

◆ 个案报道

Bilateral orbital tumors with different pathological types: Case report

双侧眼眶不同病理类型肿物 1 例

路璐¹, 张驰², 付天英³

(1. 河北省眼科医院眼特检科, 河北省眼科学重点实验室, 河北省眼部疾病临床医学研究中心,

2. 医学影像科, 3. 麻醉科, 河北 邢台 054001)

[Keywords] eye neoplasms; diagnostic imaging [关键词] 眼肿瘤; 诊断显像

DOI: 10. 13929/j. issn. 1003-3289. 2024. 02. 037

[中图分类号] R739. 7; R445 [文献标识码] B [文章编号] 1003-3289(2024)02-0316-02

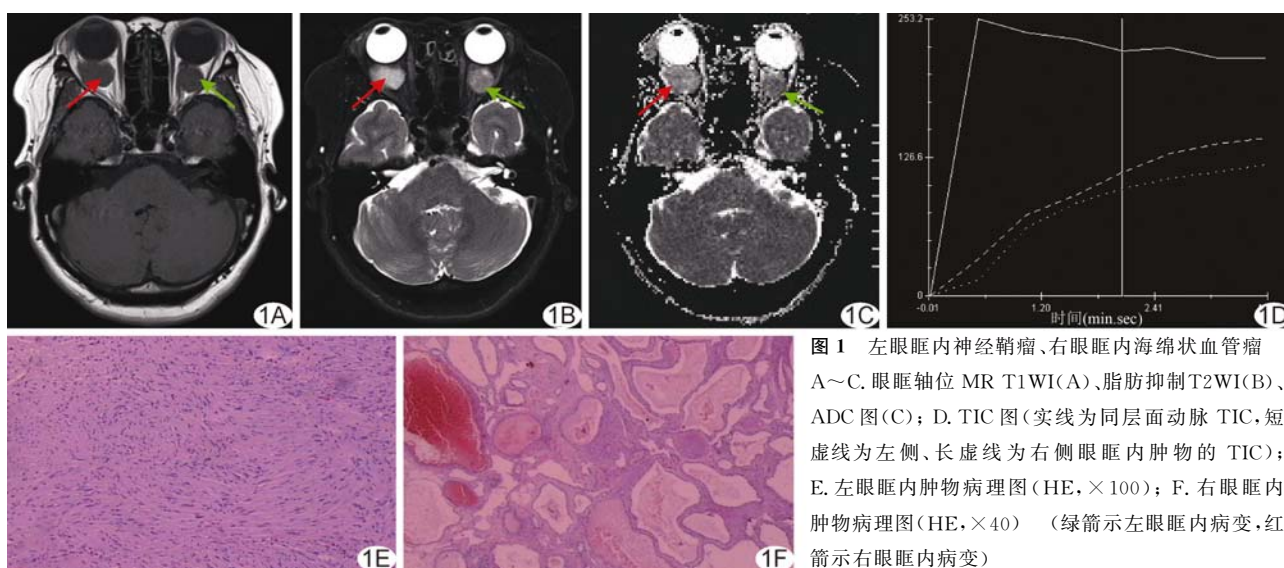


图1 左眼眶内神经鞘瘤、右眼眶内海绵状血管瘤
A~C. 眼眶轴位 MR T1WI(A)、脂肪抑制T2WI(B)、ADC图(C); D. TIC图(实线为同层面动脉 TIC, 短虚线为左侧、长虚线为右侧眼眶内肿物的 TIC); E. 左眼眶内肿物病理图(HE, ×100); F. 右眼眶内肿物病理图(HE, ×40) (绿箭示左眼眶内病变, 红箭示右眼眶内病变)

