

## 原发性食管小细胞癌一例影像学表现并文献复习

侯明伟, 李胜, 邹文远

【中图分类号】R735.1; R814.2; R445.4 【文献标识码】D 【文章编号】1000-0313(2014)07-0848-02

DOI:10.13609/j.cnki.1000-0313.2014.07.029

【关键词】食管肿瘤; 癌, 小细胞; 诊断

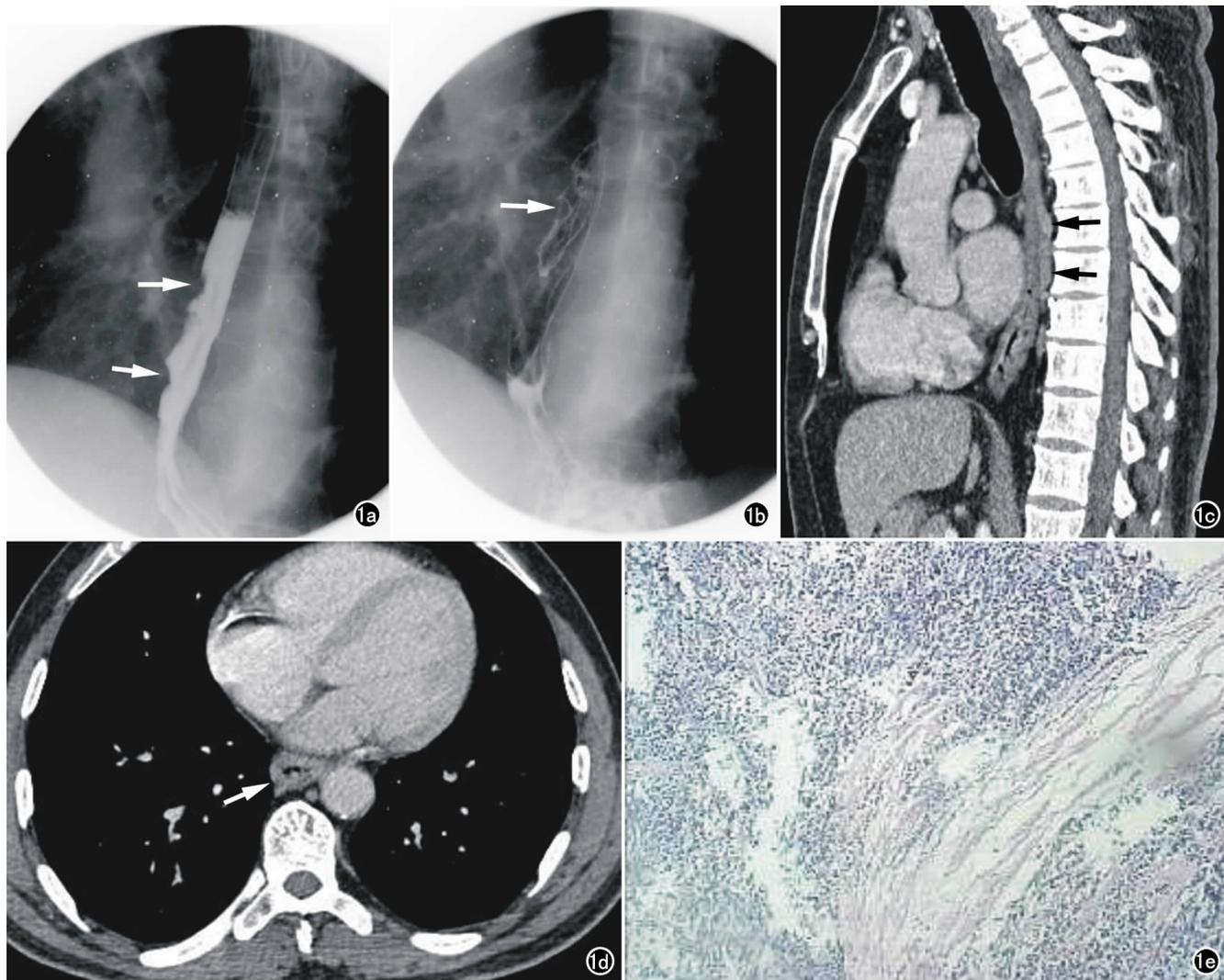


图1 食管中下段小细胞癌。a) 食管钡餐造影示中下段不规则充盈缺损(箭); b) 钡餐造影黏膜相示黏膜中断、紊乱(箭); c) CT增强矢状面重组示食管T<sub>7</sub>~T<sub>9</sub>食管壁明显增厚(箭); d) CT静脉期增强扫描示增厚食管壁明显强化(箭),最厚处约0.9cm; e) 镜下见瘤细胞形态较均匀,体积小,呈淋巴细胞样、燕麦细胞形,核位于中央,染色质深,有核分裂(HE, ×100)。

