

- [J]. 中国医学影像学杂志, 2001, 9(4): 244-249.
- [6] Pefriend DE, Smith SP, Hughes PM. Precutaneous Laser Photocoagulation of Osteoid Osteomas Under CT Guidance[J]. Clin Radiol, 2003, 58(4): 222-226.
- [7] Kosciak RL, Petersilge CA, Makley JT, et al. CT-guided Fine Needle Aspiration and Needle Core Biopsy of Skeletal Lesions. Complementary diagnostic Techniques[J]. Acta Cytol, 1998, 42(3): 697-702.
- [8] Goltra JR. Vertebroplasty for Osteoporotic Compression Fracture: Effective Treatment for a Neglected Disease[J]. AJNR, 2001, 23(2): 594-595.
- [9] 丁晓毅, 陆勇, 吴达明, 等. CT 引导下经皮穿刺活检在肌骨病变中

- 的诊断价值[J]. 中国临床医学影像杂志, 2003, 14(4): 274-276.
- [10] 陆军, 张贵祥, 赵海涛, 等. CT 引导下经皮穿刺椎体成形术应用研究[J]. 中国医学影像学杂志, 2002, 13(1): 45-49.
- [11] 杨世坝, 靳激扬, 许建荣, 等. CT 导向肌骨病变穿刺活检[J]. 临床放射学杂志, 1998, 17(5): 359-361.
- [12] 方文, 滕皋军, 郭金和, 等. CT 导向下骨骼穿刺活检[J]. 临床放射学杂志, 2002, 21(4): 304-306.
- [13] 周山, 左自军, 于四堂, 等. CT 引导下骨穿刺活检[J]. 中国医学影像学杂志, 2004, 12(2): 123-125.
- [14] 李麟荪, 贺能树. 介入放射学——非血管性[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2001. 293.

(收稿日期: 2006-09-11 修回日期: 2006-11-23)

• 病例报道 •

食管巨大憩室伴发炎症纤维细胞肉瘤一例

张哲, 杨昱, 华定新

【中图分类号】R571.2; R814.42 【文献标识码】D 【文章编号】1000-0313(2007)09-0981-01

病例资料 患者, 女, 39 岁, 因面黄、乏力, 伴发热 2 月余, 于 2002 年 9 月 5 日以“贫血、发热待查”收入血液科住院, 经查胸片及食道吞钡造影, 发现食道下段巨大憩室, 不排除恶变, 后转入外科。查体: 面黄、乏力, 饮食尚可, 无恶心、呕吐, 大小便正常。实验室检查: WBC $32.9 \times 10^9/L$, HGB $88g/L$, PLT $732 \times 10^9/L$ 。

X 线检查: 胸片显示心影后方类圆形高密度影, 约 $6.5 \text{ cm} \times 7.0 \text{ cm} \times 9.5 \text{ cm}$, 上缘呈尖蒂状, 边缘清楚, 其内密度不均, 前下方见一液气平面(图 1a); 食道吞钡示食管中下段显影, 胸下段左后方见一充钡的憩室腔影, 有一短蒂与食管相连, 憩室腔内可见不规则充盈缺损区(图 1b)。X 线诊断: 食道下段巨大憩室, 不排除恶变。

CT: 食管胸段下部左后方见一憩室, 内见软组织密度影, 密度较均匀, CT 值 50.8 HU, 食管受压向前(图 1c)。CT 诊断: 食管胸段下部憩室合并肿物。

手术: 在全麻下行左侧开胸膈上食管憩室切除术, 术中见憩室开口位于食管下段左侧壁, 距膈裂孔约 5 cm, 憩室较大, 约 $10 \text{ cm} \times 8 \text{ cm} \times 6 \text{ cm}$, 底部呈实性, 与左肺下叶粘连较紧。

病理: 炎症纤维细胞肉瘤, 憩室口周围组织慢性炎症, 上皮腺性化生, 黏液性增生。

患者术后第 12 天, 体温 36.4°C , 血常规: WBC $4.4 \times 10^9/L$, HGB 111 g/L , PLT $410 \times 10^9/L$, 恢复良好, 痊愈出院。

讨论 食管憩室为食管壁局限性外突而形成的与食管腔相通的具有完整覆盖上皮的盲袋, 多为后天性, 先天性憩室罕见。按发生部位及机制分三类: ①咽食管憩室: 发生于咽食管交界处, 也称 Zenker 憩室, 其发生与咽食管肌运动失调, 环咽肌失弛缓引起食管腔内压力增高, 以及该局部肌肉解剖结构上的

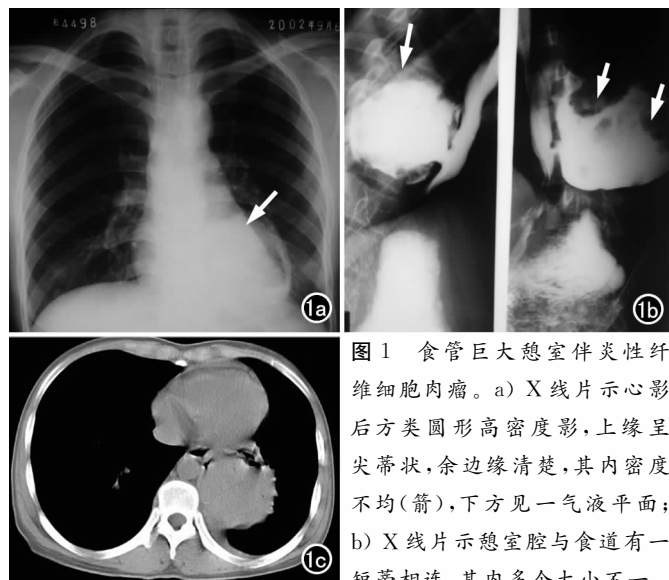


图 1 食管巨大憩室伴炎症纤维细胞肉瘤。a) X 线片示心影后方类圆形高密度影, 上缘呈尖蒂状, 余边缘清楚, 其内密度不均(箭), 下方见一液气平面; b) X 线片示憩室腔与食道有一短蒂相连, 其内多个大小不一

的充盈缺损区(箭); c) CT 示食管胸段左后方一软组织密度影, 密度均匀, 左下肺局部受压。

薄弱有关; ②食管中段憩室: 多位于气管分界水平之中段食管, 常因纵隔食管周围组织慢性炎症粘连及瘢痕组织的收缩牵引所致, 多为肺门或纵隔淋巴结结核性炎症所引起; ③膈上憩室: 多发生在膈上 5~10 cm 食管右侧, 其形成可能与食管下段有功能性或机械性梗阻而使食管腔内压力增加, 使食管黏膜经食管肌层薄弱区突出有关。临床症状因憩室部位、内口大小、有无食物存留或炎症、并发症等而表现不一, 膈上憩室一般症状轻微, 偶有消化不良或吞咽困难。此憩室较大, 且内继发一炎症纤维细胞肉瘤, 属少见。患者无明显食道症状, 而以贫血、发热就诊, 术后恢复正常, 考虑术前类白血病反应与此憩室恶变有关。

(收稿日期: 2006-11-27)

作者单位: 065000 河北, 廊坊市中医医院 CT 室

作者简介: 张哲(1971—), 男, 河北大城人, 硕士, 副主任医师, 主要从事影像诊断学工作。