

Endosc. 2002;55(2):283-286.

- [4] 陆晓琴, 陆海萍. 过敏性紫癜患儿 282 例临床分析[J]. 南通大学学报医学版, 2006, 26(6): 463-465.
- [5] 易纯慧, 尹强. 腹型紫癜误诊为小儿急腹症 9 例分析[J]. 临床小儿外科杂志, 2007, 6(5): 77-78.
- [6] 于利伟, 彭玉萍, 莫燕, 等. 儿童过敏性紫癜的胃肠道表现特点及影像学征象[J]. 现代医学影像学, 2009, 18(1): 5-7.
- [7] Navarro O, Dugougeat F, Kornecki A, et al. The impact of imaging in the management of intussusception owing to pathologic lead

points in children: a review of 43 cases[J]. Pediatr Radiol, 2000, 30(9): 594-603.

- [8] 李欣, 李林, 王春祥, 等. 儿童过敏性紫癜的 US、CT 表现[J]. 中华放射学杂志, 2002, 36(5): 449-451.
- [9] Kalyoncu M, Odemis E, Aynaci M, et al. An unusual varicella zoster infection complicated by purpura fulminans and multiorgan failure in a healthy infant[J]. Scand J Infect Dis, 2003, 35(1): 74-76.

(收稿日期: 2013-03-26 修回日期: 2013-05-01)

• 病例报道 •

胸膜恶性孤立性纤维瘤一例

谭平政, 向仁国

【中图分类号】R814.42; R743.3 【文献标识码】D 【文章编号】1000-0313(2013)07-0738-01

【关键词】胸膜病变; 纤维瘤; 体层摄影术, X 线计算机

胸膜孤立性纤维瘤少见, 易误诊, 笔者本院确诊一例, 现报告如下。

病例资料 患者, 女, 52 岁。因左侧季肋部疼痛 2 个月入院。患者自诉疼痛沿左侧肋骨分布, 呈烧灼样、感皮肤局部发热、持续隐痛、夜间明显。无全身低热、盗汗, 无咳嗽、咳痰。查体: 左侧季肋部未见皮疹, 局部无肿胀, 无压痛, 左下肺呼吸音减弱。临床以“肋间神经痛”收入院。CT 示左侧胸腔内后胸壁下软组织密度肿块, 与胸膜广基底相连, 弧形, 大小 4.0 cm×3.0 cm×2.5 cm, 平扫呈等密度, 增强扫描可见明显不均匀强化, 其内有多发片状不强化区, 肋骨骨质未见破坏, 肿块与肺界面部分粘连(图 1、2)。MRI 示病灶信号不均, T₂WI 上表现为高信号中有多发片状低信号区(图 3)。手术及病理: 肿块位于左侧胸腔, 8~10 肋腋正中线一腋后线之间, 大小 8 cm×6 cm, 与左下肺轻度粘连, 肿块表面较光滑, 后部与胸壁粘连, 肿块组织浸润肋间神经; 免疫组化: Vm(+), CD99(+), CD34(+), Bcl(-), SMA(-), 间皮(-)。病理诊断: 恶性孤立性纤维瘤(图 4)。

讨论 孤立性纤维瘤的命名较多, 如局限性间皮瘤、孤立性纤维性间皮瘤、胸膜下纤维瘤等, 起源于表达 CD34 抗原的树突状间质细胞, 此种细胞弥漫性分布于人体的结缔组织中, 2002 年 WHO 将其归入纤维母细胞/肌纤维母细胞肿瘤类^[1]。临床上患者以中老年人多为多, 无明显性别差异, 多数无症状, 发病部位广泛, 本例以左侧季肋部疼痛为主, 误认为肋间神经痛, 手术证实为肿瘤浸润肋间神经, 因此对伴有疼痛症状的胸膜孤立性纤维瘤需考虑恶性可能。

本病的主要影像学表现为胸膜肿块, 增强不均匀明显强化, 有血管样强化应高度怀疑为孤立性纤维瘤, 特别是 MRI 显示病灶中不均匀低信号, 考虑为纤维成分, 提示有树突状间质细胞可能, 这一表现是否有特异性尚需大样本其研究来证实。最主要应与局限间皮瘤鉴别, 后者发病与接触石棉有一定关系, CT 上肿瘤呈中等密度, 边界清晰, 可见小点状钙化, 轻度强

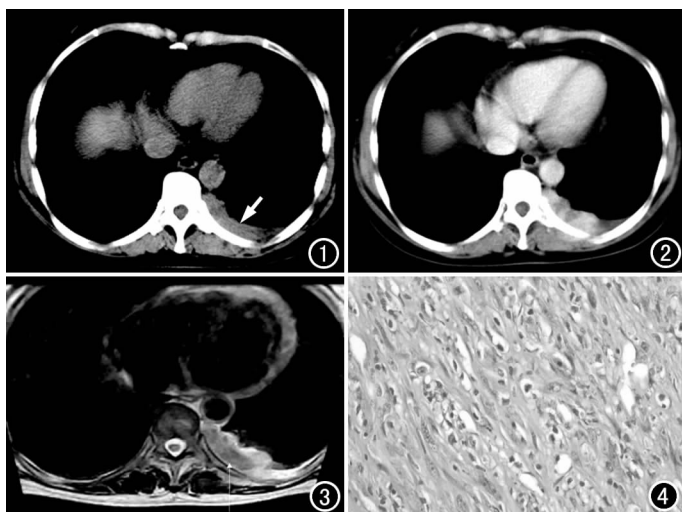


图 1 CT 平扫示左侧胸腔背侧弧形肿块(箭), 中等密度, 密度均匀, 与胸膜广基底相连。图 2 CT 增强扫描示胸膜肿块明显不均匀强化。图 3 T₂WI 示病灶呈高信号, 其内有不均匀片状、结节状低信号, 肋间隙内信号不均。图 4 病理图镜下示短梭形细胞, 可见异形性, 核分裂象增多(×400, HE)。

化, 与孤立性纤维瘤呈不均明显强化的特点不同, 可资鉴别; 另外需与滑膜肉瘤、局限结核性胸膜炎等鉴别。但最终确诊需病理诊断。

影像学上本例无肋骨破坏, 边界清晰, 不支持恶性; 但手术可见肋间神经浸润, 而 CT、MRI 没有发现胸壁软组织密度及信号异常, 可能与扫描层厚及 MRI 分辨力有关。

综上所述, CT 或 MRI 显示胸膜肿块, 明显不均匀强化, T₂WI 上病灶内有低信号, 需考虑本病的可能。

参考文献:

- [1] 王坚, 朱雄增. 软组织肿瘤病理学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2008: 209-210.

(收稿日期: 2012-11-24 修回日期: 2013-04-11)

作者单位: 445400 湖北, 利川市人民医院 CT 室

作者简介: 谭平政(1967-), 男, 湖北利川人, 副主任医师, 主要从事 CT、MRI 诊断工作。