

异位胸腺瘤一例

丁慧, 王淑梅

【关键词】 胸腺肿瘤; 胸腺; 体层摄影术, X 线计算机; 超声造影

【中图分类号】 R736.3; R322.53; R814.4; R445.1 【文献标志码】 D 【文章编号】 1000-0313(2023)10-1349-02

DOI:10.13609/j.cnki.1000-0313.2023.10.022

开放科学(资源服务)标识码(OSID):

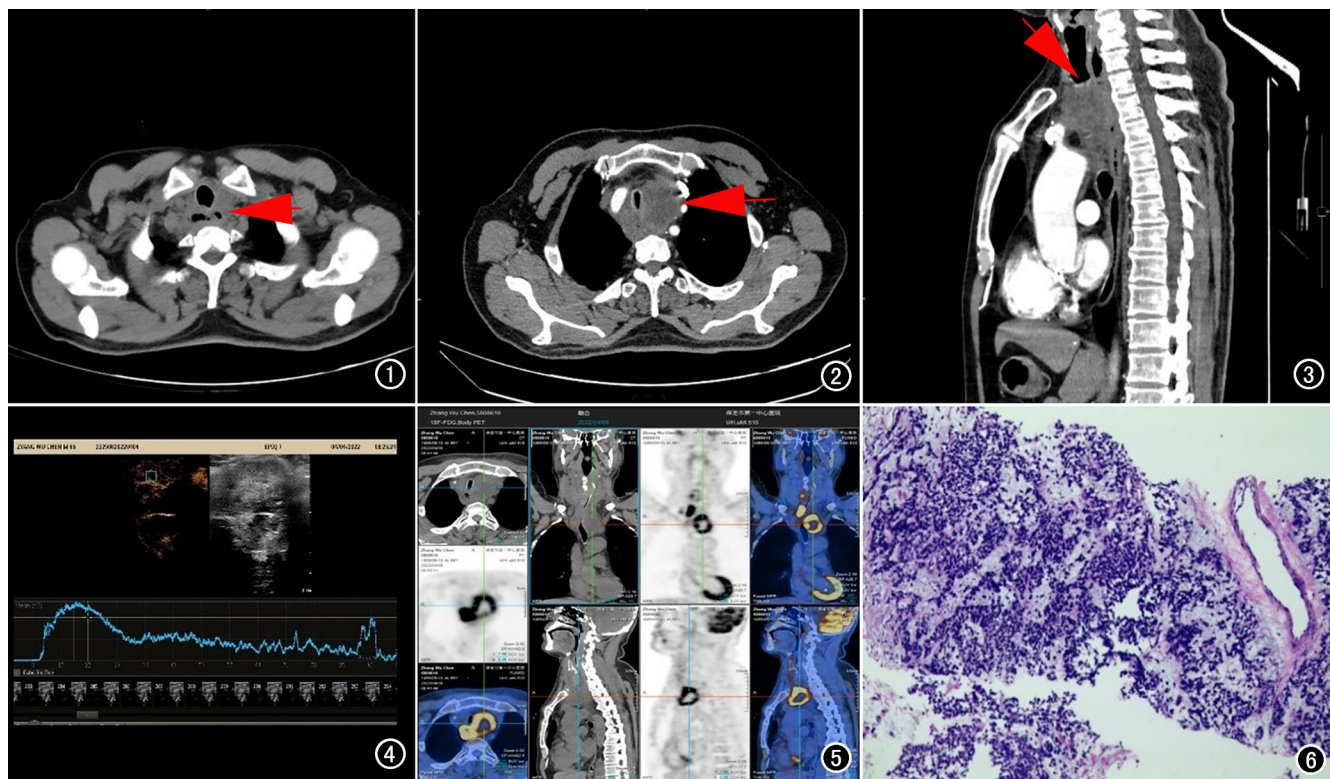


图1 胸廓入口水平CT平扫图示病变包绕食管,内见气体密度(箭)。图2 CT增强扫描动脉期图示病变边缘轻度强化,内见片状无强化区(箭)。图3 CT增强扫描动脉期矢状面图像(箭)。图4 超声造影病变强化时间曲线。图5 PET-CT示病变及食管上段管壁代谢增高,病变中心为液化坏死区。图6 病理镜下示弥漫分布的肿瘤细胞,胞浆极少,胞核深染(HE×10)。

病例资料 患者,男,66岁。咽痛、咽部发堵感4个月,伴发热,最高体温 37.5°C ,多于午后出现,可自行降至正常,诊断为“咽喉炎”给予药物治疗,症状未见好转。10d前患者出现呼吸困难,稍活动即可出现,伴乏力、咳嗽、咳痰,咳白色粘痰,不易咳出,伴恶心、进食哽噎感,只能进流食。患者自发病以来,精神可,睡眠欠佳,大小便无明显异常,近4个月来体重下降10kg。既往史:既往心律失常病史2年,未规律诊治;结肠息

