

腹膜后孤立性纤维瘤 1 例并文献复习

陈林, 邹子然, 刘慧, 李志

【关键词】 孤立性纤维瘤; 腹膜后; 体层摄影术, X 线计算机; 血管成像; 病理学

【中图分类号】 R735.4; R814.42 【文献标识码】 D 【文章编号】 1000-0313(2017)08-0885-02

DOI:10.13609/j.cnki.1000-0313.2017.08.022

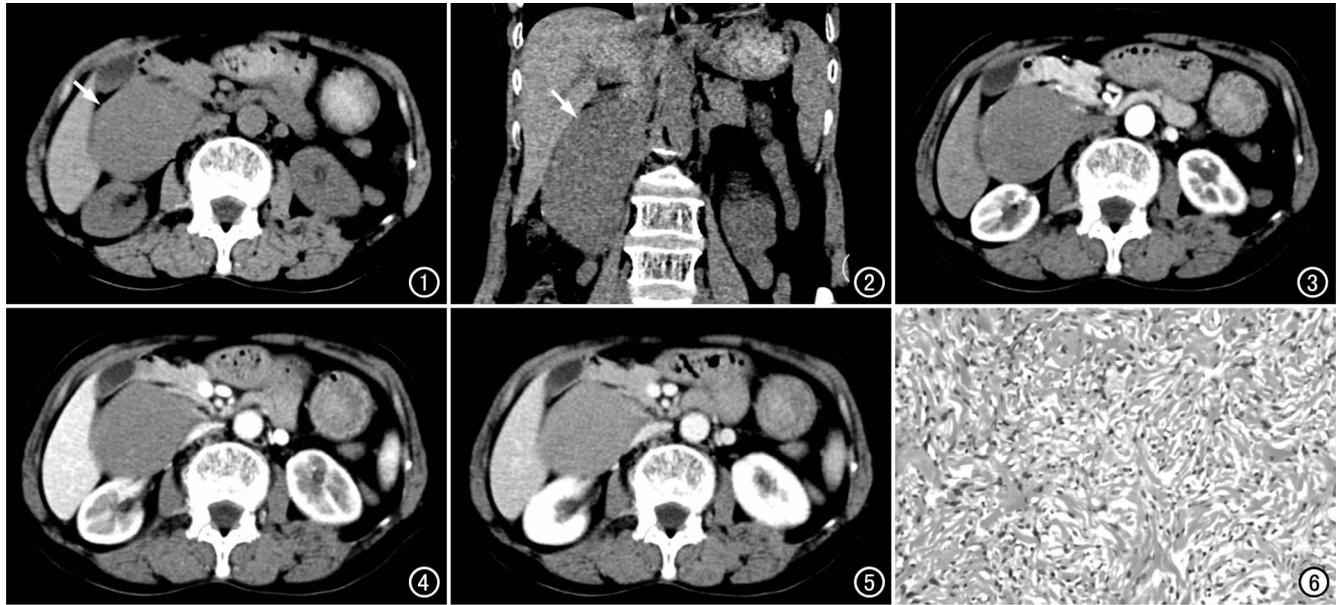


图 1 CT 平扫示病灶位于右侧肾前间隙(箭),密度均匀,平均 CT 值 42HU。图 2 CT 平扫冠状面图像,示病灶边缘光整(箭),边界清晰,邻近组织轻度受压。图 3 CT 增强扫描动脉期,病灶强化较均匀,平均 CT 值 60HU。图 4 静脉期示病灶有轻度强化,平均 CT 值 67HU。图 5 延迟期示肿瘤呈均匀强化,平均 CT 值 79HU。图 6 病理片镜下示肿瘤细胞呈圆形或梭形,胞质稀少,胞界不清。肿瘤细胞呈束状分布,其间可见大量玻璃样变的胶原纤维(×100,HE)。

病例资料 患者,女,59 岁,因发现血尿半个月、腹部 CT 提示腹膜后肿块 1 周入院。查体无特殊。腹部 CT 平扫:右侧肾前间隙内单发类圆形软组织密度影,密度均匀,平均 CT 值 42 HU(图 1),边缘光整,边界清晰,大小约 7.3 cm×5.8 cm×10.6 cm,邻近组织轻度受压(图 2)。增强扫描:肿块呈中度均匀强化,平均 CT 值动脉期为 60 HU(图 3),静脉期为 67 HU(图 4),延迟期为 79 HU(图 5);CTA 示肿块由肝总动脉分支和腹主动脉分支供血。入院后于全麻下行腹部肿瘤切除术。术中探查发现肿块位于腹主动脉与右肾蒂之间,由肝总动脉分支和腹主动脉分支供血,肿瘤包膜完整、质地柔软、大小约 10 cm×8 cm×6 cm,与周围组织分界清楚。充分暴露术野,分离肿块与周围组织。在肿瘤根部双重结扎后离断营养血管,完整切除肿瘤

送病理检查。大体标本观察:肿瘤大小约 10.5 cm×7.0 cm×6.0 cm,切面呈灰白色、质韧,外附包膜。镜下示肿瘤细胞呈圆形或梭形,分布呈束状,胞质稀少,胞界不清;瘤细胞之间可见大量玻璃样变的胶原纤维(图 6)。免疫组化检查:bcl-2(+),CD34(+++),CD99(+),Ki-67(1%+),EMA(-),S100(-),SMA(-),Vimentin(+). 病理诊断:腹膜后孤立性纤维瘤。术后随访 3 个月,所有患者血尿消失,复查 CT 未见肿瘤复发征象。

