

## 髓外造血一例

杨慧, 杨瑞, 刘继伟

【关键词】 髓外造血; 软组织肿瘤; 体层摄影术, X 线计算机; 病理学

【中图分类号】 R814.42; R738.6 【文献标识码】 D 【文章编号】 1000-0313(2016)10-1020-02

DOI:10.13609/j.cnki.1000-0313.2016.10.029

**病例资料** 患者,男,49岁。2年前因外伤行胸部CT检查,发现后纵隔占位,CT示脊椎旁多发软组织团块,考虑神经源性肿瘤可能性大。2个月前出现胸闷、胸背部胀痛遂入我院。体检全身皮肤黏膜黄染。凝血功能测定示纤维蛋白原1.8g/L,血常规示中性粒细胞比率72.7%,红细胞 $3.49 \times 10^9/L$ ,血红蛋白95g/L,红细胞压积30.6%,平均血红蛋白浓度310g/L,红细胞分布宽SD64%,红细胞分布宽度CV21.9%。肝功能示

总胆红素 $89.9 \mu\text{mo/L}$ ,直接胆红素 $24.6 \mu\text{mo/L}$ ,间接胆红素 $65.3 \mu\text{mo/L}$ 。尿常规示潜血3+Cell。复查胸部CT较前无明显变化。胸部CT示后纵隔两侧胸椎旁沟内多发大小不等的软组织块影,分布范围 $T_2 \sim T_{12}$ 水平,但以下段胸椎旁分布较多且较大,最大约 $7.4 \text{ cm} \times 6.1 \text{ cm} \times 6.5 \text{ cm}$ ,呈半圆形、丘状、扁平状,宽基底附于椎旁或后肋旁,边缘光滑,其内密度不均,增强后呈中、重度不均匀强化,并见穿行其内粗大肋间动脉。脾脏

