

脊柱血管内皮细胞瘤一例

李铁柱, 戴捷, 刘玲玲

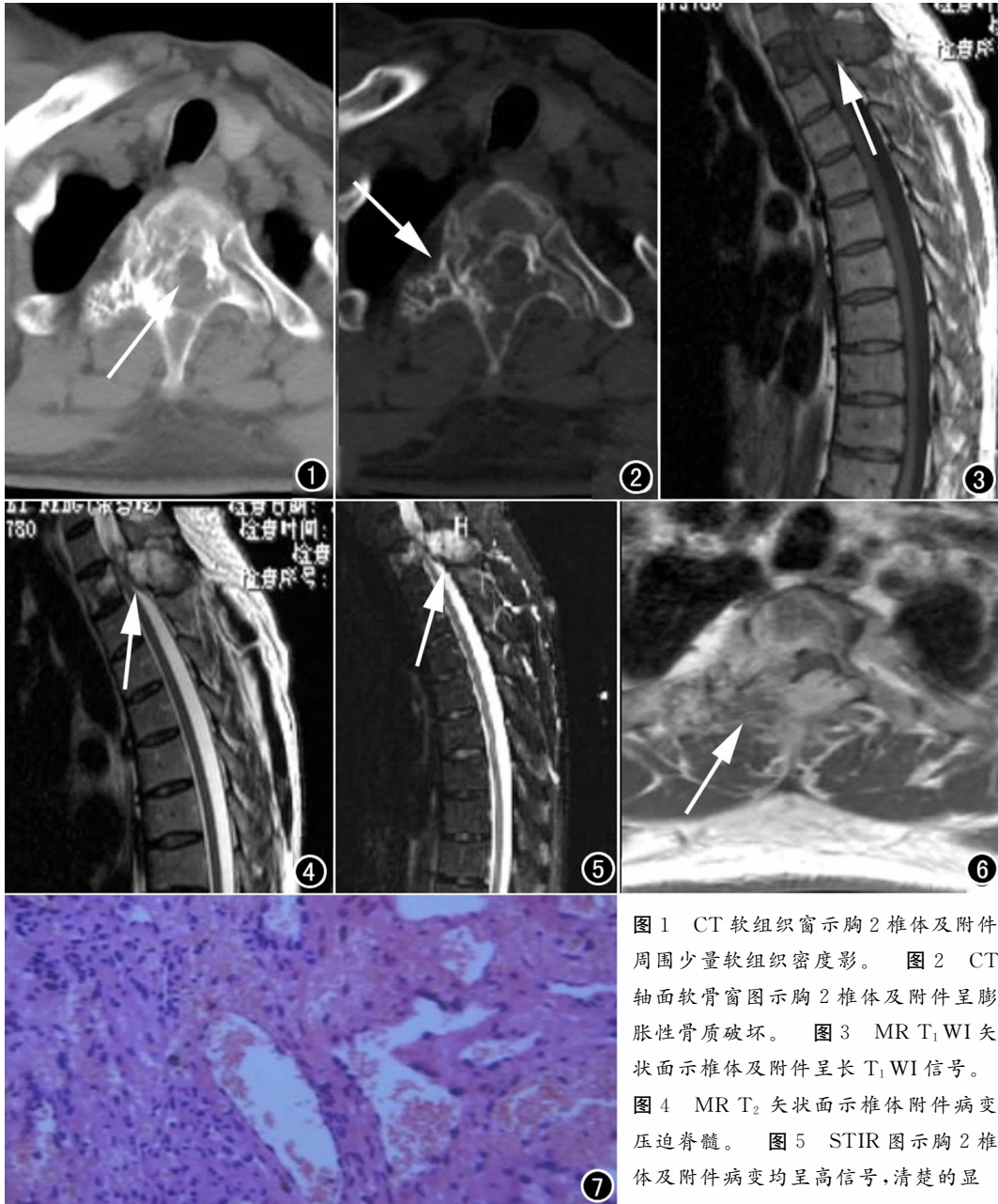
【关键词】 血管肉瘤; 体层摄影术, X 线计算机; 磁共振成像

【中图分类号】 R732.2; R814.42; R445.2 【文献标识码】 D 【文章编号】 1000-0313(2015)10-1061-02

DOI:10.13609/j.cnki.1000-0313.2015.10.022

病例资料 患者,男,55岁,于2个月前无明显诱因出现胸部疼痛,呈刀割样,难以耐受,服用止痛药后缓解。患者于1个月前出现双侧肋骨下缘及下肢麻木,当地医院以脊髓血管病治疗后无效,遂转入我院。专科查体:胸1、2椎体棘突压痛明显,实验室检查阴性。影像学表现:CT表现为胸2椎体及附件膨胀性骨质破坏,椎管稍变窄(图1、2);MR表现为胸2椎体及附件稍膨胀见不规则片状长 T_1 、长 T_2 、STIR高信号,相应水平椎管狭窄,脊髓受压,脊髓内未见明显异常信号, T_1 WI增强扫描病变呈显著均匀强化,周围可见软组织包块(图3~6)。术中所见:于颈7—胸3椎体后正中切开,观察到胸2椎体及椎弓颜色发黑,触之易出血,于显微镜下见肿瘤组织呈黄褐色、质软,无边界。病理表现:间叶组织肿瘤,结合现有组织学特点及免疫学表型特征考虑为混合型血管内皮细胞瘤,部分细胞增生活跃并在骨组织内呈侵袭性生长,具有潜在恶性肿瘤的病理学特点(图7)。

讨论 骨血管内皮细胞瘤(Hemangioendo-



示病变的范围。图6 T_1 WI增强图示病变呈显著较均匀强化,显示软组织包块比较明显。

图7 病理片提示肿瘤为混合型血管内皮细胞瘤,部分细胞增生活跃并在骨组织内呈侵袭性生长($\times 400$, HE)。

thelioma of Bone)是血管腔内排列较密集且有多数交通和内皮细胞增生的病变。以前 WHO 将血管内皮细胞瘤分为良、恶性之间的中间型或未定型,弥漫浸润生长但不转移。2000 年及

作者单位:721004 陕西,解放军第三医院影像科

作者简介:李铁柱(1984—),男,陕西宝鸡人,主治医师,主要从事中枢神经系统影像学诊断工作。

