

气管神经鞘瘤一例

荣乔

【关键词】 气管; 神经鞘瘤; 体层摄影术, X 线计算机

【中图分类号】 R322.33; R730.264; R814.4 【文献标识码】 D 【文章编号】 1000-0313(2019)10-1166-02

DOI:10.13609/j.cnki.1000-0313.2019.10.025

开放科学(资源服务)标识码(OSID):

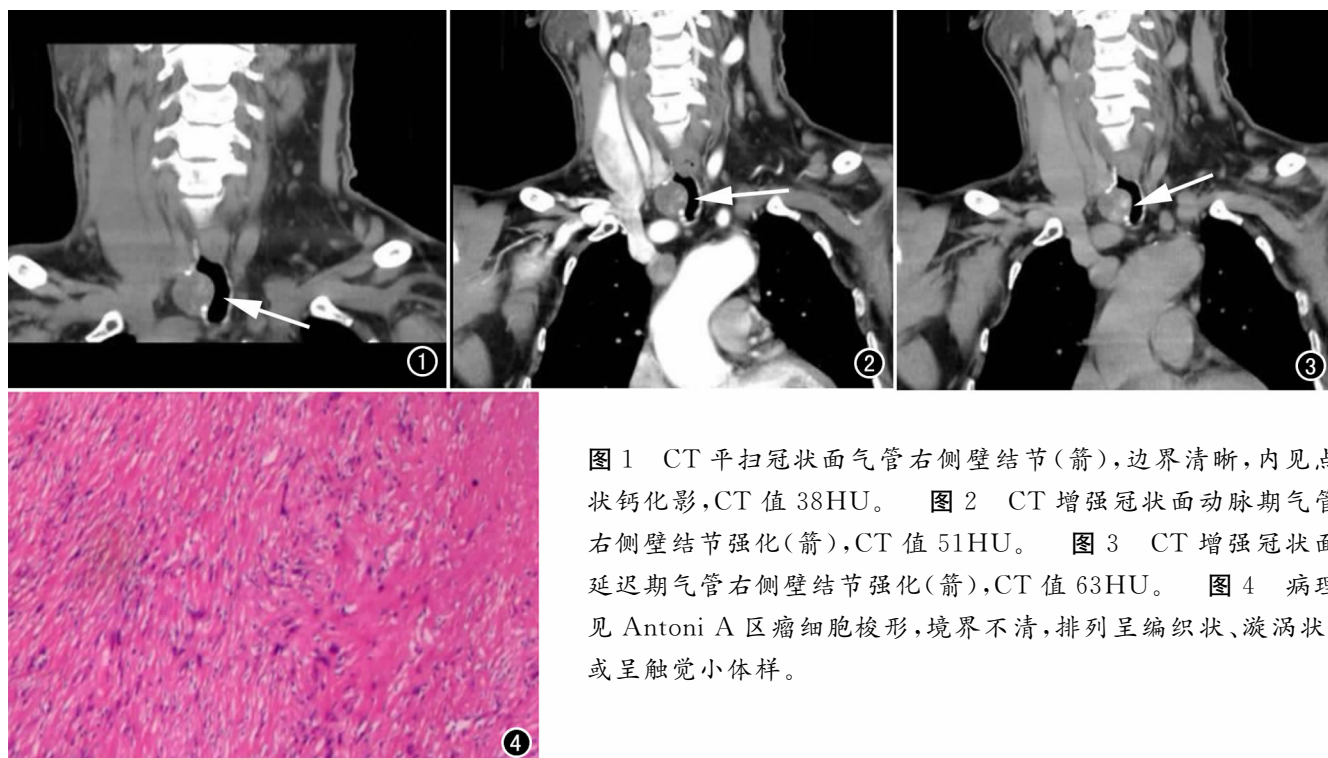


图 1 CT 平扫冠状面气管右侧壁结节(箭),边界清晰,内见点状钙化影,CT 值 38HU。 图 2 CT 增强冠状面动脉期气管右侧壁结节强化(箭),CT 值 51HU。 图 3 CT 增强冠状面延迟期气管右侧壁结节强化(箭),CT 值 63HU。 图 4 病理见 Antoni A 区瘤细胞梭形,境界不清,排列呈编织状、漩涡状,或呈触觉小体样。

