

胰腺实性假乳头状瘤 CT 诊断及鉴别

方少华, 陈东良, 马晓亮

【摘要】 目的:探讨胰腺实性假乳头状瘤的 CT 表现,提高对该病的诊断水平。方法:回顾性分析 8 例经手术病理证实的胰腺实性假乳头状瘤患者的 CT 资料,8 例患者均行 CT 平扫及增强,2 例行 MRCP 扫描。结果:8 例患者均为年轻女性,无黄疸,5 例肿瘤表现为胰头颈部较大囊实性肿块。3 例表现为胰尾部囊实性肿块,CT 平扫表现为圆形、类圆形低密度或混杂密度团块影,增强后肿瘤实性部分及包膜可见强化,囊性部分无强化。结论:胰腺实性假乳头状瘤影像学表现有一定特征性。

【关键词】 胰腺肿瘤; 体层摄影术, X 线计算机; 诊断, 鉴别

【中图分类号】 R735.9; R814.42 **【文献标识码】** A **【文章编号】** 1000-0313(2008)12-0062-03

CT Diagnosis and Differential Diagnosis of Solid-pseudopapillary Tumor of Pancreas FANG Shao-hua, CHEN Dong-liang, MA Xiao-liang. Department of Radiology, the Three People's Hospital of Haining City, Zhejiang 314400, P. R. China

【Abstract】 Objective: To study the CT features of solid-pseudopapillary tumors of pancreas (SPTP) and to improve the level of CT diagnosis. **Methods:** The CT materials of 8 cases with surgery and pathology proved SPTP were retrospectively analyzed. All of the 8 cases underwent CT scan without and with contrast enhancement, two case also had magnetic resonance cholangio-pancreatography (MRCP). **Results:** All eight cases were young women without jaundice. A large round or oval-shape cystic-solid mass located at the head and neck ($n=5$) or located at the tail ($n=3$) of pancreas was showed with low-or heterogeneous attenuation on plain CT. After contrast administration, the solid component and the membrane of the mass showed enhancement while no enhancement were assessed in the cystic component. **Conclusion:** Certain CT characteristic findings of SPTP might be revealed in SPMP.

【Key words】 Pancreatic neoplasms; Tomography, X-ray computed; Diagnosis, differential

胰腺实性假乳头状瘤 (solid-pseudopapillary tumor of pancreas, SPTP) 是一种少见的良性或低度恶性胰腺肿瘤,其组织来源尚不清楚,以前对其认识较少,易误诊为胰腺其他肿瘤或腹膜后肿瘤。现对经手术病理证实的胰腺实性假乳头状瘤 8 例患者的 CT 及 MRCP 表现进行分析总结,并结合文献讨论其 CT 征象及鉴别诊断,旨在提高对 SPTP 的认识。

材料与方 法

1. 一般资料

本组 SPTP 患者 8 例,均为女性,年龄 25~39 岁,其中 3 例患者以上腹部隐痛 1 个月余前来就诊,余 5 例无明显临床症状,8 例均经手术病理证实。

2. 方法

CT 采用 Siemens Sensation 16 多层螺旋 CT 扫描仪,扫描时应用 CARE DOSE 4D 智能剂量软件,扫描范围从膈顶到右肾下极。电压 120 kV、电流 175 mAs,球管旋转时间 0.5 s,层厚 0.75 mm,间隔 0.5 mm,每周进床 12 mm。全部患者行 CT 平扫及增强扫描,1

例加行 MRCP 检查。对比剂采用 300 mg I/ml 碘海醇 100 ml,注射流率为 3.5 ml/s,动脉期延迟时间 20~30 s,静脉期延迟时间 50~70 s。

