

重要的临床诊断方法,病变的部位、密度或强化形式是鉴别诊断的重要信息。卵巢硬化性间质瘤为良性肿瘤,CT平扫检查与其它卵巢囊实性肿瘤无明显差异,很难鉴别。增强检查尤其是动态增强检查具有一定特征性,可帮助鉴别。

本例患者CT表现动脉期边缘强化,且持续显著强化,延迟期呈轻度的向心性强化,符合硬化性间质瘤的特征性表现。其CT动态增强检查的特殊表现与其病理特点密切相关,肿瘤边缘部分早期持续显著强化,与瘤组织假小叶内细胞间血管丰富有关,肿瘤内无强化区为肿瘤囊变或黏液变所致。小儿常见的

卵巢肿块包括卵巢囊腺瘤、卵巢畸胎瘤、卵巢扭转等。卵巢囊腺瘤虽可为囊实性肿块,但其仅表现为轻度强化,与硬化性间质瘤的动态增强检查表现不同,容易鉴别。卵巢畸胎瘤常含钙化和脂肪成分,容易鉴别。卵巢扭转表现为卵巢肿大,内部可见缺血坏死区,与囊实性肿瘤表现类似,但其边缘一般可见成熟增大的卵泡影像,可资鉴别。

卵巢区囊实性肿块结合动态增强检查的特征性表现,可为卵巢硬化性间质瘤的诊断提供依据。

(天津市儿童医院影像科 赵滨)

· 病例报道 ·

肝恶性纤维组织细胞瘤一例

葛鹏,肖婧,杨茜茜

【中图分类号】R814.42 【文献标识码】D 【文章编号】1000-0313(2010)07-0828-01

病例资料 患者,男,51岁。右上腹胀痛不适1周,呈持续性发作。既往无乙肝病史。查体:皮肤、巩膜无黄染。肝下缘位于右季肋下3横指,肝区叩击痛阳性。实验室检查示甲胎蛋白2066.9 ng/ml,肝功能、血常规无异常。

平扫CT示肝右后叶等低混杂密度影,边缘欠清,病灶向下突出于肝轮廓外。增强后病灶于动脉期出现不规则强化,其内低密度区未见强化,门脉期强化持续,病灶边缘显示清楚。术中见肝右后叶下段有一外生性包块,约10 cm×8 cm,与周围网膜及结肠粘连。完整切除包块,切开后可见液性坏死组织。病理诊断为恶性纤维组织细胞瘤。免疫组化:VM(+),CD68(+),PCK(-),CK8(-),SMA(-)。

讨论 恶性纤维组织细胞瘤(malignant fibrous histiocytoma, MFH)是中老年人常见的软组织肉瘤,组织学来源及分化方向仍不明确,多认为是原始间叶细胞向组织样细胞和成纤维细胞双向分化的结果。其组织学特点是主要由成纤维细胞和组织细胞组成,病理分型:①轮辐状多形性;②黏液型;③巨细胞型;④炎性浸润型;⑤血管瘤样^[1]。MFH好发于四肢,其次是腹膜后,原发于肝脏的MFH少见,国内以散在病例报道为主^[1-4]。

肝MFH以肝右叶多见,其次是左叶或左右叶同时受累^[2],本例即发生在肝右叶。CT平扫多表现为不规则等低混杂密度影,病灶内多有片状或不规则更低密度坏死区(图1),若合并出血可见片状高密度影(图2),也可以以囊性改变为主^[2];冯刚等^[3]报道的病例中提示病灶内可见点状钙化,病灶边缘可以显示不清,这与肿瘤浸润生长有关。增强后病灶于动脉期出现边缘及内部实性成分强化,其内更低密度区不强化,门脉期进一步强化,呈快进慢出的特点(图3、4);而囊性病灶可见囊壁明显强化,并可见强化的壁结节^[2]。T₁WI病灶呈低信号,T₂WI信号稍高于肝脏,增强表现与CT相似。

肝MFH恶性程度高,早期就可出现转移,预后差,平均生

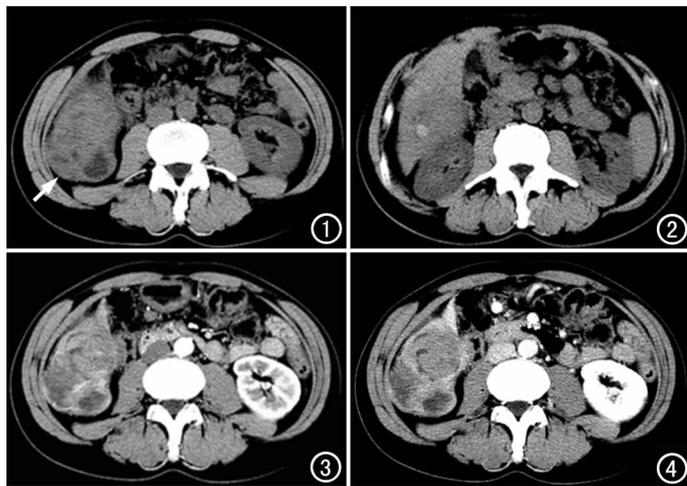


图1 CT平扫示肝右后叶等低混杂密度影(箭)。图2 CT平扫示病灶内可见小片状高密度影,CT值约52 HU。

图3 增强扫描动脉期示病灶边缘及内部不规则强化。

图4 门脉期示病灶持续强化,边缘显示清楚。

存期不到1年^[4]。肝MFH需要与肝细胞癌等肝脏恶性肿瘤鉴别,肝细胞癌增强后常常表现为典型的快进快出的特点。此外有时还需与肝脓肿等良性病变鉴别,难以鉴别时需行病理学检查。

参考文献:

- [1] 董郡. 病理学[M]. 北京:人民卫生出版社,1996. 956-95.
- [2] 赵志清,郑国,沈静娟,等. 肝胰恶性纤维组织细胞瘤的CT表现[J]. 影像诊断与介入放射学,2004,13(4):214-218.
- [3] 冯刚,李成,罗沛霖,等. 肝脏恶性纤维组织细胞瘤CT、MRI表现一例[J]. 临床放射学杂志,2008,27(2):288.
- [4] 陆毅,任建宇,宋国勇. 肝脏恶性纤维组织细胞瘤一例[J]. 放射学实践,2003,18(7):482.

(收稿日期:2009-11-24)

作者单位:442000 湖北,郧阳医学院附属十堰市人民医院放射科(葛鹏、杨茜茜),病理科(肖婧)

作者简介:葛鹏(1979—),男,湖北十堰人,住院医师,主要从事CT诊断工作。