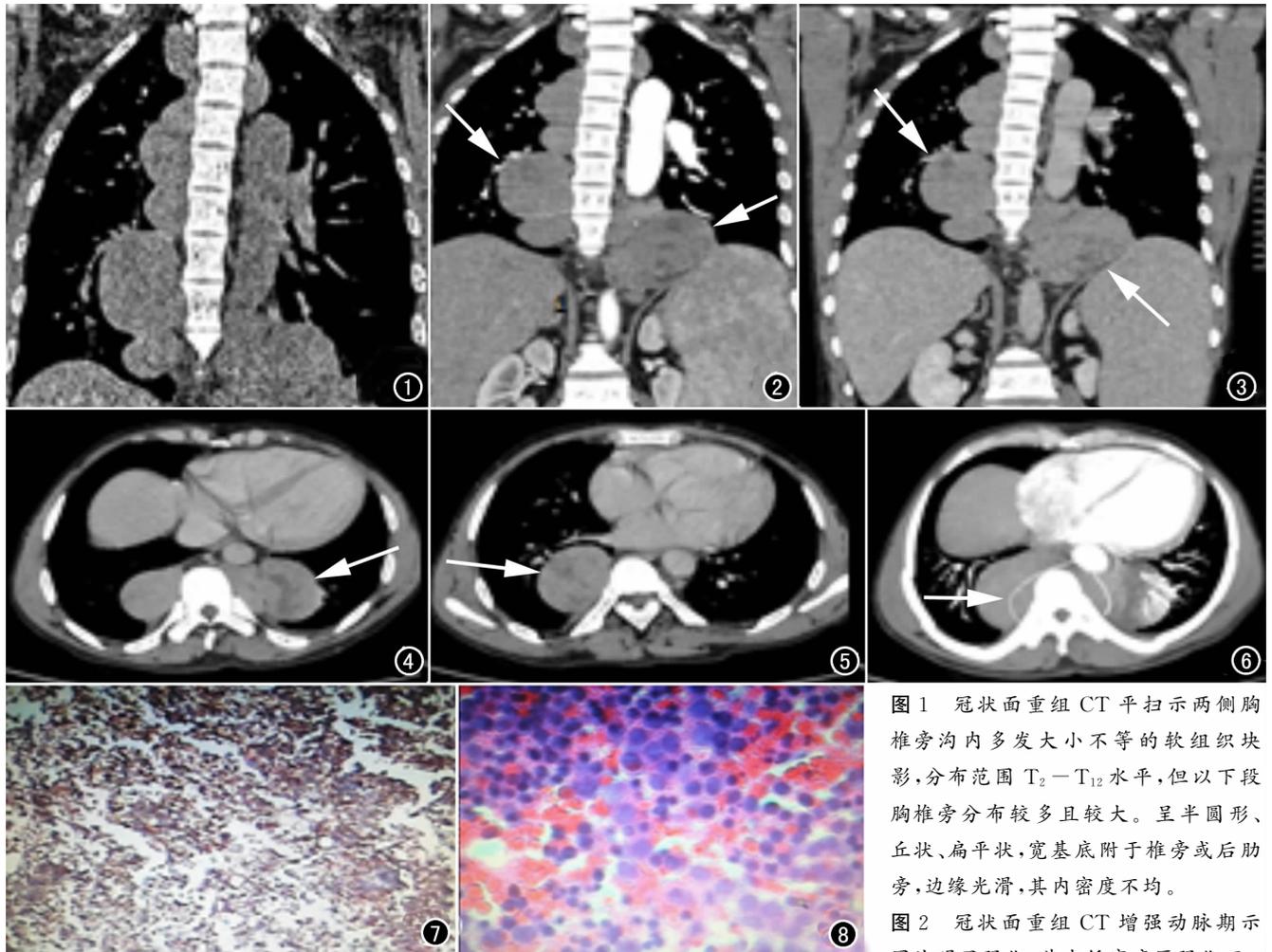


图1 冠状面重组CT平扫示两侧胸椎旁沟内多发大小不等的软组织块影,分布范围 $T_2 \sim T_{12}$ 水平,但以下段胸椎旁分布较多且较大。呈半圆形、丘状、扁平状,宽基底附于椎旁或后肋旁,边缘光滑,其内密度不均。

图2 冠状面重组CT增强动脉期示团块明显强化,其内低密度区强化不明显(箭)。

图3 冠状面重组CT增强静脉期示团块进一步强化,其内低密度区范围略缩小(箭)。

图4 横轴面约平胸9椎体层面CT增强静脉期示团块内低密度区更加清晰明显(箭)。

图5 横轴面约平胸8椎体层面CT增强静脉期示团块内低密度区(箭)。

图6 横轴面约平胸9-10椎体层面CT增强动脉期MIP像示其由肋间动脉供血(箭)。

图7 免疫组化(HE $\times 100$ ):CKPan(-) Vim(+),CD3(-),CD20(-),CD68(-),bcl-2(-),CD38(-),CD99(灶+),CD56(-),Ki67(80%~90%)。

图8 淋巴细胞、血细胞,其中有部分细胞核圆,稍大异型。涂片:未发现肿瘤细胞(C1301468)(HE $\times 400$ )。

作者单位:450000 郑州,河南省胸科医院影像科

作者简介:杨慧(1984-),女,河南驻马店人,主治医师,主要从事胸部影像诊断工作。

增大(图 1~6)。诊断:纵隔髓外造血组织及神经源性肿瘤、淋巴瘤等待鉴别。后行 CT 引导下穿刺活检术,取得组织送病理检查。病理诊断:后纵隔多发髓外造血组织增生(图 7、8)。

**讨论** 髓外异位造血组织增生(extramedullary hematopoiesis, EMH)是骨髓的造血功能遭到破坏或不能满足机体的需要时,胚胎时期曾一度出现过的造血组织,为弥补骨髓造血功能的不足,重新恢复造血<sup>[1]</sup>。它是某些血液病和长期严重贫血患者的代偿现象,主要见于肝、脾和淋巴结,但发生在纵隔内脊柱旁较为少见。查阅国内外近几十年的文献资料,影像报道不多<sup>[2-4]</sup>。有一种学说是纵隔脊柱旁骨膜下存在少量具有潜在造血功能的造血组织,在病理状态下可因造血功能的需要过度增生,表现为两侧脊柱旁瘤样增生软组织块影<sup>[1]</sup>。由于对它认识不足,许多病例易被误诊为纵隔旁神经源性肿瘤<sup>[5]</sup>,手术切除而引起贫血恶化。EMH 属于良性病变,如无合并症,不需进行特殊治疗。本例患者全身皮肤黏膜黄染,有溶血异常,血象低,并且髓外造血代偿脾大,脊柱旁多发造血组织团块影,所以诊断起来并不困难。诊断纵隔型 EMH,需要结合临床病史及实验室检查、病理结果及影像表现。影像上纵隔型 EMH 需要与神经源性肿瘤及淋巴瘤等鉴别。EMH 好发于慢性造血功能障碍或溶血患者,所以了解病史非常关键。由于其是造血组织代偿增生,富血供,影像上 CT 或 MRI 增强明显强化,也是其鉴别的一个特点。本例患者 CT 上密度不均匀,个人认为其内

低密度区属于造血组织无序增生重构形成的粗大纤维条索间隔,不是肿瘤的液化坏死,这也是与神经源性肿瘤及淋巴瘤相鉴别的一个重要特点。①神经源性肿瘤:无上述血液病史,病变密度可不均匀,强化不如 EMH 明显,沿脊柱旁沟多发生生长少见,常有邻近骨质压迫吸收,椎间孔扩大等,无椎体骨髓增生异常表现。②淋巴类肿瘤:有长期低热病史,多合并全身其他部位淋巴结肿大,常见于中纵隔,病灶多发并相互融合呈分叶状,坏死常见。

