

肠系膜癌肉瘤一例

郑玉丽, 任克

【关键词】 肠系膜; 癌肉瘤; 体层摄影术, X线计算机; 肠胃胀气

【中图分类号】 R814.42; R322.492; R730.262 【文献标识码】 D 【文章编号】 1000-0313(2016)06-0554-02

DOI:10.13609/j.cnki.1000-0313.2016.06.019

病例资料 患者,女,50岁,6d前无意中发现右下腹一拳头大小包块,伴腹胀,饱食后腹胀加重,无恶心呕吐,无腹泻、黑便及大便秘质改变。2009年行左肾错构瘤切除术。体格检查:腹部略膨隆,无压痛,无反跳痛及肌紧张,右下腹可触及一8 cm×8 cm包块,质韧,表面不光滑,活动度一般,肝脾不大,肋下未触及。

CT平扫加增强:右侧盆腔入口见不规则包裹性混杂低密度影,其内可见实性成分,大小约6.26 cm×5.43 cm,包膜较完整,平扫实性成分CT值约30 HU,动脉期及延迟期CT值分别为43 HU、63 HU,周围及盆腔可见液性密度影及小结节影,大小约1.7 cm×1.2 cm,病灶与周围肠管关系密切,肠管无明显扩张(图1~5)。

手术及病理所见:全麻下行右半结肠切除术,腹腔内见少量黄色腹水,肿瘤位于末端回肠肠系膜,大小约6 cm×8 cm,与邻近小肠、升结肠粘连界限不清,切面灰白,质地不均匀。右半结肠可触及多个肿大淋巴结。

镜下所见:恶性细胞呈腺样及松散团巢状分布,局部伴软骨分化(图6)。免疫组化:CK(+), Vimentin(部分+), CK7(部分+), CK20(+/-), CDX-2(-), S-100(-), SMA(-), CD117(弱+), Chromogranin A(弱+), CD99(+), Melan A(-), HMB45(-), Ki-67(60%+), P63(-), β -Catenin(部分+), CD34(血管+), ER(-), PR(-), CD10(部分+), MC(灶状+), D2-40(局灶+), CD30(局灶+), PLAP(灶状+)。

作者单位:110001 沈阳,中国医科大学附属第一医院放射科

作者简介:郑玉丽(1989-),女,山东潍坊人,硕士研究生,主要从事腹部影像学诊断。

通讯作者:任克, E-mail:renke815@sina.com

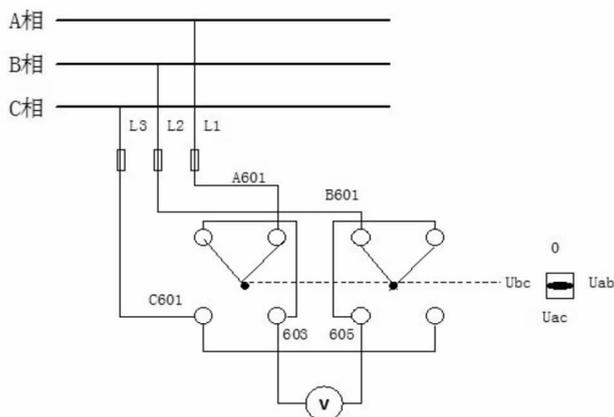
病理诊断:肠系膜癌肉瘤。

讨论 肠系膜包含血管、平滑肌、淋巴结、脂肪、淋巴管及结缔组织,这些组织均可发生肿瘤,故肠系膜肿瘤类型较为复杂。肠系膜肿瘤主要来源于中胚层组织,多属恶性肿瘤。多数情况下,肠系膜肿瘤原发多于继发,恶性多于良性。肠系膜恶性肿瘤大多位于小肠系膜,其次为乙状结肠和横结肠系膜。

癌肉瘤(carcinosarcomas, CS)是由间叶成分和上皮成分组成的混合性恶性肿瘤,又称为恶性混合性中胚叶肿瘤、恶性混合性苗勒氏管肿瘤、肉瘤样癌,它是一种罕见的高度恶性肿瘤,多发生在肺、食管、喉、胆囊、乳腺等^[1],发生于肠系膜的癌肉瘤极为罕见。

患者早期常无明显症状和体征,可有恶心、呕吐、柏油样便及便秘等。晚期可出现腹部包块、腹痛、急性肠梗阻、肠扭转的表现,部分患者可因肿瘤压迫肾、输尿管而引起相应症状及体征。