结 果

本组 5 例 SPTP 均位于胰腺头颈部,3 例位于胰尾部,全部呈圆形或类圆形肿块,边缘光整有包膜(图 1、2),瘤体直径 3.0~5.5 cm,平均 4.0 cm。CT 平扫均表现为胰腺区较大囊实性肿块,边界清楚,形态规则,边缘有包膜,肿块以实性密度为主,掺杂部分囊性密度(图 1、2)。增强后病灶包膜强化明显,实性部分动脉期轻微强化,静脉期强化高于动脉期,但其强化程度仍明显低于正常胰腺组织,囊性部分无强化(图 2)。邻近十二指肠及右肾静脉受压,与肿块分界清楚,胆总管下段受压变窄,但胆总管及肝内胆管未见明显扩张(图 1d),其中 1 例病理结果示肿块大小 5.5 cm×5.0 cm×4.0 cm,肿瘤细胞排列成假乳头状结构,侵犯周围胰腺组织,并累及周围神经,未见周围淋巴结转移(图 2)。

讨 论

SPTP 是一种近年来被人们逐渐认识的胰腺新的

作者单位:314408 浙江,海宁市第三人民医院放射科

作者简介:方少华(1974-),男,浙江海宁人,主治医师,主要从事影像诊断工作。

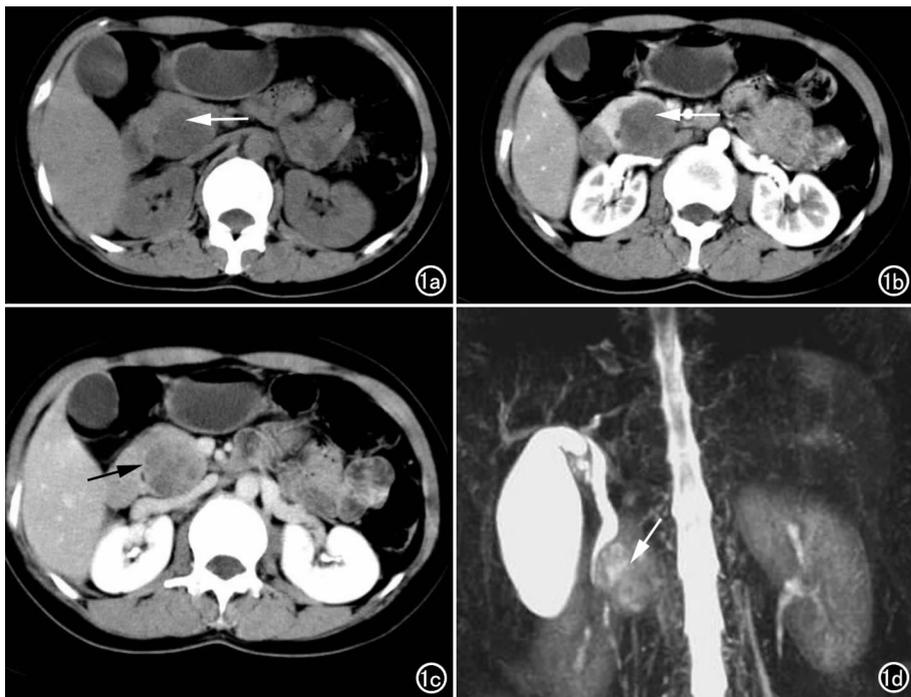


图1 胰腺实性假乳头状瘤。a) 平扫示胰头颈部偏后方类圆形稍低密度灶,边界清楚(箭); b) 动脉期病灶轻微强化,与胰腺分界清楚(箭); c) 静脉期病灶强化高于动脉期,边缘包膜,以实性成分为主,但仍低于正常胰腺组织(箭); d) MRCP显示胆总管下端受压变窄,但胆总管及肝内胆管未见扩张(箭)。

肿瘤实体,是一种罕见的良性或低度恶性肿瘤^[1],最早由 Frantz 于 1959 年首先报道,之后报道逐渐增多,相继有不同名称,如胰腺实性和囊性肿瘤、乳头状囊性肿瘤、乳头状上皮肿瘤等。目前 WHO 以及大多数英文文献中均将其统称为实性假乳头状瘤。有关本病的组织起源尚有争议,有学者推测 SPTP 并非来源于胰腺组织,而有可能来源于胚胎发生过程中与胰腺原基连接的生殖脊-卵巢原基相关细胞^[2],因此女性患者多见。

