

后纵隔髓外造血组织瘤样增生一例

石大发, 周静宜

【关键词】 造血组织瘤; 体层摄影术, X 线计算机; 纵隔

【中图分类号】 R323.22; R814.42; R730.263 【文献标识码】 D 【文章编号】 1000-0313(2017)10-1097-02

DOI:10.13609/j.cnki.1000-0313.2017.10.027

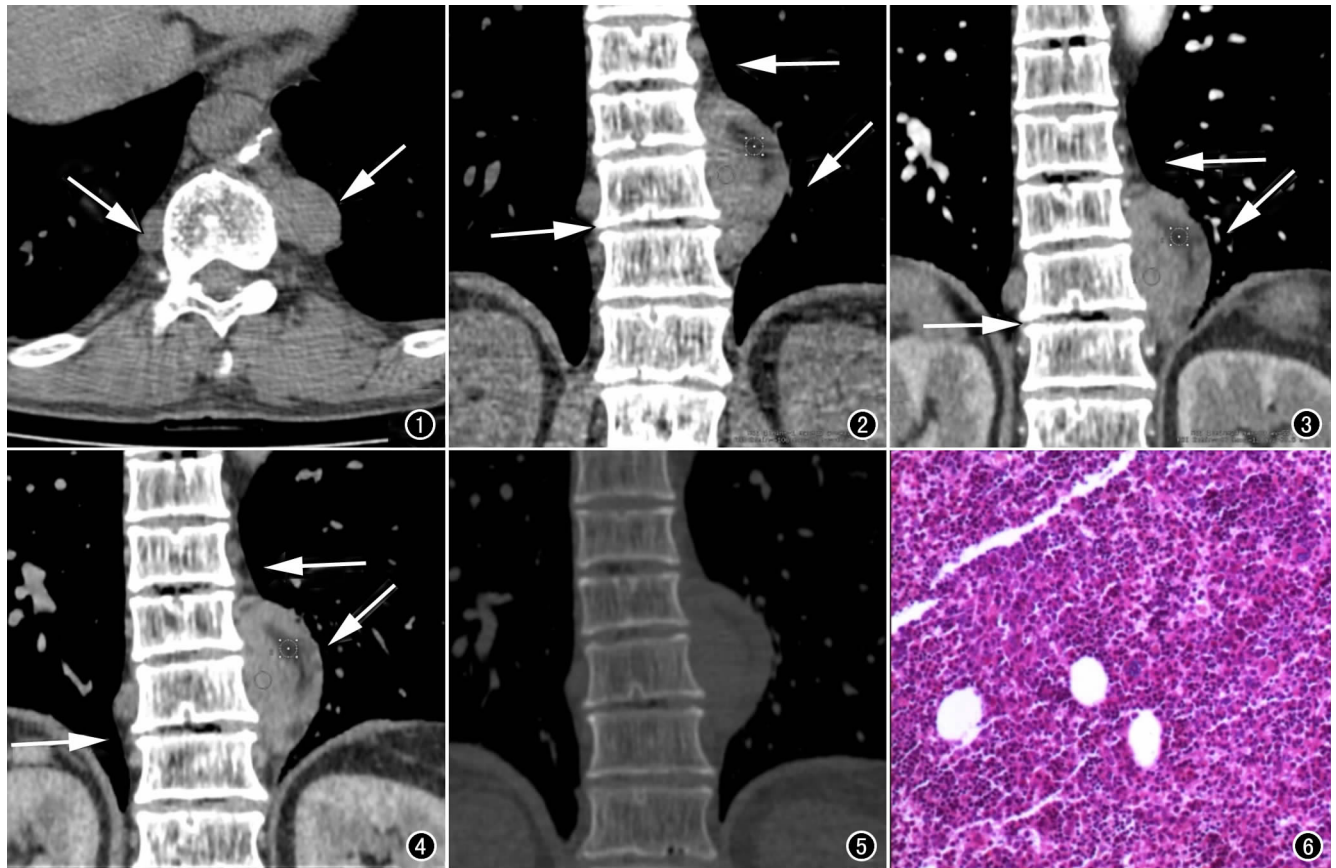


图 1 CT 轴面示双侧脊柱旁多发等密度结节及团块影。图 2 CT 冠状面重组示脊柱旁多发病灶, 最大病灶内见条片状脂肪密度影, 病灶 CT 值 $-67.5 \sim 40.6$ HU。图 3 动脉期病灶 CT 值 $-58.5 \sim 55.4$ HU。图 4 静脉期病灶 CT 值 $-51.0 \sim 64.1$ HU。图 5 骨窗示胸椎椎体皮质变薄, 骨髓腔增宽, 髓腔内骨小梁增粗, 形成栅栏样改变。图 6 镜下送检肿瘤组织由脂肪组织和造血组织构成且见淋巴滤泡形成, 病理诊断为后纵隔髓外造血组织瘤样增生($200\times$, HE)。

病例资料 患者, 男, 52 岁。患者 1 个月前无明显诱因出现胸部不适, 胸闷, 胸部束带感, 无其他不适。患者有长期饮酒、吸烟史, 3 年前因肝硬化继发门静脉高压及脾功能亢进行脾切除。生化检查: 红细胞计数(RBC) $3.18 \times 10^{12}/L$ ($4.30 \sim 5.80$), 血红蛋白(Hb) 121.80 g/L ($130.00 \sim 175.00$), 红细胞压积 36.30% ($40.00 \sim 50.00$), 平均红细胞体积 114.0 fL ($82.0 \sim 100$), 平均血红蛋白量 38.3 Pg ($27.0 \sim 34.0$)。影像学检查见图 1~5。