病例资料 患者,男,59 岁。无明显诱因多饮、口干、咽部不适,声音嘶哑半年;无明显呼吸困难,全身皮肤粘膜无黄染及出血,浅表淋巴结无肿大。肝肾功能、血常规、肿瘤标志物未见异常。CT 平扫及增强示:气管右侧壁平胸锁关节处见类圆形结节,CT 值 38 HU,内见点状钙化,边缘光滑;增强后动脉期 CT 值 51 HU,延迟期 CT 值 63 HU,颈部周围未见明显肿大淋巴结(图 1~3)。诊断:气管右侧壁平胸锁关节处肿瘤性病变。全麻下行气管上段肿瘤切除及气管重建术,术后给予抗炎、化痰等对症支持治疗;术后病理诊断(图 4):气管上段间叶源性肿瘤,符合神经鞘瘤。免疫组化:S-100(+),SOX10(+),CD34(小灶+),CD117(-), β -catenin(散在+),DOG1(-),SAM(-),DES(-),Caldesmon(-),SDHB(-),STAT6(-),ALK

(-),Ki-67(LI 约 2%);7 # 切片 CD34(小灶+),CD31(脉管+),D2-40(-),SMA(-),Desmin(-),Caldesmon(-),Ki-67(LI 约 2%)。

讨论 气管原发肿瘤较少且多为恶性,组织类型以鳞癌和腺样囊性癌多见,良性肿瘤少见,而原发于气管神经鞘瘤更为罕见^[1]。其中较常见的良性肿瘤有软骨瘤、乳头状瘤、纤维瘤、血管瘤、腺瘤及错构瘤等。

气管神经鞘瘤临床表现无特异性,主要为呼吸困难,有咯血的病例报道,本例主要表现为咽部不适、声音嘶哑。由于气管伸缩性好,储备大,因此发病隐匿。瘤体较小时常无症状而致漏诊,只有当瘤体阻塞气管腔才出现呼吸困难,此时极易误诊为哮喘而使患者不能得到及时有效的治疗^[1]。影像学检查是诊断气管肿瘤的首选方法。

大多数良性肿瘤表现为从气管壁突入气管腔内的边缘清楚的软组织影,直径多 <2 cm;肿瘤附着于气管壁上之基底部较小,常小于瘤体之最大横径,或呈蒂

作者单位:444300 湖北,巴东县人民医院放射科

作者简介:荣乔(1978—),男,湖北巴东人,主治医师,主要从事胸部影像学诊断。

状,致肿瘤与气管内壁的夹角较小,呈锐角,肿瘤基底部的管外壁显示正常。钙化常见于有软骨成分的肿瘤如软骨瘤、错构瘤中^[2]。恶性肿瘤在 CT 上表现为气管壁上的软组织密度肿块,多起自气管的侧壁或后壁,多数肿块的基底部较宽,无蒂,基底部的宽度常大于肿块的最大径,肿块与气管内壁的夹角较大而呈钝角。肿块突入气管腔使管腔产生不对称狭窄,表面高低不平^[3]。本例肿瘤向气管内外突起,与气管壁夹角呈钝角,边缘光滑,气管受压变窄。纤维支气管镜检查见肿瘤内表面情况而向外侵犯范围及周围组织的关系无法观察;螺旋 CT 后处理重建可以观察病变范围、病灶密度、气管内阻塞及气管外邻近组织的压迫或浸润;少数良性神经鞘瘤可以恶变,亦有极少数原发恶性神经鞘瘤;气管神经鞘瘤 CT 上不具特征性无法做出定性诊断,只有依靠病理检查方可确诊^[4]。

外科手术完整的切除肿瘤是本病有效的治疗方

法,常用的术式是环形袖式切除肿瘤所在气管环,再断端吻合重建气管连续性,术中维持有效的氧供至关重要,必要时要建立体外循环保证氧供。完整切除肿瘤后复发率极低,预后良好,术后生存质量及生存时间满意^[5]。

