

参考文献:

- [1] 余亚雄, 童尔昌. 小儿外科学(第 3 版)[M]. 北京: 人民卫生出版社, 1987. 130-133.
- [2] Mehall JR, Chandler JC, et al. Management of Typical and Atypical Intestinal Malrotation[J]. J Pediatr Surg, 2002, 37(8): 1169-1172.
- [3] 陆健, 王鸿福, 朱纪吾. 先天性肠旋转不良 45 例病理分型及 X 线诊断方法选择[J]. 南通医学院学报, 2002, 22(3): 293-294.
- [4] Applegate KE, Anderson JM, Klatte EC, et al. Intestinal Malrotation in Children: a Problem-solving Approach to the Upper Gastrointestinal Series[J]. RadioGraphics, 2006, 26(5): 1485-1500.
- [5] Seashore JH, Touloukian RJ. Midgut Volvulus: an Ever-present Threat[J]. Arch Pediatr Adolesc Med, 1994, 148(1): 43-46.
- [6] Slovis TL, Klein MD, Watts FB. Incomplete Rotation of the In-

testine with a Normal Cecal Position[J]. Surgery, 1980, 87(3): 325-330.

- [7] 朱珍, 姚庆华, 赵一鸣. 婴儿肠旋转不良合并中肠扭转 X 线诊断(附 16 例报告)[J]. 临床放射学杂志, 1999, 18(10): 617-619.
- [8] Swischuk LE. Radiology of the Newborn and Young Infant[M]. London: Williams & Wilkins, 1980. 410-412.
- [9] Gupta AK, Guglani B. Imaging of Congenital Anomalies of the Gastrointestinal Tract[J]. Indian J Pediatr, 2005, 72(5): 403-414.
- [10] 刘洁华, 吴桂荣. 先天性肠旋转不良 X 线诊断[J]. 临床放射学杂志, 2004, 23(3): 265-266.
- [11] Dilley AV, Pereira J, Shi EC, et al. The Radiologist Says Malrotation: Does the Surgeon Operate? [J]. Pediatr Surg Int, 2000, 16(1-2): 45-49.

(收稿日期: 2007-02-10 修回日期: 2007-07-30)

骶尾部巨大浆细胞性骨髓瘤一例

• 病例报道 •

赵妍玲, 高克勇, 王锦明, 庄玉慧

【中图分类号】R814.42 【文献标识码】D 【文章编号】1000-0313(2007)11-1224-01

病例资料 患者, 男, 68 岁, 因腰骶部疼痛入院。既往史: Th₅~Th₇ 椎体骨折术后不全瘫 21 年。

实验室检查: 尿本周氏蛋白(+), 血清蛋白电泳: γ 球蛋白呈现高而窄的尖峰。

影像学检查: X 线片示骶尾骨广泛破坏, 并见软组织肿块, Th₅~Th₇ 椎体内固定术后改变, 颅骨和肋骨未见明显异常。CT 平扫示骶尾部较大软组织肿块, CT 值约 46 HU, 其内密度不均匀, 可见不规则碎骨片(图 1); 增强扫描示肿块不均匀强化, 内见分隔(图 2); 骶骨、双侧髂骨及 L₄、L₅ 椎骨棘突见溶骨性和穿凿样骨质破坏, 无骨膜反应(图 3)。CT 诊断: 脊索瘤, 骨髓瘤不排除。CT 引导下穿刺活检, 镜下示骨髓增生明显活跃, 浆细胞占 1%。病理诊断: 浆细胞骨髓瘤。

讨论 浆细胞瘤病是指单克隆浆细胞异常增生伴有单克隆免疫球蛋白或多肽链亚单元合成增多的一组疾病。包括浆细胞瘤、巨球蛋白血症和多发性骨髓瘤。本例考虑多发性骨髓瘤。多发性骨髓瘤以单克隆 IgG、IgA 和轻链异常分泌为特征, 常侵犯含有红骨髓的骨骼, 如头颅、脊柱、骨盆、肋骨、股骨远端和肋骨等^[1]。本病的主要 X 线和 CT 表现为广泛性骨质疏松和多发性溶骨性骨质破坏, 边缘锐利, 呈穿凿样, 周边无骨质硬化和骨膜反应, 部分可穿破骨膜形成软组织肿块^[2]。