胸部 CT 平扫及增强检查: 双侧脊柱旁多发等密度结节及团块影, 最大者位于胸₈₋₁₀ 椎体左侧旁, 大小约 $38.3 \text{ mm} \times 25.6 \text{ cm} \times 53.8 \text{ cm}$, 其内见条片状脂肪密度影, 平扫病灶 CT 值约为 $-67.5 \sim 40.6 \text{ HU}$ (图 1、2), 增强扫描病灶呈轻-中度强化, 动脉期 CT 值为 $-58.5 \sim 55.4 \text{ HU}$ (图 3), 静脉期 CT 值为 $-51.0 \sim 64.1 \text{ HU}$ (图 4)。骨窗示胸椎椎体皮质变薄, 骨髓腔增宽, 髓腔内骨小梁增粗, 形成栅栏样改变, 病变临近椎体未见明显骨质压迫吸收及骨质破坏改变 (图 5)。

患者入院后行胸₈₋₁₀ 椎体左侧旁肿物切除。手术所见: 肿瘤位于第 8~10 胸椎椎旁, 包膜完整, 大小约 $6 \text{ cm} \times 4 \text{ cm} \times 3 \text{ cm}$, 予以完整切除, 打开肿瘤内可见脓

作者单位: 434000 湖北, 荆州市第一人民医院放射科

作者简介: 石大发 (1985—), 男, 湖北黄石人, 硕士, 住院医师, 主要从事中枢神经系统疾病诊断与功能成像研究。

样分泌物,术中考虑以椎旁结核脓肿可能性大。病理切片:送检组织切面实性灰褐色,部分有包膜,镜下送检肿瘤组织由脂肪组织和造血组织构成且见淋巴滤泡形成。术后病理诊断:后纵隔髓外造血组织瘤样增生(图 6)。

讨论 髓外造血是一种良性病变,是机体正常的造血功能遭到破坏或机体需求增多,胚胎时期曾一度出现过的髓外造血组织再度产生造血功能,是一种代偿性增生。原发病多见于地中海贫血、镰状细胞性贫血、遗传性红细胞增多症、骨髓纤维化等^[1-3],主要发生于肝、脾、肾脏、淋巴结、纵隔、胸膜、腹膜后等^[1],发生于纵隔者少见^[2,3]。

发生于后纵隔的髓外造血组织瘤样增生一般无明显症状,但如发生在椎管附近或硬膜下者可出现脊髓受压症状。本病无并发症时一般无需外科手术治疗,以免加重贫血^[4,5],对于怀疑本病者也不建议行病灶穿刺活检,其有引起严重出血甚至死亡的风险^[5]。

