

胰尾异位副脾误诊 1 例病例报道

向波,张翱,刘丹

(重庆医科大学附属永川医院放射科 402160)

中图分类号:R814.4

文献标识码:C

文章编号:1671-8348(2014)19-2542-02

副脾是脾脏常见的先天性变异,大多无临床意义。但在临床常常把副脾误诊为肿瘤、肿大淋巴结等,而行手术治疗。本文通过胰尾异位副脾误诊病例报道,分析误诊原因,提高对副脾的 CT 表现认识,减少临床不必要的手术。

1 临床资料

患者,男,56岁,因“体检发现胰尾部占位 2 周”入院,入院后无明显阳性体征。实验室检查:肿瘤标志物甲胎蛋白 6.57 ng/mL,癌胚抗原 3.64 ng/mL,糖类抗原 125 9.90 U/mL,糖链抗原 19-9 12.30 U/mL,鳞状细胞癌相关抗原 0.8 ng/mL。B 超检查:胰腺切面形态失常,胰尾部可见一大小 3.5 cm×2.8 cm 低回声区,边界尚清,内部回声不均。胰管不扩张。彩色多普勒(CDFI):门静脉血流充盈,上述胰尾部低回声区内未见明显血流信号,余部位未见异常血流信号。B 超诊断:胰尾部实质性病灶。CT 增强检查:胰腺尾部可见一肿块影,大小约 4.4 cm×3.4 cm×2.4 cm,动脉期、静脉期明显强化(图 1、2),延迟期强化程度减低,且均匀强化(图 3),胰尾向前推移,肿块位于脾动静脉前方,胰管未见扩张。



图 1 CT 增强扫描动脉期

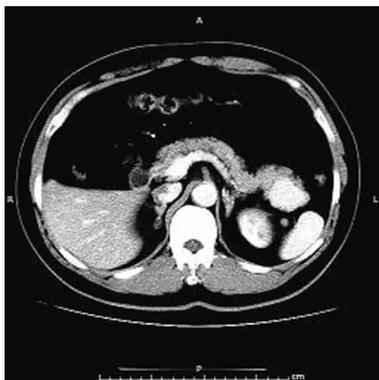


图 2 CT 增强扫描静脉期

脾脏不大,密度均匀。CT 诊断:胰尾后方肿块、强化,多考虑肿瘤性病变。手术及病理:行全腹腔镜下胰体尾切除术。切开胃结肠韧带,显露胰腺,可见胰腺体尾部约 5 cm×3 cm 肿块,凸向胰体尾背侧生长,脾血管未受侵犯。行胰体尾切除。病理:送检组织镜下见为基本正常的胰腺组织,部分包裹脾脏组织,脾小体结构清楚。符合(胰体尾)副脾。



图 3 CT 增强扫描延迟期

2 讨论

副脾是一种脾脏常见的先天性变异,发生率 10%~30%,指在正常脾脏以外的与脾脏结构相似、功能相同的组织。可能是由于背侧胃系膜内胚胎脾芽的某部分融合失败所致,或部分脾组织脱离主脾发育而成^[1-2]。副脾可发生在腹腔各个部位,以脾门附近、脾血管及脾脏周围最常见,约占 80%^[3]。胰腺尾部,为副脾的第二好发部位^[4]。副脾多为单发,两个及以上少见,多数人的副脾出生后即消失,年龄越小副脾的发生率越高,副脾的供血多为脾动脉,有包膜包裹。副脾 CT 表现:平扫多呈圆形、类圆形或不规则形软组织密度结节、团块影,边界清楚,光滑,密度均匀。增强扫描,副脾 CT 强化特点与主脾相同,即动脉期明显不均匀强化,典型者呈花斑状强化,静脉期明显均匀强化,CT 值约 100 Hu。延迟期强化程度减低,且均匀。副脾大多无临床意义,但在临床常常把异位副脾误诊为肿瘤、肿大淋巴结等疾病,而行手术治疗,本例分析误诊原因主要:(1)副脾发生在胰腺尾部,与胰腺关系紧密,CT 横断面不易分辨其来源,造成误诊;(2)胰腺异位副脾,临床非常少见,部分影像科医师主观上对副脾的认识不足,尤其不清楚副脾 CT 影像学特点,看见胰腺尾部富血供肿瘤,首先考虑胰腺神经内分泌肿瘤、囊腺瘤(癌),实性假乳头状瘤,而造成临床误诊。因此提高对副脾 CT 表现认识,了解副脾常发生的解剖部位,有助于提高对副脾诊断,减少临床误诊。

参考文献:

- [1] Hayward I. Intrapaneatic accessory spleen mimicking pancreatic mass on CT[J]. J Computer Assisted Tomography, 1992, 16(6): 984-985.
- [2] Park JS, Kim WJ, Jeong YG. A case of intrapancreatic accessory spleen mistaken as a pancreatic mass due to different enhancing pattern from normal spleen[J]. Korean J Gastroenterol Vol, 2011, 58(6): 357-360.

- [3] 李云启, 黄明霞. 副脾 CT 误诊为肿大淋巴结 1 例分析[J]. 中国误诊学杂志, 2006, 6(20): 3907.
- [4] Romer T, Wiesner W. The accessory spleen: prevalence and imaging findings in 1,735 consecutive patients examined by multidetector computed tomography[J]. JBR-BTR, 2012, 95(2): 61-65.