回顾本病例,肿块呈包膜内膨胀性生长,肠管被其包绕的肿块向两侧推移,但肿块与同侧腰大肌分界清晰,周围见被推压的肠系膜小动脉,以上几点可以帮助判断肿块的来源。本病的定位诊断主要与来源于腹膜后的肿瘤相鉴别,腹膜后肿块主体位于腹膜后间隙,肿块向前突入腹腔时会推压肠系膜动/静脉前移,邻近肠管向前方移位,而来源于肠系膜的肿瘤会推压血管向前或后移位。再者,腹膜后肿瘤多体积较大且较为局限,而来源于肠系膜的恶性肿瘤常以弥散分布多见。肠系膜癌肉瘤属于高度恶性肿瘤,CT表现为体积较大的囊实性肿块,呈分叶状,密度不均,形态不规则,边缘不规整,增强扫描肿块呈不均匀延迟强化,实性部分轻中度强化,囊性部分不强化,且肿块与邻近的小肠、升结肠粘连,分界不清。肠系膜癌肉瘤与来



备注:万能转换开关型号为:LW5-16 YH3/3

③

图3 电压测量电路。

路,没过多久,交流接触器断开,说明故障应该在交流接触器上。先拆下接触器灭弧罩,发现触头不干净,但没有烧焦痕迹,清理触头后,通电测试,没有解决问题。最后换上同型号,线圈工作电压相同的新接触器后故障解除,接下来开启磁共振设备,再做患者,机器恢复正常。

参考文献:

- [1] 黄祥国,樊先茂,张佐成,等. 医学影像设备学(第2版)[M]. 北京:人民卫生出版社,2009:42-46.
- [2] 李刚,张旭. 生物医学电子学[M]. 北京:电子工业出版社,2008:213-222.
- [3] 冯红军. 交流接触器触点吸合故障及处理[J]. 煤矿机械,2010,31(5):249-250.

(收稿日期:2015-08-03 修回日期:2015-09-07)