2002 年 WHO 骨肿瘤分类中,中间性的血管内皮细胞不再单独分类,而是归入骨的血管肉瘤中^[1],WHO 统计占原发性骨肿瘤的 0.28%,占恶性骨肿瘤的 0.52%。可见于 7~75 岁,但以 20 岁以下为多见,在 20~30 岁之间以男性多见。病变可单发或多发,多发性病变中年龄较单发性者年轻 10 岁^[2]。

临床上血管内皮瘤一般引起局部钝痛,并有压痛,有时可有软组织包块和关节内积血。发生于脊椎者常出现神经根痛。病程长短不一,可数周至数年。

组织病理学:最常见的组织学特征是肿瘤细胞形成血管腔样结构,骨血管肉瘤组织学变化多样,从类似于血管瘤的高分化形态到难以辨认的低分化状态均可见到。目前血管内皮细胞瘤是指血管肉瘤中分化较好的那一类,这类肿瘤主要是由内皮细胞的条索、实性巢或带相互交汇而成,有时形成狭窄的管腔。核可以显示为不同程度的多形性和异型性。免疫表型:内皮细胞一致性表达 Vimentin,许多细胞Ⅷ因子、CD31、CD34 和 Ulex Eurppaeus 反应着色。超微结构:内皮细胞中含有 Weibel-Palade 小体,但在分化差的肿瘤中难以发现。

血管内皮细胞瘤的影像学表现:主要检查方式为 X 线、CT

和 MRI,表现为不规则的溶骨性膨胀性骨破坏,边界清楚,松质骨及骨皮质均可累及,可有硬化边。骨破坏区内可见残余骨小梁,骨膜反应不多见;MRI 更有利于显示病变的范围,可以显示比 CT 更大范围骨髓受侵的情况。而分化较差的血管肉瘤其骨破坏为斑片状、泡沫状或大片状,边界不清,骨皮质部分或全部消失,邻近区有放射状骨针,并有骨膜反应,有时还有软组织包块。肿瘤内有大量迂曲的不规则瘤血管动静脉瘘。新生紊乱的血管丛在血管肉瘤更为常见。治疗及预后:其治疗主要是以手术切除为主,并辅以局部放疗,转移少见,但易复发。组织学分化程度是决定本病预后最重要因素。目前研究表明多发病灶者,由于一般细胞分化较好故有较好的预后。

参考文献:

- [1] 程红,金木兰. 软组织与骨肿瘤病理学和遗传学(2000 世界卫生组织肿瘤分类及诊断标准系列)[M]. 北京:人民卫生出版社,2004:378-380.
- [2] 段成祥,王晨光. 骨肿瘤影像学(现代临床影像学丛书)[M]. 北京:科学技术出版社,2004:383-384.

