

5 例淋巴管瘤 CT 征象及文献复习

· 病例报道 ·

张华, 李健丁

【中图分类号】R733.4; R814.42 【文献标识码】D 【文章编号】1000-0313(2007)09-1004-02

病例资料 2004 年 1 月~2006 年 5 月在我院经手术(穿刺活检 1 例)病理证实的淋巴管瘤患者 5 例,男 3 例,女 2 例,年龄 4~55 岁,平均 23.4 岁。均行 CT 检查(其中 4 例行 CT 平扫加增强扫描,1 例仅行 CT 平扫)。

扫描采用 Siemens Somaaction 与 Siemens Plus 4 螺旋 CT 机,扫描层厚 5~8 mm,螺距 1,增强扫描依据病变发生的部位不同设置扫描起始时间,均行动、静脉期扫描,其中 3 例行延迟扫描。

5 例淋巴管瘤中,颈部 2 例,脾脏 1 例,双肾 1 例,后腹膜 1 例。患者的临床表现均无特征。

不同部位淋巴管瘤的 CT 表现:2 例颈部病灶位于颈动脉间隙内,1 例上起甲状腺水平,下至胸锁关节水平,1 例向下达下颌骨水平。肿块形态呈类圆形或椭圆形,形态规整,边缘清晰,可见周围肌肉(胸锁乳突肌)受压变薄及颈静脉、颈内动脉、甲状腺受压推挤;1 例后腹膜病变平扫示肿块位于胰尾部后下方,约 9.5 cm×6.0 cm×7.0 cm 大小,形态欠规则,沿后腹膜间隙生长,界限清楚;1 例肾脏病变 CT 示双肾体积普遍增大,右肾前外侧及左肾后外侧包膜下分别可见类圆形及类弧形囊性占位性病变,大小约 6.5 cm×8.8 cm×11.0 cm,囊肿边缘部分有少量分隔,囊壁厚约 1~2 mm,肾实质明显受压变形并内移;1 例脾脏病变患者 2 次行 CT 平扫,均示脾脏增大(脾下极超过肝下极,脾外缘约 7 个肋单元,脾厚约 6.5 cm),脾内可见多发小片低密度影,边缘模糊,与周围组织分界欠清,病灶在脾内弥漫分布,无具体界限,前后两次平扫对比脾脏无明显变化。

上述部位的淋巴管瘤在 CT 平扫均呈囊性块影,内部密度均匀,CT 值 6.8~31.3 HU,平扫时囊壁及囊内分隔可部分显示或显示欠佳,增强扫描动静脉期囊壁及囊内分隔有轻度强化,部分平扫显示欠佳的分隔可较清晰显示,延迟 3~10 min 扫描,可见囊内分隔强化较动脉期明显(图 1、2),1 例脾脏病变因病灶在脾内弥漫分布而致整个脾脏呈蜂窝样改变,强化呈蜂窝样,延迟扫描病灶略有充填(图 3)。

手术所见:2 例颈部淋巴管瘤术中可见肿物包膜完整;送检病理回报可见大量淋巴管及毛细淋巴管。1 例后腹膜淋巴管瘤术中可见肿块与胰腺、横结肠系膜左半部及左肾静脉、左肾纤维囊紧邻,形态不规则,部分呈葡萄状变,术后病理回报为腹膜后血管淋巴管瘤。1 例肾脏淋巴管瘤穿刺活检肾囊积液内可见淋巴细胞,病理考虑淋巴管瘤。1 例脾脏淋巴管瘤术中可见脾脏肿大,表面有血管怒张,呈结节状,与周围脏器粘连固定,不易分离;术后病理诊断为脾海绵状淋巴管瘤。

讨论 肿瘤 CT 平扫及增强扫描特点:①肿瘤平扫时一般均呈液性低密度占位性病变,CT 值 0~30 HU,有学者认为囊

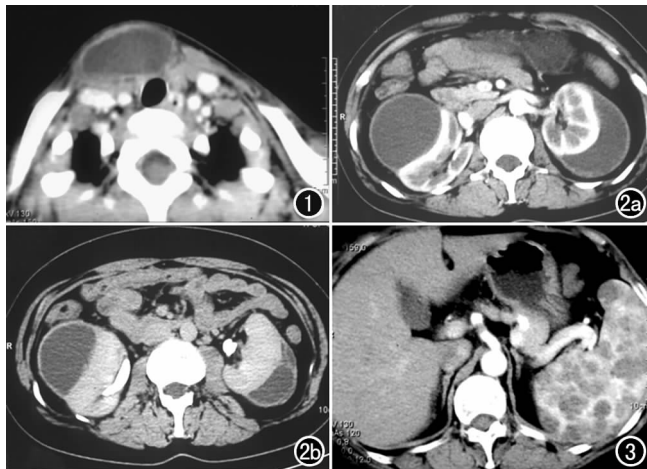


图 1 颈部淋巴管瘤,可见肿瘤推挤周围组织生长,为延迟 3 min 扫描可见囊壁及囊内分隔(箭头)强化较动脉期明显。

图 2 双肾囊性淋巴管瘤。a) 为增强扫描动脉期,可见病变位于肾包膜下,囊壁及囊内分隔强化不明显; b) 为延迟 10 min 扫描,囊壁及囊内分隔(箭头)强化较前明显。