患者女, 65岁, 3天前因“头痛”于外院经CT检出双眼眶内肿物; 既往高血压病史10年, 双眼周边虹膜激光切除术后5年。查体: 血压126/52 mmHg; 专科检查: 左、右眼视力均0.5; 右眼球向前上方突出, 下转受限, 眶下间隙触及肿物前缘, 边界不清; 左眼球未见明显异常。实验室检查无特殊。超声: 左眼球后类圆形占位病变, 边界清楚, 内回声少且较均匀, 透声性强, 可压缩性小; 右眼球后边界清楚, 回声密集、分布均匀、透声性及可压缩性均中等的类圆形中等回声区。CT: 双侧眼球后类椭圆形软组织病变, 边界清晰, 密度均匀, CT值约50 HU, 眶内段视神经受压偏移; 右眼球受压轻度凸出。MRI: 左球后肌锥内1.8 cm×1.5 cm×1.4 cm不规则占位, T1WI、T2WI均呈低信号, 内见斑片状T2高信号; 右球后肌锥内2.3 cm×1.2 cm×2.1 cm占位呈T1低信号、T2高信号、脂肪抑制T2WI高信号, 弥散加权成像信号均与脑皮质相当, 表观弥散系数(apparent diffusion coefficient, ADC)图均呈等信号; 增强后左侧病变不均匀强化, 右侧病变呈渐进性强化, 时间-信号强度曲线(time-intensity curve, TIC)均呈“持续

上升型”(图1A~1D)。影像学诊断: 左眼眶内神经源性病变, 右眼眶内海绵状血管瘤。于全麻下行双侧眼眶内肿物切除术, 分别于左、右眼眶肌锥内见包膜完整的灰白色、紫红色肿物。术后病理: 光镜下于左侧病变内见交织成束的梭形细胞, 核呈卵圆形, 排列成栅栏状(图1E); 右侧病变富含血管窦, 平滑肌细胞和纤维组织丰富(图1F); 免疫组织化学: 左眼眶内病变S-100(+), SX-10(+), GFAP(-), SMA(-), STAT-6(-), CD34(部分+), CD99(弱+), Bcl-2(+), EMA(-), Ki-67(+, 热点区10%)。诊断: (左眼眶)神经鞘瘤、(右眼眶)海绵状血管瘤。本病例报道通过医院伦理委员会审批(2022KY007)。

讨论 眼眶内原发性肿瘤中, 海绵状血管瘤最常见, 其次是神经鞘瘤。本例同时存在左眼眶内神经鞘瘤、右眼眶内海绵状血管瘤, 实属罕见。海绵状血管瘤超声特点为回声密集、均匀, 透声性中等, 具有可压缩性, CDFI基本无血流信号; 神经鞘瘤内回声少且较均匀, 透声性强, 压缩性小, CDFI可于实体细胞区见红、蓝血流信号。海绵状血管瘤MR T1WI呈中-低信号、T2WI呈高信号, 增强

[第一作者] 路璐(1989—), 女, 河北邢台人, 本科, 主治医师。E-mail: rustlewater@126.com

[收稿日期] 2023-11-10 [修回日期] 2023-11-15

后明显强化;而神经鞘瘤多呈不均匀强化,可与海绵状血管瘤相鉴别。最终确诊需依赖病理学检查。

利益冲突:全体作者声明无利益冲突。

作者贡献:路璐指导、图像分析、撰写、修改和审阅文章;张驰图像分析和处理、撰写文章;付天英数据分析、查阅文献、审阅文章。

CT and MRI manifestations of pelvic reactive nodular fibrous pseudotumor: Case report 盆腔反应性结节状纤维性假瘤 CT 及 MRI 表现 1 例

王黎明¹, 陈 勇², 于进超¹

(1. 山东大学附属威海市立医院影像科, 山东 威海 264200; 2. 山东省乳山市下初镇卫生院, 山东 威海 264500)

[Keywords] fibroblasts; mesocolon; tomography, X-ray computed; magnetic resonance imaging

