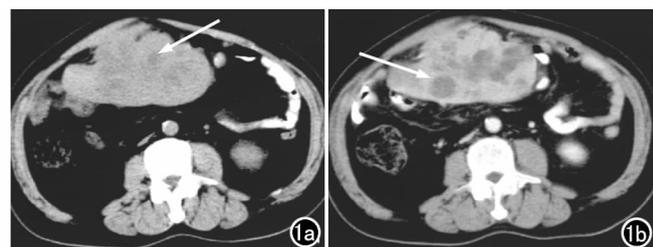


图1 a) CT平扫示肿块密度不均,其内可见多个低密度区(箭); b) 增强后肿块呈明显不均匀强化,其内低密度影无强化,显示更加清晰(箭)。

龄,74%发生于50~70岁。国内戴景蕊等^[1]报道45例,头面部占35%,躯干和四肢占27%,腹膜后占29%,肠系膜或网膜占9%,发生于肠系膜的MFH比较少见。临床上大多数MFH病例以肿块就诊(85%),约20%的病例肿块区疼痛,还可伴有发热、体重下降、疲乏或胃肠道症状。病理学上,大体标本示肿瘤边界不清,切面呈灰白及灰黄色,伴有出血、坏死或粘液变性。发生于肠系膜或网膜的MFH影像学表现主要有以下几点:①病灶一般较大,多呈不规则肿块,半数以上的病灶其内可见坏死,肿块增强后呈不均匀明显强化;这时需要与平滑肌瘤鉴别。②病灶内可有钙化,出现率在20%以下,这时需要与畸胎瘤鉴别。③MFH容易侵犯邻近组织或器官,术后容易复发。我们所遇到的这例MFH发生于肠系膜,临床少见,表现为肠系膜区肿块,其内可见多个坏死区,增强后表现明显;有少许钙化。CT检查对肿块的定位价值较大,还可以显示肿块与周围器官的解剖关系,对判断手术的可切除性具有一定的参考价值,定性诊断主要依靠病理学检查。

参考文献:

- [1] 戴景蕊,石木兰,李银柱,等. 恶性纤维组织细胞瘤的CT表现[J]. 中华肿瘤杂志, 1996, 18(15): 140.

(收稿日期:2006-02-23)

作者单位:215000 江苏,苏州大学附属儿童医院放射科

作者简介:杨复宾(1976-),男,河南新乡人,硕士,医师,主要从事腹部疾病CT诊断工作。