肉结肠镜下切除术后病史2年。

胸部CT平扫+增强扫描(图1~3):胸廓入口至主动脉弓上缘水平中后纵隔内见团块状稍低密度影,密度不均,周边密度较高,中央密度较低,最大层面大小约 $6.1\text{ cm}\times 4.6\text{ cm}$,病变边界欠清,包绕食管上段,与食管分界欠清,气管受压变窄,病变内可见少量气体密度影。增强扫描病变周边轻度强化,中央无强化。

超声造影(图4):经上肢静脉团注对比剂六氟化硫微泡 3.0 mL ,病变组织10s开始增强,对比剂由周边开始进入,见粗大滋养血管,16s达峰,达峰时呈不均匀性高增强,边界清晰,形态不规则,21s开始廓清。

PET-CT(图5):食管颈段-胸上段管壁不均匀增

作者单位:067000 河北,承德医学院(丁慧);071000 河北,保定市第一中心医院医学影像一科(王淑梅)

作者简介:丁慧(1997-),女,河北保定人,硕士研究生,住院医师,主要从事影像诊断工作。

通讯作者:王淑梅, E-mail: wangshm588@sohu.com

厚,伴明显放射性浓聚,SUV_{max} 18.10,高代谢范围长约 8.5 cm。左侧气管食管旁沟见团块状软组织密度影,中央伴低密度坏死区,放射性摄取环形不均匀增高,SUV_{max} 13.62,气管受压右移。右侧咽喉环区见结节状放射性浓聚影,SUV_{max} 8.86。

术前诊断:食管破裂伴食管周围脓肿形成。

穿刺活检:镜下示弥漫分布的肿瘤细胞,胞浆极少,胞核深染(图 6)。免疫组织化学:CK(部分弱+),CgA(-),Ki-67(50%),CD56(-),Syn(-),SSTR-2(-),NSE(-),PLAP(-),CD30(-),CD99(-),CD117(+),CAM5.2(部分+),Desmin(-),BRG(+),HMB45(-),TTF-1(-),S-100(-),P40(+),MyoD1(-),CK19(部分+),D2-40(-),波形蛋白(Vimentin)(+),CD5(-),TdT(-),SALL4(部分弱+)。病理诊断为后纵隔胸腺癌。

讨论 胸腺上皮性肿瘤是常见的前纵隔肿瘤,约占前纵隔肿瘤的 47%,主要包括胸腺瘤及胸腺癌^[1]。其中胸腺癌约占胸腺上皮肿瘤的 20%,发病年龄不限,多在 30~50 岁,男性多于女性。与胸腺瘤患者不同,胸腺癌患者通常没有特异性临床表现,很少出现副肿瘤综合征,当肿块较大时可表现为邻近组织的压迫症状、胸痛、体重减轻等^[2]。胸腺组织起源于胚胎发育期第三和第四咽(鳃)囊,自颈部落降至前上纵隔,因此胸腺肿瘤多位于前上纵隔,而非前上纵隔的胸腺癌称为异位胸腺癌,主要由于胸腺发育过程中移位时残留的胸腺组织,这一理论可以解释异位于颈部、甲状腺、气管及心包的胸腺癌。而后纵隔胸腺癌可能是由于胸腺组织向后延续所致^[3]。文献中对异位胸腺癌的描述较少见,而发生于后上纵隔的病例更为少见。胸腺癌是一种高度恶性肿瘤,侵袭性强,预后较差,易侵犯周围组织及发生远处转移,一经发现很少能完整切除肿块,治疗方案以手术治疗为主,辅助放疗、化疗,大多数患者对放化疗不敏感,因此多数患者短期死亡^[4]。

异位胸腺癌诊断困难,容易误诊,关于异位胸腺癌的影像表现文献报道很少,CT 和 MRI 是诊断的重要手段,可清晰了解胸腺肿瘤的大小、形态、边界、与周围组织的关系、远处转移等,为临床分期、选择治疗手段、随访及疗效评估等方面提供依据。异位胸腺癌与前纵隔胸腺癌影像表现相似,结合本例所见总结如下:CT 常表现为不均匀软组织密度,形态欠规整,边界欠清,周围脂肪间隙模糊,呈浸润性生长,可侵犯周围组织,部分可伴有囊变坏死。增强扫描呈明显均匀或不均匀强化。MRI 扫描见病灶实性部分扩散受限,囊变坏死区无扩散受限,位于后纵隔的病变可侵犯邻近血管及神经,MRI 扫描对于评估其有无侵犯血管和神经有优势,因此对于临床疑似侵犯的应进行 MRI 扫描^{7[5]}。