**病例资料** 患者,男,59岁。3个月前无明显诱因出现进食后梗阻感,伴胸骨后持续性疼痛不适。外院胃镜:据门齿31~35cm处见不规则新生物,质硬,易出血。本院上消化道钡餐造影(图1a,b):钡剂通过食管中下段(T<sub>7-9</sub>)见长约8.0cm食管段蠕动波消失,黏膜纹破坏、中断,局部管腔稍示狭窄,钡剂通过尚可。门诊以“食管中下段癌”收入院。入院后胸部CT增强检查(图1c,d):食管下段管壁增厚,最厚处达0.9cm,增强后均

匀强化。纵隔可见多发小淋巴结。专科检查未及阳性体征。入院后于全麻下行“食管癌”切除术。术后病理(图1e):(食管)溃疡型小细胞癌(低分化内分泌肿瘤),侵及全层。送检贲门淋巴结3枚,食管旁淋巴结4枚,下肺韧带淋巴结1枚,隆突淋巴结13枚均未见癌转移,送检胃左淋巴结1枚,可见癌转移(LN1/1)。免疫组化:Syn(+),CK(+),CK5/6(-),Vim(-),Ki67阳性细胞数约50%。

作者单位:442000 湖北,湖北医药学院附属人民医院放射科  
作者简介:侯明伟(1962-),男,新疆博乐人,主治医师,主要从事消化道疾病影像诊断工作。

**讨论** 原发性食管小细胞癌(primary small cell carcinoma of the esophagus, PSCCE)又称燕麦细胞癌、嗜银细胞癌、神经

## 孕晚期超声诊断罕见单纯无鼻畸形一例并文献复习

张艳红, 钟晓红, 阮爱花, 谢小建, 何晓琴

【中图分类号】R445.1; R714.5 【文献标识码】D 【文章编号】1000-0313(2014)07-0849-02

DOI:10.13609/j.cnki.1000-0313.2014.07.030

【关键词】 产前诊断; 胎儿畸形; 无鼻畸形

**病例资料** 孕妇, 31岁, 孕1产0。孕期产前筛查为低风险, 孕期未接触有毒有害及放射性物质, 孕期无用药史。孕39周因羊水过多来行彩超检查显示: 双顶径 9.1 cm, 头围 32.8 cm, 腹围 31.0 cm, 股骨 7.1 cm, 最大羊水深度 8.0 cm, 羊水指数 25.7 cm, 头先露。胎儿颅骨强回声环可见, 颅内脑中线居中, 丘脑未见融合, 脑室未见增宽, 眼眶、颌面未见异常改变, 上唇未见回声中断, 反复多角度扫查未清晰探及鼻骨及鼻翼(图1、2), 可见胎心搏动及胎动, 心律齐。因胎儿孕周较大, 胎儿四肢无法清晰显示及逐一分辨。胃泡、双肾、膀胱可见, 胎盘位于后壁及右侧壁, 成熟度 II 级。胎儿颈部可见双彩环征。超声提示: ①宫内单活胎(头位); 胎儿颜面部声像提示: 鼻骨及鼻翼未清晰探及。②羊水量过多。③胎儿脐带绕颈两周。于孕39周4天因胎膜早破及相对性头盆不称, 剖宫产分娩一女婴, 阿氏初评10分, 出生体重2715克。患儿出生后靠张口呼吸, 面部未见鼻翼、鼻骨、鼻孔等正常外鼻结构。前额部较宽大, 眼距正常, 唇部正常, 确诊鼻缺如畸形(图3)。出生后该女婴染色体

检查结果正常, 病毒检测提示风疹、巨细胞、单纯疱疹、弓形虫均阴性。患儿父母拒绝做进一步的影像学检查。

**讨论** 鼻的胚胎发育过程及无鼻畸形的病因: 胎儿的各种器官中, 鼻子是最早形成的, “鼻祖”一词就是由此而来的。在胚胎发育至第4周时(胚胎长约0.65 cm), 原始口腔周围形成5个突起: 上方正中为额鼻突, 两侧为两个上颌突, 下方为两个下颌突。胚胎发育至第5周时(胚胎长约0.9 cm), 在额鼻突的两侧形成一对鼻原基, 鼻原基内、外两侧高起形成左、右内侧鼻突和左、右外侧鼻突, 两侧内侧鼻突逐渐向中线及下部方向移行, 到第7周在眼的下方、中线处融合形成鼻中部结构, 包括鼻小柱和上唇人中。外侧鼻突和上颌突融合形成鼻侧部及鼻翼, 内侧、外侧鼻突在下方围成鼻孔<sup>[1]</sup>。因此无鼻畸形的形成障碍应在胚胎发育的第4周左右的额鼻突形成期。