讨论 孤立性纤维瘤(solitary fibrous tumor, SFT)是一种罕见的间叶源性肿瘤,多见于中老年人,无明显性别差异^[1-2]。病理研究结果显示,SFT 起源于表达 CD34 抗原的树突状间质细胞^[3],免疫组化检查发现 CD34、Vimentin、CD99 和 bcl-2 呈阳性具有诊断意义^[4],Ki67 被认为是肿瘤增殖扩散的标志^[5]。SFT 可发生于全身各个解剖部位^[6],最常见于脏层胸膜^[7],发生在胸膜外的 SFT 相对少见^[8-9],发生于腹膜后间隙者尤为罕见^[3]。发生于腹膜后的 SFT 患者一

作者单位:330000 南昌,南昌大学第一临床医学院影像 131 班(陈林、邹子然、刘慧);330000 南昌,南昌大学第一附属医院影像科(李志)

作者简介:陈林(1994—),男,江西宜春人,本科,主要从事腹部影像诊断工作。

般无明显临床症状,肿瘤较大时可产生相应的压迫症状,如腰部不适、疼痛和血尿等,少数患者可有低血糖的症状^[10]。本例患者59岁,病灶位于右侧肾前间隙,有血尿,无低血糖。SFT的典型影像学表现为CT平扫呈均匀或不均匀等或略高密度,边界清楚;恶性者密度可不均,出血、坏死和囊变较多见。动态增强扫描显示肿瘤呈“快进慢出”的表现,是SFT的特征性表现^[9],本例患者CT增强扫描静脉期及延迟期显示肿瘤呈渐进性强化,这可能与SFT瘤细胞间大量玻璃样变的胶原纤维及细胞排列疏松,细胞外间隙扩大,对比剂在其间聚集、廓清缓慢有关。本例CTA示肿块由肝总动脉分支和腹主动脉分支供血,有学者认为此表现具有一定的鉴别诊断意义^[11]。

SFT患者治疗方案的选择应个体化,通常良性者行肿瘤切除,恶性者行根治性切除术加术后放化疗,不能切除者或有手术禁忌者采用姑息性治疗,但临床上对于术后放化疗是否有效仍不确定。SFT良性者也有复发可能,故对其治疗方案的选择有待进一步研究。

参考文献:

- [1] 谢再汉,黄丽嫦,舒予静,等.胸膜外孤立性纤维瘤的CT诊断[J].中国CT和MRI杂志,2015,20(1):15-17.
- [2] Fletcher CD, Bridge JA, Lee JC. Extrapleural solitary fibrous

tumour. Fletcher CDM, Bridge JA, Hogendoorn PCW, et al. WHO classification of tumours of soft tissue and bone (4th)[D]. Lyon, IARC, 2013;80-82.

- [3] 罗志凌,肖恩华.腹膜后孤立性纤维瘤的影像诊断进展[J].国际医学放射学杂志,2016,39(2):162-166.
- [4] 施斌斌,孙俊,吴晶涛,等.腹膜后孤立性纤维瘤的CT表现(附2例报道并文献复习)[J].医学影像学杂志,2013,23(6):918-920.
- [5] Wang H, Liao Q, Liao X, et al. A huge malignant solitary fibrous tumor of kidney: case report and review of the literature[J]. Diagn Pathol, 2014, 9(1):1-7.
- [6] 彭实.孤立性纤维瘤的影像诊断分析[J].中国CT和MRI杂志,2016,14(8):17-19.
- [7] 王同明,任月勤,刘新爱.胸部孤立性纤维性肿瘤的MSCT表现与手术病理[J].放射学实践,2016,31(10):934-937.
- [8] Ginat DT, Bokhari A, Bhatt S, et al. Imaging features of solitary fibrous tumors[J]. AJR, 2011, 196(3):487-495.
- [9] 曹波,李海歌,钟群,等.胸膜外孤立性纤维瘤的影像表现与病理对照分析[J].实用放射学杂志,2016,32(9):1381-1384.
- [10] Schutt RC, Gordon TA, Bhabhra R, et al. Doege-potter syndrome presenting with hypoinsulinemic hypoglycemia in a patient with a malignant extrapleural solitary fibrous tumor: a case report[J]. J Med Case Rep, 2013, 7(1):1-7.
- [11] 朱伟华,单康飞,黄朝晖,等.胸腹部孤立性纤维瘤的CT诊断及鉴别[J].医学影像学杂志,2014,24(6):942-945.

(收稿日期:2017-05-25)

下期要目

胃癌扩散加权成像ADC值与EGFR、Ki-67表达的相关性

隆突性皮肤纤维肉瘤的影像学诊断

DWI、DCE-MRI诊断骶髂关节急性炎症的价值

256层iCT全景血管成像评价上肢动静脉内瘘功能不全

低管电压结合迭代重建腹部CT低剂量扫描的体模研究

DTI相关参数对脑胶质瘤的诊断价值及与VEGF、MMP-9、uPA表达的相关性

CT灌注评价兔糖尿病肾病动物模型肾皮质血流动力学变化的实验研究

能谱CT最佳单能量成像优化肝脏血管图像质量的研究

高分辨力DWI-RESOLVE序列在直肠癌术前T分期中的价值

超声对儿童肱骨远端I型骨骺损伤的诊断价值