参考文献:

- [1] 王卫忠,陈博. 气管神经鞘瘤误诊为难治性哮喘 1 例[J]. 陕西医学杂志, 2010, 39(5): 639-640.
- [2] 李果珍. 临床 CT 诊断学[M]. 北京: 中国科学技术出版社, 1994: 309.
- [3] 白人驹. 医学影像诊断学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2005: 257-258.
- [4] 王永梅, 范占明, 李兰, 等. 气管神经鞘瘤一例[J]. 中华放射学杂志, 2001, 35(5): 395.
- [5] 廖永德, 艾波, 周晨, 等. 原发性气管神经鞘瘤 2 例并文献复习[J]. 肿瘤防治研究, 2008, 35(11): 825-826.

(收稿日期: 2018-11-08 修回日期: 2018-11-29)

• 病例报道 •

表现为空洞样病变的周围型肺黏液表皮样癌一例

郭成伟, 金正印, 陈为军

【关键词】 肺肿瘤; 体层摄影术, X 线计算机; 病理学

【中图分类号】 R734.2; R814.4; R44 【文献标识码】 D 【文章编号】 1000-0313(2019)10-1167-02

DOI: 10.13609/j.cnki.1000-0313.2019.10.026

开放科学(资源服务)标识码(OSID):



病例资料 患者,男,55岁,3个月前体检时发现右肺占位,无发热、胸闷气短、胸痛、咳嗽咳痰及咯血等症状。体检未见异常。胸部 CT 检查:右肺中叶胸膜下类圆形空洞样结节,周围见短毛刺、浅分叶征,临近胸膜内牵拉,病灶空洞呈偏心样、见壁结节。病灶大小约 2.0 cm × 1.8 cm,平扫病灶实性部分 CT 值约 23 HU(图 1)。CT 增强示结节实性部分呈渐进样强化(图 2),动脉期 CT 值 37 HU 约、静脉期 CT 值约 42 HU、延迟期 CT 值约 54 HU,CT 平扫和 CT 增强峰值相差约 31 HU,属于渐进性明显强化。手术胸腔镜下探查示肿物位于右肺中叶,大小约 2.0 cm × 1.0 cm × 1.8 cm,胸腔内无胸水及胸膜结节性转移。病理学检查:右肺中叶低级别黏液表皮样癌(图 3)。免疫组化:CK7(+),CK5(+,部分),P63(+,部分),TTF-1(-),NapsinA(-)。

讨论 黏液表皮样癌(mucoepidermoid carcinoma, MEC)多从涎腺组织内的腺体发生而来,气管、支气管也含有类似于涎腺组织腺体的黏液下浆液和黏液腺,因此,MEC 亦可发生于气管、支气管,约占肺原发性恶性肿瘤 0.1%~0.2%^[1,2]。镜下表现为特征性成分黏液细胞、表皮样细胞和中间型细胞,多数为低度恶性。肺支气管黏液表皮样癌分中央型和周围型,绝大部分为中央型,周围性少见^[3]。中央型肺黏液表皮样癌多呈息肉状肿块突入腔内生长,部分伴阻塞性肺炎或肺不张,少数亦呈浸润性生长,恶性程度较高。周围型肺黏液表皮样癌形态多表现为边界清晰的类圆形结节、肿块,部分有浅分叶。目前对于肺黏液表皮样癌的报道,影像表现平扫病灶密度接近或等同于肌肉,增强扫描肿瘤多为轻度或明显强化,这与其病理分化有密切关系^[4]。本病例 CT 表现空洞样周围型结节,但定性诊断存在较多疑问,该病灶较小(直径约 2.0 cm),且增强模式为渐进性延迟明显强化,与部分符合炎性结节增强模式具有类似点(CT 平扫与增强的增加值约 30 HU);其次,此结节常见病理类型的周围肺癌如

作者单位: 071000 河北,保定解放军第 252 医院放射科
 作者简介: 郭成伟(1978-),男,山东蒙阴人,博士,主治医师,主要从事胸部疾病影像诊断学。
 通讯作者: 陈为军, E-mail: gcw323765@163.com