[关键词] 成纤维细胞; 结肠系膜; 体层摄影术, X 线计算机; 磁共振成像

DOI: 10.13929/j.issn.1003-3289.2024.02.038

[中图分类号] R735.4; R445 [文献标识码] B [文章编号] 1003-3289(2024)02-0317-01

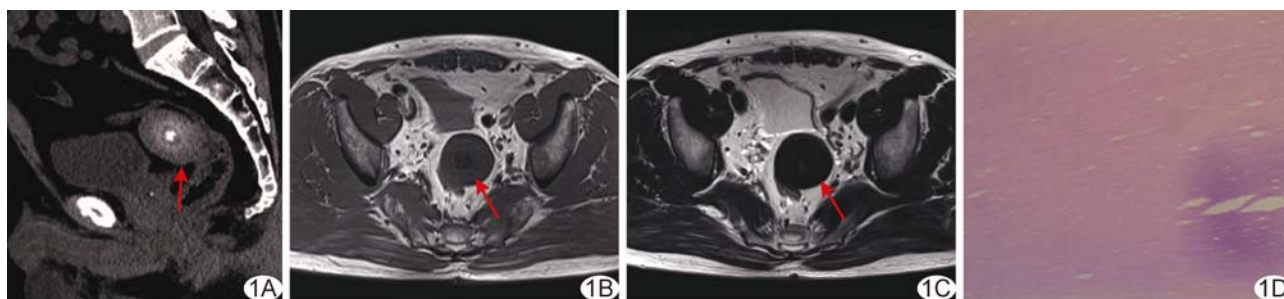


图 1 盆腔乙状结肠系膜反应性结节状纤维性假瘤 A. 盆腔平扫矢状位重组 CT 图; B. 盆腔平扫轴位 T1WI; C. 盆腔平扫轴位 T2WI; D. 病理图(HE, ×100) (箭示盆腔肿块)

患者男, 54 岁, 发现盆腔包块 2 年, 无腹痛、腹胀、恶心、呕吐, 无大便习惯及性状改变; 2 年前超声体检显示盆腔低回声包块, 盆腔平扫 CT 示邻近直肠类圆形肿块及其内高密度影, 盆腔 MRI 示盆腔内 4.1 cm × 3.8 cm × 4.5 cm 类椭圆形 T1WI 低、T2WI 低信号, 中心可见 T1WI 低、T2WI 高信号; 影像学考虑为良性病变, 未予特殊处理。查体: 腹部平软, 无肌紧张, 腹部未扪及包块, 全腹无压痛及反跳痛; 膝胸位肛诊进指 5 cm 未扪及明显肿物, 无触痛及狭窄。实验室检查未见明显异常。本次盆腔平扫 CT 及矢状位重组图示膀胱直肠隐窝内 4.3 cm × 4.1 cm × 4.9 cm 类圆形软组织密度肿块, CT 值约 65 HU, 呈同心圆改变, 内见高密度钙化, CT 值约 809 HU, 病灶边界清, 压迫直肠(图 1A); 盆腔 MRI 见上述病灶大部分呈 T1WI、T2WI 低信号, 中心钙化区呈 T1WI 低、T2WI 高信号(图 1B、1C)。行腹腔镜盆腔肿物切除术, 术中见乙状结肠与直肠系膜交界处包膜完整肿块, 与直肠无粘连。术后病理: 肿物表面光滑, 切面灰黄色, 质韧, 中央区见钙化; 光镜下见纤维组织增生伴显著玻璃样变性(图 1D)。病理诊断: 反应性结节状纤维性假瘤(reactive nodular fibrous pseudotumor,

RNFP)。本例报道经医院伦理委员会免除伦理审查。

讨论 RNFP 是由成纤维细胞和肌成纤维细胞增殖形成的罕见反应性增生结节, 多见于胃肠道及系膜, 为纤维性炎性病变, 部分患者因腹部不适或体检而偶然发现; CT 多表现为边界清楚的不均匀性低密度影, 其内可见囊变、钙化; MRI 常表现为特征性低 T1WI、低 T2WI 信号, 钙化部分信号复杂多样; 增强后病灶呈不均匀性轻度、渐进性异常强化。部分病灶起自胃肠道浆膜层并累及胃肠壁或邻近组织, 易被误诊为胃肠道间质瘤或其他恶性肿瘤。此外, 本病还需与炎性肌成纤维细胞瘤、孤立性纤维性肿瘤和侵袭性纤维瘤病等梭形细胞肿瘤鉴别。本例病变起源于乙状结肠与直肠系膜交界处, 缓慢生长, CT 显示病灶内钙化, MRI 提示病灶内富含纤维组织, 符合 RNFP 表现。最终确诊依靠病理学检查。

利益冲突: 全体作者声明无利益冲突。

作者贡献: 王黎明图像分析、撰写和审阅文章; 陈勇查阅文献、研究实施; 于进超撰写文章、图像处理。

[第一作者] 王黎明(1970—), 男, 山东威海人, 本科, 主任医师。E-mail: wanglimingwh@163.com

[收稿日期] 2023-11-23 [修回日期] 2023-12-25