#### 参考文献:

- [1] 陆建常. 纵隔髓外造血组织增生的影像表现(附 2 例报告文献复习)[J]. 临床放射学杂志, 2005, 24(3): 225-228.
- [2] Indrak K, Herman M, Dusek J, et al. Congenital dyserythropoietic type II anemia complicated by extramedullary hematopoiesis in the posterior mediastinum[J]. VnirLek, 1995, 41(10): 704-709.
- [3] Tamburrini O, Della SM, Mancuso PP, et al. The diagnostic imaging of intrathoracic extramedullary hematopoiesis[J]. Radiol Med Torino, 1992, 84(5): 582-586.
- [4] 黄仲奎, 龙莉玲, 宋英儒. 地中海贫血的骨髓 MRI 与 X 线平片对照分析[J]. 中华放射学杂志, 2002, 36(6): 533-536.
- [5] 古丽巴合尔. 纵隔瘤样增生髓外造血影像学误诊讨论[J]. 临床误诊误治, 2007, 20(3): 75.

(收稿日期: 2015-12-02 修回日期: 2016-02-15)

## • 病例报道 •

### 胃神经鞘瘤一例

马丽娅, 胡道予

**【关键词】** 胃肿瘤; 神经鞘瘤; 体层摄影术, X 线计算机; 病理学

**【中图分类号】** R730. 264; R735. 2; R814. 42 **【文献标识码】** D **【文章编号】** 1000-0313(2016)10-1021-02

DOI: 10. 13609/j. cnki. 1000-0313. 2016. 10. 030

胃神经鞘瘤是起源于胃壁神经轴突的神经鞘的肿瘤, 其生长缓慢, 绝大部分为良性肿瘤, 预后良好。

**病例资料** 女, 40 岁, 因上腹隐痛 1 年余, 加重 3 个月入院, 无明显诱因出现剑突下隐痛, 饥饿时明显, 进食后可缓解, 不伴有恶心呕吐, 无发热、惊慌胸闷等不适。行超声胃镜示胃体固有肌层隆起(疑似 GIST)。临床常规实验室血液检查无明显异常。CT 示胃体大弯侧粘膜炎一类圆形不规则肿块, 大小约 4.6 cm × 2.8 cm, 突向腔内, 动脉期及门脉期(图 1~4)均轻度均匀强化, 动脉期 CT 值 58 HU, 静脉期 CT 值 73 HU, 其相邻胃大弯侧系膜可见数个类圆形肿大强化淋巴结影, 大者直径约 0.9 cm。术中见胃肿块位于胃大弯胃体近胃窦处, 约 4 cm × 3 cm 大小, 活动可, 临近胃大弯似可见肿大淋巴结。完整切除肿块。病检示(胃体)神经鞘瘤, 送检胃体大弯 4 枚淋巴结未见肿瘤组织, 梭形细胞为主, 大小形态均一, 部分呈编织状(图 5)。免疫组化: S-100(+), VIM(+), EMA(+), CD117(-), SMA

(-), DES(-), Caldesmon(-), ALK(-), STAT6(-), Ki-67 (LI 约 2%~5%)。

**讨论** 胃神经鞘瘤, 亦称施万细胞瘤, 起源于胃壁神经轴突的神经鞘, 是胃肿瘤中的少见肿瘤, 其占胃部肿瘤 0.2%<sup>[1]</sup>。发病女性与男性比例约 4~7:1<sup>[2,3]</sup>。肿瘤生长缓慢, 表现多为腹痛、消化道出血、食欲下降、体重减轻等原因来医院就诊而发现, 部分患者是因其它原因检查偶然发现<sup>[2,4]</sup>。其绝大多数为良性肿瘤, 预后良好, 很少复发<sup>[5]</sup>, 极少数为恶性<sup>[6]</sup>, 有复发或转移的可能<sup>[4]</sup>。

胃神经鞘瘤主要位于胃体及胃窦部, 可呈腔内生长、腔外生长或混合生长, 在 CT 图像上表现为边界清楚、密度均匀的实质性肿块, 囊变、出血、坏死少见, 平扫时呈稍低密度, 增强后大多数病灶均匀轻度强化, 少部分为不均匀强化, 动脉期、门脉期及延迟期强化逐渐增加, 强化峰值位于延迟期<sup>[3]</sup>。CT 上可观察到病灶附近胃周肿大淋巴结, 但一般为炎性反应性增生, 肿瘤转移极少见<sup>[3,4]</sup>。本文病例呈腔内生长, 病灶包膜强化幅度高于肿块实质, 灶周肿大淋巴结均未见肿瘤转移。

病理方面, 肿瘤大体表现为边界清晰肿块, 呈黄色或黄白

**作者单位:** 430030 武汉, 华中科技大学同济医学院附属同济医院放射科

**作者简介:** 马丽娅(1987-), 女, 湖北京山人, 硕士, 主治医师, 主要从事腹部影像学研究工作。