(收稿日期:2015-03-02 修回日期:2015-03-16)

• 病例报道 •

肺上皮样肉瘤一例

颜志平, 陈思敏, 郭春生

【关键词】 肺肿瘤; 体层摄影术, X 线计算机; 诊断

【中图分类号】R814.42; R734.2 【文献标识码】D 【文章编号】1000-0313(2015)10-1062-02

DOI:10.13609/j.cnki.1000-0313.2015.10.023

病例资料 男,51 岁,发现左肺门肿块 3 个月余。因咳嗽伴咯血丝痰 1 个月就当地医院。行胸部 CT 示左肺门占位伴阻塞性肺炎,先后两次纤支镜活检均未见肿瘤细胞,为进一步治疗转诊入院。发病以来患者一般状况尚好,近 3 个月体重下降 3 kg。化验三大常规、肝肾功能电解质、CEA、凝血指标未见明显异常。体检胸廓对称无畸形,胸骨无压痛,左肺呼吸音减弱,右肺呼吸音清晰,双肺未闻及明显干湿性罗音及胸膜摩擦音。胸部 CT 检查:左肺门区见较大的软组织肿块,大小约 5.3 cm×9.0 cm×10 cm,平扫 CT 值 35~49 HU,肿块内缘与纵膈粘连,界限不清,外缘浅分叶,边界清楚(图 1),左肺门结构不清,纵膈淋巴结肿大,左肺动脉、左主支气管及其分支被包绕管腔明显变窄,表面不平整(图 2),增强扫描轻中度不均匀强化,CT 值 43~74 HU,以边缘明显,左肺动脉及其分支明显受压变窄(图 3)。左肺上下叶散在斑片状影及条索影、部分肺不张,以下叶为主,左侧中量胸腔积液。ECT 检查示全身骨骼未见明显恶性肿瘤骨转移。

纤支镜及病理检查结果:左主支气管歪曲变形,其管腔内及左上下叶支气管开口处见多发新生物隆起,触之易出血,活检 6 次并给予局部灌洗。镜下观察:肿瘤由增生的梭形细胞构

成,细胞有异型性,可见核分裂像,并见瘤巨细胞;部分瘤细胞排列呈腺样结构,免疫组化结果(图 4):阳性:CD34、Vimentin、EMA、CK19、Ki-67(+,>90%);阴性:Bcl-2、LCA(灶+)、CK5/6、P63、CK(L)、CD31、F8、CEA、CK7、CK20、HMB45、S-100、Melan-A 等,病理诊断为未分化上皮样肉瘤。

讨论 上皮样肉瘤(epithelioid sarcoma, ES)是一种少见的、组织起源未定的软组织恶性肿瘤,1970 年由 Enzinger 首次命名,组织学上一般由上皮成分与肉瘤样梭形细胞和(或)巨细胞混合组成的多形性癌,常以肉瘤样组织占优势,其既表现出上皮源性肿瘤的组织学特点,亦可表现出间叶性肿瘤的特征^[1,2]。本病多见于 60 岁以上有多年吸烟史的老年人,男性多于女性,男女之比约 2:1~6:1。可发生在全身各部分,原发于肺的 ES 非常少见,占肺部恶性肿瘤的 0.3%~4.7%,可发生于任何肺叶或肺段,根据其生长部位可分为中心型和周围型,以周围型多见。由于肿瘤有假包膜形成,瘤细胞不易脱落,故痰检阳性率不足 5%^[3]。支气管镜检查虽能发现管腔内肿物,但活检阳性率也很低,因此,对不明原因的新生物阻塞性肺不张应多次行支气管镜检查,并尽可能将腔内肿物取出,直至病因明确。

肺 ES 常见症状为咳嗽、咳血、发热、胸痛等,临床表现与肺癌相比无特异性,CT 表现为肺内实性肿块呈分叶状,提示肿块生长较快,增强边缘呈斑片状、环状强化,肺门淋巴结肿大,这

作者单位:361003 福建,厦门 174 医院医学影像科

作者简介:颜志平(1965-),男,福建厦门人,副主任医师,主要从事中枢神经系统及胸腹部疾病诊断工作。