(收稿日期: 2014-02-03 修回日期: 2014-03-12)

• 短篇及病例报道 • doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2014.19.061

左大腿黏液纤维肉瘤 1 例报道并文献复习

肖海¹, 王蓉²

(赣南医学院: 1. 病理学教研室; 2. 信息工程学院, 江西赣州 341000)

中图分类号: R739

文献标识码: C

文章编号: 1671-8348(2014)19-2543-02

黏液纤维肉瘤(Myxofibrosarcoma, MFS)是一种由黏液细胞和黏液基质所形成的低度恶性肿瘤,极为罕见。现将赣南医学院第一附属医院骨科诊治的 1 例 MFS 的临床表现和组织病理学特征,并结合相关文献报道如下,以提高对该病的认识。

1 临床资料

患者,男,29岁,因左大腿疼痛、肿胀3月余于2011年8月5日入院。患者3个月前在家中发现左大腿前内侧一包块,有压痛、局部皮温增高,近3个月以来患者发现包块逐渐增大。X线片检查提示:“左股骨、胫腓骨骨折内固定术后;左股骨骨折端骨质破坏”。患者既往于2008年10月因车祸致左股骨、胫腓骨骨折在本院行切开复位内固定术,术后痊愈出院;2009年8月复查正常。体格检查未见明显异常。专科情况:左大腿外侧见一大约为12.0 cm×10.0 cm的包块,活动度不佳,压痛明显,局部浅静脉怒张,局部皮肤温度增高。左大腿外侧见一手术疤痕愈合伤口,左小腿前侧见一手术疤痕愈合伤口,左小腿无纵向叩击痛,左下肢活动度尚可。2011年8月6日CT扫描检查示:左侧股骨见高密度内固定影呈术后改变,左股骨中段形态欠规则,局部见骨瘤形成,其内侧缘见一范围约9.7 cm长的骨质缺损区,左股骨周围见一大约19.0 cm×11.0 cm×9.7 cm大小的软组织密度包块包绕,以左侧明显,边界尚清晰,形态稍欠规则,CT值36 HU,密度欠均匀,其内见小片状稍高密度灶,周围软组织受压移位。2011年8月9日行左大腿包块活检术,术中肌肉组织内见一似有包膜的肿块,切面呈鱼肉样,有坏死组织流出,切除部分组织送病理检查。病理检查:肉眼观,灰白灰褐色碎组织一堆,大小2.5 cm×2.0 cm×1.0 cm,切面可见少量胶冻样物。镜下观,大量炎性坏死组织伴出血,其中可见大量梭形细胞,呈漩涡状排列,弥漫分布,间质见大量薄壁血管增生及疏松水肿液伴黏液变性,考虑为(左大腿)间叶源性恶性肿瘤。完善相关检查后于2011年9月3日在全麻+联硬膜外麻醉下行左股骨髓内钉+胫骨内固定取出+左大腿肿瘤切除+左股骨瘤段切除灭活取腓骨重建内

固定术。术中见皮下组织内静脉充盈明显,肿瘤侵犯股直肌、缝匠肌、耻骨肌、长收肌、股薄肌、股内侧肌等。股外侧切口下见股外侧肌、股中间肌、股二头肌等肿瘤组织侵犯,术中见坐骨神经与周围组织稍粘连,逐渐分离肿瘤组织,取出左大腿肿瘤组织附带离断股骨(长约15 cm)。术后病理检查:肿瘤组织呈结节状生长,与周围组织分界不清,主要由轻度异型的梭形细胞构成,瘤细胞排列呈束状和不规则形,瘤细胞界限不清,胞质淡红色,核呈梭形,可见少量核分裂象,部分瘤细胞可见空泡状脂肪母细胞样细胞,间质内见较多量呈弧形、丛状和曲线形血管,血管周围瘤细胞较为致密,远离血管区瘤细胞稀疏,细胞稀疏区可见淡蓝色黏液样基质。免疫组织化学检查:EMA(-), ALK(-), CD99(-), CD34(-), MSA(-), SMA(-), Des(-), S-100(-), CD68(-), vim(+). 病理诊断:(左大腿)低度恶性MFS,骨组织未见累及。术后患者行2个疗程化疗,目前病情稳定,仍在随访中。

2 讨论

MFS于1977年由Angervall等首先报道,又称为黏液性恶性纤维组织细胞瘤(myxoid malignant fibrous histiocytoma, M-MFH),是一种纤维母细胞性恶性肿瘤,基质呈现不等的黏液变,可见特征性的弧形血管和假脂肪母细胞^[1]。

2.1 临床表现 MFS主要发生于老年人,20岁以下罕见,好发部位主要在下肢、上肢,也可发生于躯干、头颈部和腹壁等处。肿瘤大多发生于皮下,也可发生于皮下筋膜和深在组织,临床表现多为局部缓慢增大的无痛性肿块。多数患者表现为皮下或真皮深层多个胶冻状或质硬的结节,沿表皮呈纵向分布,或表现为筋膜下或深部肌肉内浸润性生长的肿物,可伴有不同程度的出血、坏死。本例患者为青年男性,发生于骨折部位。但没有直接的证据表明MFS的发生与骨折后金属长期滞留有关。

2.2 病理组织学特征 肉眼观,肿瘤多位于皮下组织,单发或结节状,切面多呈灰白、灰红或灰褐色,质嫩,胶冻样,少数位于