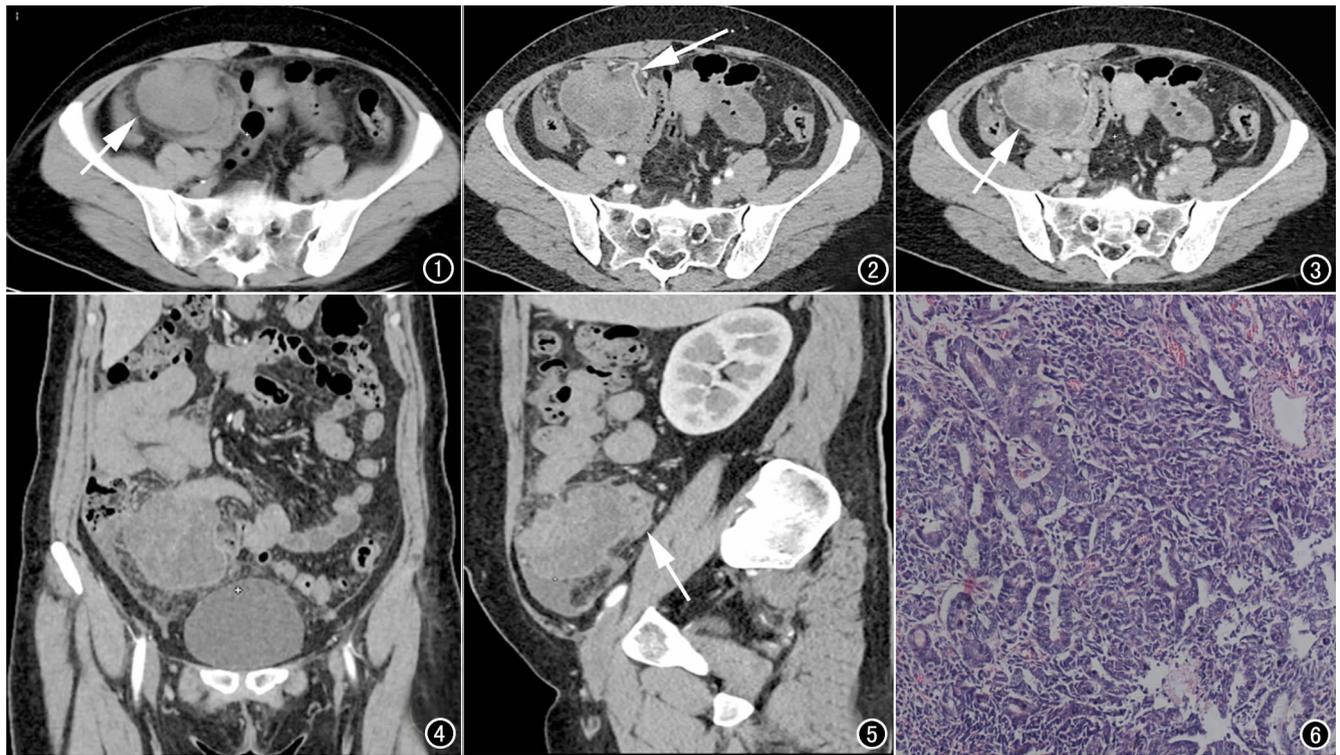


图1 CT平扫示右侧盆腔入口处不规则包裹性囊实性肿块,实性部分CT值约30HU,与邻近小肠、结肠关系密切,部分肠管被推向两侧、后方,周围见液性密度影(箭)。图2 动脉期实性部分轻度强化,CT值约43HU,囊性部分未见强化,肿块推压周围肠系膜小动脉(箭)。图3 延迟期病灶实性部分进一步强化,CT值约63HU,囊性部分未见强化。图4 三维重建冠状面更加清晰显示病灶与周围肠管的关系(箭)。图5 三维重建矢状面显示病灶与同侧腰大肌分界清晰(箭)。图6 镜下恶性细胞呈腺样及松散团巢状分布,局部伴软骨分化($\times 200$, HE)。

源于肠系膜的良性肿瘤如囊肿、淋巴管瘤、脂肪瘤、纤维瘤、平滑肌瘤等鉴别相对容易,前两者表现为边界清晰、密度均匀的薄壁肿块,无强化,也可呈多房性生长;后三者多边界清楚,密度均匀,脂肪瘤无强化,纤维瘤、平滑肌瘤强化均匀^[2]。但与肠系膜其他恶性肿瘤鉴别相对困难,平滑肌肉瘤为体积大,以实性成分为主的囊实性肿块,囊变多位于肿瘤外周,增强后实性成分明显不均匀强化,可发生远处转移;脂肪肉瘤混有脂肪密度和软组织密度,其内可见分隔,常伴有囊变,增强后软组织成分、分隔强化;恶性淋巴瘤呈单个肿块或多个小肿块融合形成较大肿块,不规则,肿块包绕肠系膜脂肪和血管形成典型的“三明治”征^[3],恶性周围型神经鞘瘤肿块分布较散且不规则,可囊变,增强后实性部分明显强化。恶性畸胎瘤多伴钙化、脂肪、骨骼、牙齿等组织学类型,增强后实性部分强化明显。当其它部位的肿瘤转移累及肠系膜时,多表现为“星状”或“皱褶状”包块^[4]。此外,肠系膜转移瘤可表现出原发肿瘤的某些特征性改变,根据其特点,可寻找出原发病灶,有助于鉴别诊断。

总之,肠系膜癌肉瘤大多可以准确定位,CT可显示肿块的形态、大小、密度及与周围组织的关系,但是由于肠系膜肿瘤病理类型复杂,术前定性诊断较为困难,误诊率高,最后的诊断还是要依靠组织病理学检查。

参考文献:

- [1] 方铤华,林雪平. 肉瘤样癌及癌肉瘤的新认识[J]. 肿瘤研究与临床, 2005, 17(2): 138-139.
- [2] 李小荣,欧陕兴,钱民,等. 原发性肠系膜肿瘤的CT诊断[J]. 放射学实践, 2008, 23(1): 37-40.
- [3] 张庆普,赵建春,蔡欣,等. 肠系膜肿块的CT诊断[J]. 临床放射学杂志, 2002, 21(12): 955-960.
- [4] Guest PJ, Reznik RH, Selleslag D, et al. Peritoneal mesothelioma: the role of computed tomography in diagnosis and follow up[J]. Clin Radiol, 1992, 45(2): 79-84.

(收稿日期:2015-12-22 修回日期:2016-01-18)