

无功能胰岛细胞瘤的影像诊断

张凤翔, 李栓虎, 温都娜

(鄂尔多斯市中心医院 CT & MRI 室, 内蒙古 鄂尔多斯 017000)

[中图分类号] R736.7; R730.4 [文献标识码] B [文章编号] 1003-3289(2003)04-0509-01

1 资料与方法

本文收集无功能胰岛细胞瘤(non-functioning islet cell tumor)4 例, 男 2 例, 女 2 例。年龄 12~38 岁, 平均 25 岁。2 例行 CT 检查, 使用 Sytec 3000i 型 CT 机, 行平扫加增强扫描, 层厚、间距为 5mm。1 例行 MRI 检查, 使用 GE Signa Contour 0.5T 超导 MRI 机, 应用 SE T1WI 压脂、不压脂, FSE T2WI 压脂, 同时行增强扫描, 1 例同时行 CT 和 MRI 检查。

2 结果

4 例无功能性胰岛细胞瘤, 2 例位于胰尾部, 2 例位于胰头部。瘤体 2.8~8.0cm。CT 平扫: 瘤体为类圆形块影 3 例, 密度较均匀, CT 值 26~35Hu; 增强扫描: 病灶均有强化, 其中 1 例为边缘明显强化, 中心轻度强化, 2 例为较均匀强化。块影与周围界限清楚。邻近结构均为推移受压改变(图 1, 2)。MRI 检查 2 例: 1 例病灶呈类圆形, SE T1WI 高信号, 其内可见等信号结节和间隔。FSE T2WI 以高信号为主, 其结节及间隔仍呈等信号, 整个病灶包膜完整, 手术该瘤体有出血(图 3)。另 1 例瘤体从胰腺钩突水平向下生长, 呈圆柱状, T1WI 以低信号为主, FSE T2WI 呈不均匀高信号, 其内见条片状钙化信号, 边界清楚, 邻近结构受压被推移位(图 4)。4 例均经手术病理证实。

3 讨论

无功能胰岛细胞瘤是极为罕见的神经内分泌源性胰腺肿瘤, 约占胰岛细胞瘤的 15%, 中青年女性多见。本组 4 例中 2 例为女性, 2 例为中青年男性。临床上由于发病隐匿, 又缺乏过多的激素分泌所引起的临床综合征症状, 故病变早期或肿瘤较小时不易发现, 往往在肿瘤很大出现肿块或压迫周围脏器时才就诊, 或在健康体检时偶尔发现。本文 4 例, 1 例在体检时发现, 故肿块较小, 其余 3 例, 2 例因自己扪及肿块, 1 例因腹痛就诊。从 4 例临床特点来看: 无功能胰岛细胞瘤, 往往肿瘤很大, 但患者的一般情况尚好, 此点可作为与源于胰腺的其他恶性肿瘤的临床鉴别点。

影像学检查在无功能胰岛细胞瘤的诊断中起重要作用,

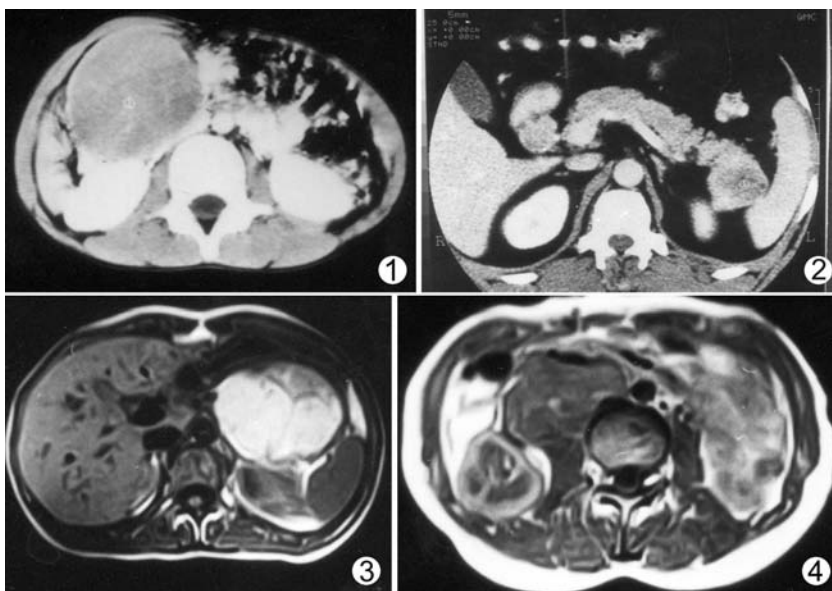


图 1 胰头部可见一 8cm×7cm 大小边缘明显强化中央稍有强化的类圆形影 图 2 胰体尾部可见一 3.0cm×2.8cm 大小不均匀强化的类圆形稍低密度块影, 边界尚清 图 3 胰尾部可见一 8.0cm×6.8cm 类圆形块影, 呈短 T1 长 T2 信号, 其内可见等信号的间隔 图 4 胰钩突部可见一向下生长块影, 边界清, T1WI 呈稍低信号, 并见点条状更低信号

因无功能胰岛细胞瘤缺乏分泌过多激素引起的临床综合征。即使肿瘤体积已很大, 只要不压迫相邻脏器或发生恶变一般无症状而不易被发现。但当肿瘤很大出现压迫症状, 或扪及肿块时就诊, 再行影像检查时往往可以提示诊断。下列几点有助于该病的诊断: ①瘤体往往很大, 但患者的一般情况尚好。文献报道无功能胰岛细胞瘤肿块平均直径 7.7cm, 本组 4 例平均直径 5.4cm。②瘤体内出现钙化较常见, 本组 1 例出现钙化。③肿块往往向前下方生长, 少见向胰后方扩展, 故一般不累及腹腔干和肠系膜上动脉根部周围脂肪。本组 4 例均有这种倾向, 此点不同于胰腺癌, 可作为二者的鉴别点。④肿瘤可以出现坏死、囊变, 但壁往往强化明显, 坏死、囊变区的范围与大的肿瘤不成比例。提示肿瘤血供丰富。⑤肿瘤易发生肝转移, 肝转移灶往往为富血供。⑥MRI 可以多方位多平面观察, 故能明确肿块的周围关系, 有利于定性和指导手术治疗。本组 1 例第 1 次手术只切除部分瘤体, 术中判定难以完全切除。术后 3 个月复查 MRI: 见瘤体又长大, 但 MRI 多方位观察, 瘤体边界仍清楚, 邻近血管只是推移压迫现象。建议再次手术治疗, 结果瘤体完全切除。