本例病灶中有少量气体可能是由于病变侵犯食管所致。

该病应与以下疾病鉴别(1)食管破裂伴周围脓肿形成:食管破裂的原因包括医源性、异物摄入、胸部或腹部钝性或穿透性创伤,以及剧烈呕吐,也称为 Boerhaave 综合征,一些食道肿瘤、溃疡或意外摄入异物、酸或化学物质也可导致食管破裂。据美国放射学会的标准,X 线食管造影是首选影像学检查,但 CT 食管造影已被证明等于或优于 X 线评估,主要表现为对比剂外渗、食管周围积气、食管壁增厚及食管周围炎症脓肿积液等^[6],CT 增强扫描见增厚的食管壁及脓肿壁均匀强化,脓腔无强化,MRI 可显示脓腔扩散受限。(2)食管恶性肿瘤:食管恶性肿瘤主要包括食管癌及食管平滑肌肉瘤。食管癌是食管最常见的肿瘤,好发于胸中段,影像表现通常为食管管壁环状或偏心性增厚,突向腔内或腔外,管腔不规则狭窄。与周围组织分界欠清,增强扫描呈轻度强化^[7]。食管平滑肌肉瘤是起源于间叶组织的恶性肿瘤,好发于食管中下段,该肿瘤血供丰富,易出血,坏死囊变常见,肿瘤密度不均,增强扫描呈不均匀明显强化^[8]。(3)神经源性肿瘤:神经源性肿瘤起源于神经脊组织,90%发生在后纵隔,包括神经鞘瘤、交感神经节细胞瘤等。典型的影像表现为均匀的球形或分叶状软组织肿块,边界清晰但无包膜,当肿块较大时,可导致肋骨或椎体的良性侵蚀,可伴有囊变、出血、或点状钙化,增强扫描呈轻度均匀或不均匀强化^[9]。MRI 上 T₁WI 表现为稍低或等信号,T₂WI 表现为稍高或等信号。MRI 检查主要是明确肿瘤有无向椎管内侵犯^[10]。

综上所述,异位胸腺癌具有一定的影像学特征,CT、MRI 和 PET/CT 检查无论在术前诊断或是术后随访均有一定的意义。但由于发病部位不确定,最终确诊仍依赖于病理。

参考文献:

- [1] 胡玉川,孟菲,张贝,等.胸腺上皮肿瘤 WHO 病理分型与 CT 特征的相关性[J].放射学实践,2014,29(4):404-407.
- [2] Calderon AM,Merchan JA,Rozo JC,et al.Intrapericardial primary thymic carcinoma in a 73-year-old man[J].Tex Heart Inst J,2008,35(4):458-461.
- [3] Bale PM,Sotelo-Avila C.Maldevelopment of the thymus:34 necropsy and 10 surgical cases,including 7 thymuses medial to the mandible[J].Pediatr Pathol,1993,13(2):181-190.
- [4] 张浩,聂荣华,张拥军.胸腺低分化鳞癌一例[J].放射学实践,2007,22(3):229.
- [5] 陈明,杨月,王艳艳,等.原发性胸腺癌 CT 表现初探[J].临床放射学杂志,2016,35(12):1916-1918.
- [6] Norton-Gregory AA,Kulkarni NM,O'Connor SD,et al.CT esophagography for evaluation of esophageal perforation[J].Radiographics,2021,41(2):447-461.

- [7] 陈爱敏,丰振.X线钡餐造影检查与CT检查在食管癌临床诊断中的对比研究[J].影像研究与医学应用,2018,2(6):38-39.
- [8] Zhang BH, Zhang HT, Wang YG. Esophageal leiomyosarcoma: clinical analysis and surgical treatment of 12 cases[J]. Dis Esophagus, 2014, 27(6):547-551.
- [9] Duwe BV, Sterman DH, Musani AI. Tumors of the mediastinum

[J]. Chest, 2005, 128(4):2893-2909.

- [10] Strollo DC, Rosado-de-Christenson ML, Jett JR. Primary mediastinal tumors: part II. Tumors of the middle and posterior mediastinum[J]. Chest, 1997, 112(5):1344-1357.