无鼻畸形病因不明, 孕妇高龄、遗传因素及环境因素或药物、病毒、染色体异常等<sup>[2]</sup>可能是导致额鼻突发育或发育障碍, 从而形成无鼻畸形的原因。国内文献报道2例无鼻畸形儿中, 均合并多发畸形。其中1例孕妇孕早期正处在当地风疹病毒流行高发期; 另1例伴染色体13-三体综合症。国外报道1例先天无鼻病例, 其母亲系高龄孕妇。然而本例无鼻畸形婴儿的病

作者单位: 361003 福建, 厦门市妇幼保健院超声医学科  
作者简介: 张艳红(1982-), 女, 福建建瓯人, 主治医师, 主要从事胎儿产前超声诊断工作。  
通讯作者: 张艳红, E-mail: 25185127@qq.com

内分泌癌等。小细胞癌最常发生于肺内, 仅约5%的病例发生于肺外, 发生于食管又是肺外的最常见发病部位<sup>[1]</sup>。在所有食管恶性肿瘤中 PSCCE 发病率低, 仅占食管癌的 0.05%~7.60%, 近十余年国内仅见百余例报道<sup>[2]</sup>。PSCCE 具有生长快、病程短、侵袭性强、进展快及早期可发生淋巴结和血行转移等特点<sup>[3]</sup>, 其中肝和肺是最常见的转移部位。PSCCE 临床表现以吞咽困难多见, 与其它恶性食管肿瘤表现类似, 无特征性改变; 发病年龄高峰在60岁左右, 多位于食管中下段, 对化疗及放疗极为敏感, 但缓解期短, 短期内易复发或远处转移, 预后差。

PSCCE 影像学表现文献报道少<sup>[4]</sup>, 其钡餐造影表现与常见的食管鳞癌、腺癌表现相似, 钡餐造影缺乏特异性。PSCCE 根据病理及影像学表现可分为髓质型、蕈伞型、溃疡型和缩窄型<sup>[5]</sup>。溃疡型 PSCCE 钡餐造影病变区域食管僵硬, 可见到大小不等的龛影, 钡剂通过梗阻较轻, 黏膜相见病变区域黏膜增粗、迂曲、中断和破坏。食管钡餐造影仍然是 PSCCE 术前必备的检查方法之一, 钡餐造影对病变范围、大小及类型的判定有重要价值, 但对肿瘤浸润深度无法直接判断, 对是否存在淋巴结转移无法评估。

PSCCE 的 CT 表现未见文献报道。本例 PSCCE 增强 CT 检查后主要表现为病变段食管壁明显增厚, 最厚处达 0.9 cm, 增

强后呈较均匀的中等程度强化。PSCCE 的 CT 表现与其它食管癌无法鉴别。PSCCE 术前行增强 CT 检查的意义并不在于诊断疾病, 其更为重要的意义是应用 MSCT 评估区域内淋巴结转移状态及对纵隔大血管有无侵犯及对侵犯程度的评估, 通过增强 CT 对肿瘤周围组织、纵隔淋巴结及远隔脏器的评估来确定是否可以行手术治疗及手术的入路部位, 这对临床治疗方案的制定极为重要。

## 参考文献:

- [1] Kazushige A, Yoshiyuki S, Satoshi N, et al. Chemoradiation for small cell esophageal carcinoma: report of 11 cases from multi-institution experience[J]. J Radial Res, 2010, 51(1): 15-20.
- [2] 苗振军, 高强, 林一丹, 等. 原发性食管小细胞癌的临床病理特点和多学科治疗的疗效分析[J]. 中国胸心血管外科临床杂志, 2012, 19(4): 390-394.
- [3] Ku GY, Minsky BD, Rusch VW, et al. Small-cell carcinoma of the esophagus and gastroesophageal junction: review of the Memorial Sloan-Kettering experience[J]. Ann Oncol, 2008, 19(3): 533-537.
- [4] 徐向红, 赵玉年. 食管小细胞未分化癌的临床影像学表现[J]. 实用癌症杂志, 2009, 34(5): 510-511.
- [5] 鲁北, 郭强, 秦好朴, 等. 低张双重造影数字成像对食管隆起性肿瘤的诊断价值[J]. 放射学实践, 2012, 27(8): 847-851.

(收稿日期: 2013-07-18 修回日期: 2013-08-22)