本病需与骶尾部其它肿瘤相鉴别。①脊索瘤: 在影像学上与本病极难鉴别, 尤其当肿瘤位于骶尾部时更难鉴别^[3]。患者尿本周氏蛋白(+), 免疫组化检查具有骨髓瘤特征性表现可资鉴别; ②转移瘤: 常有原发病的病史, 表现为骶骨溶骨性破坏, 呈多发溶骨性或膨胀性地图样破坏, 多数形成软组织肿块; ③骨巨细胞瘤: 肥皂泡状阴影(膨胀和分隔现象)为特征性表现, 其内一般无钙化灶; ④软骨肉瘤, 表现为膨胀性骨质破坏和

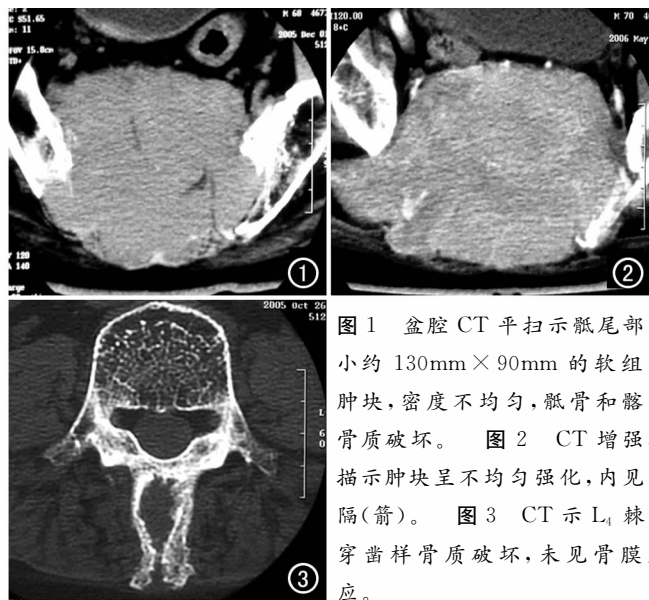


图 1 盆腔 CT 平扫示骶尾部大小约 130mm×90mm 的软组织肿块, 密度不均匀, 骶骨和髂骨骨质破坏。图 2 CT 增强扫描示肿块呈不均匀强化, 内见分隔(箭)。图 3 CT 示 L₄ 棘突穿凿样骨质破坏, 未见骨膜反应。

高低混杂密度软组织肿块, 内有钙斑及骨化, 骨皮质内缘呈分叶状或扇形缺损^[4]; ⑤滑膜肉瘤, 极少数发生在骶尾部, 若在软组织肿块附近出现层状骨膜增生, 应先考虑此病。

参考文献:

- [1] Berg BCV, Lecouvet FE, Michaux I, et al. Stage I Multiple Myeloma: Value of MR Imaging of the Bone Marrow in the Determination of Prognosis[J]. Radiology, 1996, 201(2): 243-246.
- [2] 丁建平. 92 例多发性骨髓瘤临床 X 线分析[J]. 中华放射学杂志, 1996, 30(8): 567-569.
- [3] 尤明春. 椎椎脊索瘤 CT 表现[J]. 中华放射学杂志, 1995, 29(2): 127-129.
- [4] 徐德永, 等. 软骨肉瘤 206 例临床 X 线分析[J]. 中华放射学杂志, 1989, 23(5): 161-163.

(收稿日期: 2007-04-04 修回日期: 2007-07-05)

作者单位: 116011 辽宁, 大连市第二人民医院放射科

作者简介: 赵妍玲(1956-), 女, 辽宁大连人, 主任医师, 主要从事运动系统及内耳鼻喉诊断工作。