图 3 脾海绵状淋巴管瘤,为增强扫描动脉期,呈蜂窝样强化。

内脂肪液体是淋巴管瘤的特征性改变,囊液 CT 值较低具有较大定性价值^[1],本组 5 例 CT 值在 6.8~31.3 HU;形态据发生部位不同而表现不同,内部往往有分隔,但多少不等,分隔较少者在靠肿瘤边缘部分易发现,本组 5 例均发现囊内分隔;4 例均在边缘部分发现明确分隔;肿瘤囊壁完整,从而使其与周围组织脏器分界清楚(弥漫生长者除外);由于囊壁与囊内分隔均较薄,而一般 CT 平扫层厚较厚,所以囊壁与囊内分隔的显示欠清晰,有时甚至显示不出来。其机理可能为,CT 囊内分隔显示率低,还与其只能行单一轴面扫描,不能行多方位扫描有关。②本组 4 例在增强扫描动、静脉期均显示囊壁及囊内分隔有轻度强化,且注药后,肿瘤的囊壁及囊内分隔的显示率均有提高;本组 3 例患者行延迟扫描,在延迟 3~10 min 后,均可发现囊壁及囊内分隔的强化较动脉期明显,其显示率进一步提高(图 1~3)。笔者认为囊壁及分隔的强化与肿瘤壁中含有少量血管及平滑肌组织有关;海绵状淋巴管瘤与囊状淋巴管瘤间质内可见纤维组织,这是否与肿瘤的延迟强化有关还有待进一步研究。

发生于不同部位的淋巴管瘤 CT 表现变化较大,在诊断时应注意其在以下几方面的特点:①沿组织间隙生长的特点;②囊性成分为主,囊内多为水样低密度影并增强扫描不强化;③囊壁及分隔轻度延迟强化;④良性占位,发展较慢,无向周围侵袭及远处转移等恶性征象。笔者认为 CT 增强扫描、尤其合理应用延迟增强扫描对诊断有一定帮助;对于发生囊内感染及出血病例,囊内 CT 值升高,容易误诊,必要时应补充做 MR 检查,以明确囊内成分性质。在日常工作中,如果遇到有以上特点的

作者单位:030001 山西,山西医科大学第一医院放射科

作者简介:张华(1973—),女,山西太原人,硕士,主治医师,主要从事腹部影像诊断工作。

病变,应想到有淋巴管瘤的可能,但确诊还需结合多种检查手段综合诊断。

参考文献:

- [1] 王海涛,董隽,宋勇,等.腹膜后囊性淋巴瘤的诊断与治疗[J].中华泌尿外科杂志,2005,26(6):419-421.

(收稿日期:2006-10-31)

CT 诊断卵巢交界性黏液性乳头状囊腺瘤一例

· 病例报道 ·

刘海凌, 欧陕兴, 钱民, 林伟光, 郭元星

【中图分类号】R711.75; R814.42 【文献标识码】D 【文章编号】1000-0313(2007)09-1005-01

病例资料 患者,女,49岁。主诉:腹部肿物两年余。患者自诉于2年前开始无明显诱因腹部出现一肿物(肿物大小描述不清),无发热、腹痛及腹胀,食欲可,无恶心、呕吐,大小便正常。

体格检查 腹部明显膨隆,无明显腹壁静脉曲张,未见肠型及蠕动波。腹腔内可触及一肿物,质中。肿物占据整个腹腔,可推动,无压痛及反跳痛。肝脾未触及,未触及胆囊,Murphy征阴性。双肾区无明显叩击痛。

CT 检查所见 平扫盆腔内见一巨大囊性占位,大小 $27\text{ cm} \times 27\text{ cm} \times 18\text{ cm}$,内密度均匀,时CT值约 $12 \sim 14\text{ HU}$,增强扫描未见明显强化,CT值约 $12.9 \sim 15.6\text{ HU}$,囊壁菲薄,内壁未见明显结节影,外缘光滑,与周围组织分界清晰,盆腔内见少许腹水;腹腔内肠管受推压移位,双肾受压变扁,子宫略向左移,膀胱未见显示。诊断:右侧卵巢巨大囊肿或浆液性囊腺瘤可能性大(图1)。