本病好发于年轻女性,也有报道发生于男性及老年女性者。发生于男性及老年女性者其恶性程度高于年轻女性^[3]。肿瘤可发生于胰腺任何部位,多见于胰

体及胰尾,也可发生于胰头部。肿瘤体积一般较大,本组最大直径 5.5 cm,最小直径 3.0 cm,本病缺乏特异性临床表现,大多数患者为无意中发上腹肿物而就诊,少数患者伴有上腹部隐痛。由于肿瘤生长缓慢,极少出现梗阻性黄疸^[4]。本组 8 例患者,均为年轻女性,5 例发生于胰头,3 例发生于胰体尾部,3 例表现为上腹部隐痛前来就诊,其余 5 例为无意中发上腹部肿物就诊,8 例均无黄疸,与文献报道的临床特征基本相符。SPTP 肿瘤多为卵圆形或圆形,边界清楚,周围常有较厚的纤维性包膜,内由实性假乳头区及两者的过渡区以不同比例混合而成。实性区在纤细的纤维血管束周围肿瘤细胞排列成片状、索状,瘤细胞较一致。假乳头区肿瘤细胞以纤细的纤维血管为轴心形成支状假乳

头,其表面细胞呈复层排列,远离血管周围细胞产生退行形变,并表现不同程度的坏死、出血及囊性变^[5]。

影像学表现:CT 薄层扫描可观察肿瘤的大小形态,识别囊实性区,观察周围脏器组织是否有侵犯,是术前手术切除评估及术后随访所常用的检查手段。根据本组病例影像学表现并结合文献复习,笔者认为如下几点可作为定性诊断的依据:肿瘤大部分都有较完整包膜,厚约 2~4 mm,壁厚薄均匀,内壁光整,少数病例有局部向外侵犯征象,提示低度恶性可能,CT 增强少量包膜强化明显。肿瘤内存在实性或囊性结构,较小肿瘤以实性结构为主,较大肿瘤多为囊实性结构。增强表现:CT 平扫实性结构呈低密度或稍低密度,动



图2 胰腺实性假乳头状瘤。a) 平扫示胰头后下方囊实性肿块,以实性为主(箭); b) 动脉期肿块轻微强化,边缘见包膜,包膜下见新月形囊性成分(箭); c) 静脉期强化高于动脉期(箭),囊性部分分布于肿瘤边缘,囊性成分未见强化,包膜强化明显,包膜欠完整,提示肿瘤有恶性倾向。

脉期实性部分轻微强化,静脉期强化较明显,但仍明显低于正常胰腺组织,囊性部分不强化。实性结构为主的病例囊性成分多呈小圆形混杂分布于包膜下(图 2c);囊性结构为主的实性部分可呈附壁结节。瘤体位于胰腺的边缘部,突出于胰腺轮廓之外,向腹腔或腹膜后间隙生长。不论肿瘤发生在胰腺的什么部位,一般都不伴有胆管或胰管的扩张,少数较大肿瘤可压迫胆总管或主胰管而造成主胰管或胆总管的轻度扩张。腹腔内及腹膜后未见明显肿大淋巴结,罕见有转移者。

鉴别诊断:SPTP 在影像学上需与无功能胰岛细胞瘤、胰腺囊腺瘤(癌)、胰腺癌囊变、胰腺假性囊肿等鉴别。无功能性胰岛细胞瘤:肿瘤一般都较小,CT 增强扫描示肿瘤强化程度明显高于 SPTP,且动脉期甚至高于正常胰腺组织,坏死部分也可有囊变钙化。囊腺瘤(癌)CT 增强扫描呈不均匀低密度,可见分隔或乳头状结节突入囊内,囊壁厚薄不均,可见分房样改变,易引起胰胆管扩张,囊腺癌可侵犯周围血管或脏器。胰腺癌囊变:由于乏血供肿瘤,易发生坏死囊变,