后纵隔髓外造血组织瘤样增生一般表现为下胸椎(胸₇₋₁₀水平)双侧多发大小不等瘤样肿块,罕见单侧或单发^[2,4],病灶边界清晰,无囊变、坏死及钙化。CT 上表现为密度均匀的软组织密度,MRI 上表现为等 T₁、等 T₂ 信号,与肌肉密度/信号相仿,边缘常可见脂肪密度或短 T₁ 脂肪信号包绕,增强扫描病灶多表现为均匀轻-中度强化。其他髓外造血组织增生表现可表现为肝脾肿大,淋巴结肿大,累及扁骨表现为骨质膨大、变形,骨皮质变薄,骨髓腔增宽,骨小梁稀疏,形成栅栏样改变^[2,4,6]。本例影像表现基本与之相仿。

在本例中病灶内可见脂肪成分,可能与病史较长^[5,7],与中毒、缺氧、营养不良等^[3]有关,同时造血细胞亲脂肪性,病灶周围脂肪沉积也可能是原因之一^[3]。

Coskun 等^[8]及 Ginzel 等^[9]提出髓外造血灶 MRI 信号可反映病灶病理组成、推测病灶活跃程度,并根据 MRI 信号将髓外造血灶分为 4 组:活跃的造血组织,类似于肌肉信号,T₁WI、T₂WI 均呈中等信号,轻度-中

度或无强化;含铁沉积的陈旧性造血组织,T₁WI、T₂WI 呈局灶性低信号,无强化;几乎完全被脂肪组织取代组,T₁WI、T₂WI 上均呈脂肪样高信号,且轻度强化;含脂肪和活跃造血组织混合组,密度及信号不均。以第 1 组和第 4 组常见。本病例属第 4 组,为含脂肪和活跃造血组织混合组。

本病主要与后纵隔神经源性肿瘤、淋巴瘤等病变鉴别。神经源性肿瘤病灶多为单侧、单发,无贫血等继发髓外造血基础疾病,易囊变、坏死、钙化,常造成临近骨质压迫性吸收及椎间孔扩大,呈典型的哑铃状。增强扫描多为不均匀明显强化。淋巴瘤好发于中纵隔,临床常有长期不规则发热,病灶呈多发分叶并相互融合,表现为 T₁WI 低信号,T₂WI 高信号,常合并其他部位淋巴结肿大。

参考文献:

- [1] 刘军,罗云.类肿瘤样髓外造血的 CT 及 MR 表现:1 例报告并文献复习[J].中国医学影像技术,2012,28(6):1239-1242.
- [2] 陆建常.纵隔髓外造血组织增生的影像表现(附 2 例报告并文献复习)[J].临床放射学杂志,2005,24(3):225-228.
- [3] 张田荪,蒋山珊,钟文新,等.后纵隔髓外造血组织瘤样增生的 MRI 诊断[J].罕见病杂志,2008,15(4):19-22.
- [4] 付峰,董海波,张玉琴.后纵隔髓外造血组织瘤样增生的影像诊断[J].放射学实践,2011,26(8):841-844.
- [5] 马永红,叶剑定,喻伟,等.胸部髓外造血与髓脂肪瘤的 CT 与 MR 鉴别诊断[J].临床放射学杂志,2015,34(10):1589-1593.
- [6] 黄仲奎,龙莉玲,李春燕.髓外造血的影像诊断[J].中国医学计算机成像杂志,2008,14(6):593-598.
- [7] 李高忠.胸内瘤样髓外造血组织影像分析(附 2 例报告)[J].实用放射学杂志,2005,21(5):7-9.
- [8] Coskun E, Keskin A, Suzer T, et al. Spinal cord compression secondary to extramedullary hematopoiesis in thalassemia intermedia [J]. Eur Spine J, 1998, 7(6):501-504.
- [9] Ginzel AW, Kransdorf MJ, Peterson JJ, et al. Mass-like extramedullary hematopoiesis: imaging features [J]. Skeletal Radiol, 2012, 41(8):911-916.

(收稿日期:2016-07-27)