手术所见 腹部切口渗血少,腹腔内少量淡黄色腹水,右侧卵巢增大,直径约 8.0 cm ,表面色泽稍呈紫色,与盆腔后壁、子宫后壁、左侧附件及肠管明显粘连,子宫前位,增大如孕60天大小,表面多个浆膜下肌瘤,直径约 $2.0 \sim 2.5\text{ cm}$;左侧卵巢约 $4.0\text{ cm} \times 3.0\text{ cm} \times 3.0\text{ cm}$,表面不平,可见数个蓝紫色囊肿,最大直径约 1.5 cm ,最小直径约 0.5 cm ;分离粘连中见个囊肿破裂,均流出咖啡色粘稠液体,以右侧附件囊肿的液体最为粘稠;双侧输卵管未见明显异常。

术后病理 术中送检(右侧卵巢)囊性肿物大小 $23\text{ cm} \times 21\text{ cm} \times 1\text{ cm}$,已破,内容物流失,囊内外表面光滑,但镜下囊内表面见微乳头,为黏液性乳头状囊腺瘤,局部上皮生长活跃伴细胞层次增多及不典型增生,符合交界性改变(图2)。

讨论 卵巢囊腺瘤是卵巢常见的上皮性良性肿瘤^[1],以浆性囊腺瘤及黏液性囊腺瘤较常见,本例患者病变如此巨大实属少见。

浆液性囊腺瘤常见于 $30 \sim 40$ 岁,占全部卵巢肿瘤 25% 左右,肿瘤大小不一,表面光滑,多为单侧,也可有双侧性,囊内充满淡黄色透明液体;单纯型多为单房,囊壁光滑,乳头型多为多房,囊壁内可见乳头,偶尔也可见向囊外生长,前者恶性率为 35% ,后者为 50% 。典型的浆液性囊腺瘤一般体积较大,直径可达 10 cm 左右,壁薄且均匀一致,囊内液体CT值近于水,且

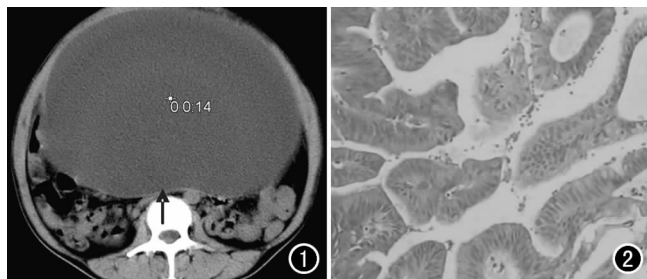


图1 盆腔内见一巨大囊性占位,内密度均匀,增强扫描未见明显强化,囊壁菲薄,内壁未见明显结节影,外缘光滑,与周围组织分界清晰,盆腔内见少许腹水。图2 (右侧卵巢)囊性肿物镜下囊内表面见微乳头,为黏液性乳头状囊腺瘤,局部上皮生长活跃伴细胞层次增多及不典型增生,符合交界性改变。

单房多见,部分可见细条样间隔,乳头状软组织突起或厚壁表现不多见。而黏液性囊腺瘤一般较浆液性囊腺瘤更大,直径常 $>10\text{ cm}$,多房多见,囊内液体粘稠,间隔较厚,CT值一般高于水,而低于软组织密度,囊壁也较薄,但不均匀,囊内常见由多个细条样、飘带样间隔所形成的多个小囊,壁上软组织乳头状突起较浆液性少见;本例患者CT扫描并未发现囊壁上乳头影,但术后病理镜下囊内表面见微乳头,可能是因为乳头太小,且囊壁张力大,以致CT扫描难以显示。在日后工作中若发现此类病变,必要时应行CT薄层扫描,以提高微小细节的显示率,提高诊断准确率。

对于囊腺瘤的诊断,首先是定位问题,有人认为^[2],先要有临床妇科疾病病史、症状,然后影像学上呈囊性的瘤体根基要起始于盆腔、大部分瘤体位于盆腔内,再仔细分析病灶的形态、大小、密度、边缘、周围邻近关系及增强。定性诊断:根据病灶的好发部位,囊腺瘤的特点,综合分析、考虑此病诊断。本例患者病变巨大,给定位带来一定难度,需要与腹腔肠系膜囊肿及腹膜囊肿等囊性病变鉴别。

参考文献:

- [1] 张天泽,徐光炜.肿瘤学[M].天津:天津科学技术出版社,1998.1960-1970.
[2] 沈剑敏,夏贤武,等.卵巢囊腺瘤的CT诊断[J].浙江临床医学,2004,7(3):559-560.

(收稿日期:2006-12-04)