肿瘤与正常胰腺分界不清,多伴有胰管扩张,恶性程度高,胰尾癌常常侵犯脾门结构。胰腺假性囊肿:常有胰腺炎或外伤手术史,原发胰腺假性囊肿非常少见,囊壁薄而均匀,无壁结节,内密度均匀,增强后囊壁可强化,当假性囊肿内伴有出血、感染时鉴别困难,需依靠活检明确诊断。

参考文献:

- [1] 赵玉沛,胡亚,廖泉,等.胰腺实性假乳头状瘤的诊断和治疗[J].中华外科杂志,2005,43(1):53-55.
- [2] Kosmahl M, Seada LS, J'a'nig U, et al. Solid-pseudopapillary Tumor of the Pancreas: its Origin Revisited[J]. Virchows Arch, 2000, 436(5):473-480.
- [3] 章士正,谭华侨,邓丽萍.胰腺囊实性乳头状上皮性肿瘤的 CT、MRI 诊断[J].中华放射学杂志,2003,37(10):935-938.
- [4] 白小枫,赵平,周志祥,等.胰腺囊实性乳头上皮性肿瘤临床病理特点[J].胰腺病学,2004,4(1):14.
- [5] 丁蓓.胰腺囊实性肿瘤的病理及影像学表现[J].上海医学影像杂志,2001,10(3):227.

(收稿日期:2008-04-01)

先天性成骨不全一例

周海宏,孙亚丽,刘仕杰

【中图分类号】R682.1; R814.3 【文献标识码】D 【文章编号】1000-0313(2009)01-0064-01

病例资料 患者,男,7岁,3岁时因经常出现全身多发反复骨折而就诊。查体:该患者双小腿明显前弓,双上肢弯曲畸形,无蓝色巩膜。其家族没有此类患者。

X线表现:双侧胫腓骨骨皮质菲薄,骨密度减低,骨小梁结构不清,双侧腓骨细如线样(图 1a)。双侧股骨干弯曲成“C”形,干骺端明显增大,并可见横形的致密线。双侧股骨干可见多处陈旧骨折线。骨盆变形,双侧髌臼内陷,骨盆出口狭小(图 1b)。胸廓略塌陷,后肋明显细小,胸椎向右侧弯畸形,双侧肱骨呈“C”形弯曲,并见多处陈旧骨折线(图 1c)。

讨论 成骨不全又称脆骨症,是一种累及全身结缔组织的遗传性疾病。属常染色体隐性或显性遗传。在组织学上,由于成骨细胞活力减低或缺乏成骨细胞而造成骨质形成障碍,从而导致骨质脆弱而易发生骨折。临床表现根据遗传学特点分为隐性型(Vrolik 氏病)和显性型(相当于 Lobstein 氏病)。后者骨脆性增加,易出现骨折,虽出生时可出现症状但常在幼儿或儿童期发病(1~7岁)。根据 X 线特点又可将此型分成:①厚骨型:多见于新生儿,四肢长骨宽径增加,由于长骨变短可误认为软骨发育不全。②薄骨型:相当于迟发型成骨不全,本型骨骼改变轻重不等,直到轻微创伤后出现骨折才引起注意。本例就属于薄骨型。③囊肿型:较少见。必须结合临床(蓝色巩膜、耳



图 1 a) X 线片示双侧胫腓骨弯曲,骨皮质菲薄,骨密度减低,骨结核模糊,腓骨细如线样; b) X 线片示骨盆变形,髌臼内陷,骨盆出口狭小。股骨干弯曲成“C”形,并可多条陈旧骨折线; c) X 线片示胸廓塌陷,

后肋细小,胸廓肋骨骨密度不清,胸椎侧弯畸形,肱骨呈“C”形弯曲,并见多处陈旧骨折线。

聋出血倾向)才能最后确诊。本病需与佝偻病和维生素 C 缺乏症鉴别。佝偻病有骨密度减低和长骨弯曲但无多发反复骨折,易与本病鉴别。维生素 C 缺乏症也可出现骨密度减低但无骨骼畸形且干骺端有典型变化鉴别不难。(收稿日期:2008-08-21)