(收稿日期:2022-10-27 修回日期:2022-12-01)

· 病例报道 ·

大脑-肋-下颌综合征一例

胡丽丽,孙焱,王春祥

【关键词】 大脑-肋-下颌综合征;先天畸形;体层摄影术,X线计算机;放射摄影术

【中图分类号】R814.4;R814;R722.11 【文献标志码】D 【文章编号】1000-0313(2023)10-1351-02

DOI:10.13609/j.cnki.1000-0313.2023.10.023

开放科学(资源服务)标识码(OSID):



病例资料 患儿女,27 d, G2P2,孕36⁺6周因“母亲妊娠期糖尿病、前置胎盘”择期行剖宫产出生。因鼻塞、流涕2 d就诊。无宫内窒息、生后窒息史,出生体重2.5 kg。孕26周四维B超发现胎儿小下颌。家族史:9岁姐姐及父母均健康。查体:缩颌,悬雍垂至中切牙后1/3裂开,舌根后坠。血常规:WBC $13.11 \times 10^9/L$,中性粒细胞26.1%,淋巴细胞50.2%。

检查:胸部X线示右侧第3—10、左侧第3—9后肋裂隙,左侧第12肋缺如(图1)。胸部CT容积成像(volume imaging, VR)见双侧多发后肋裂隙及肋横突关节异常融合(图2)。胸部CT骨窗见肋椎交界处关节缺失,未发现明显横突,肋骨与椎体直接融合(图3)。颌骨CT VR图示下颌骨小伴轻度后缩(图4)。结合临床及影像诊断为大脑-肋-下颌综合征。

讨论 大脑-肋-下颌综合征(cerebro-costo-mandibular syn-

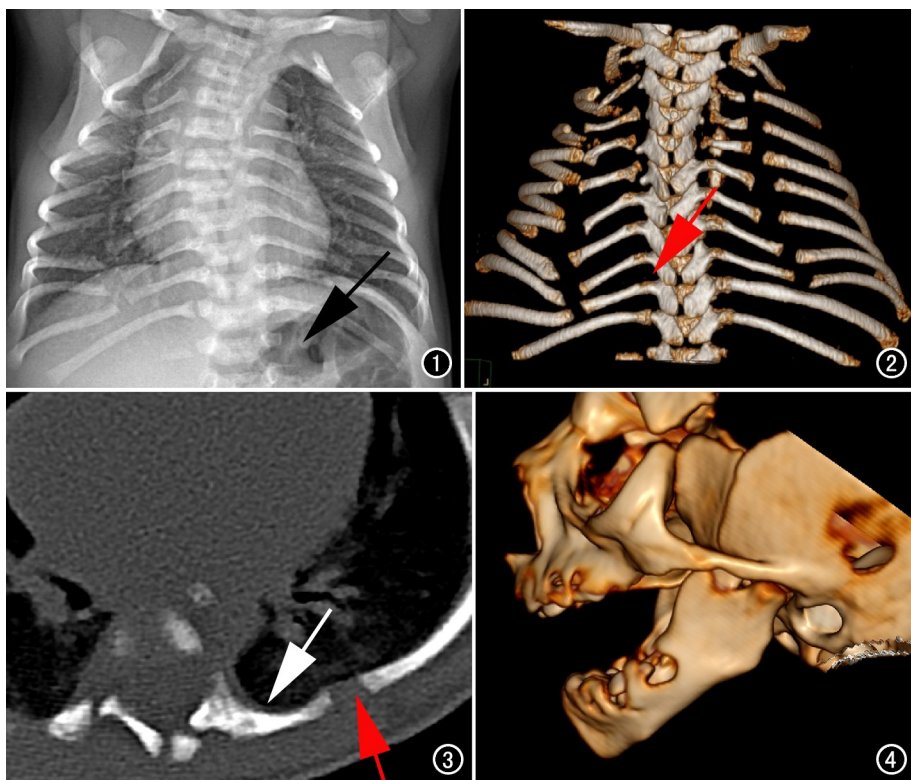


图1 胸部X线正位片示右侧第3—10后肋、左侧第3—9后肋裂隙,左侧第12肋缺如(箭),脊柱侧弯。图2 胸部CT VR示双侧多发后肋裂隙及肋横突关节异常融合(箭)。图3 胸部CT骨窗图示肋椎交界处关节缺失,未发现明显横突,肋骨与椎体直接融合(白箭),后肋裂隙边缘皮质良好(红箭)。图4 颌骨CT VR示下颌骨小伴轻度后缩。

作者单位:300000 天津,天津市儿童医院/天津大学儿童医院影像科

作者简介:胡丽丽(1986—),女,河南项城人,硕士研究生,主治医师,主要从事儿童影像诊断和研究工作。

drome, CCMS)罕见,是一种以后肋裂隙和皮罗综合征(小下颌、舌根后坠、腭裂)为特征的多发畸形,最早由Smith等^[1]于1966年提出。本病是常染色体显性遗