

CT 矢状位、冠状位重建仍无法判定肿瘤主体所在,且未见左侧肾上腺显示、胰腺体尾部受侵,虽然可根据脾脏、左肾受压表现除外脾脏、肾脏来源,但胃腔小且未见充盈,故误诊为腹膜后肿

物,后通过 CTA、MIP 血管重建,发现该肿物为腹腔内器官,来源于胃可能,且该肿物 CT 影像特点符合 GIST 改变。

Ultrasonic manifestations of multiple cutaneous Rosai-Dorfman disease: Case report 皮肤多发罗道病超声表现 1 例

钟琳,邱 迺

(四川大学华西医院超声科,四川 成都 600041)

[Key words] Rosai-Dorfman disease; Ultrasonography

[关键词] 罗道病;超声检查

DOI:10.13929/j.1003-3289.2016.07.040

[中图分类号] R445.2; R739.5 [文献标识码] B [文章编号] 1003-3289(2016)07-1147-02



图1 皮肤多发罗道病声像图 右侧腋窝(A)、右侧大腿皮肤及皮下层(B)、右侧腹壁皮下层(C)病灶

患者女,52岁,因“全身皮肤多发包块”入院,患者8个月前无诱因发现右头顶部包块,CT提示右侧顶骨板障局灶低密度影,行颅骨病损切除术,术后病理诊断为罗道病(Rosai-Dorfman disease, RDD)。患者于半年前无明显诱因先后于右侧腋窝、右大腿及腹壁扪及包块,大小分别为5 cm×3 cm、6 cm×5 cm、4 cm×3 cm,质硬,无压痛,局部皮温不高,右侧腋窝及大腿皮肤见多个褐色斑点;PET/CT显示右侧腋窝、右大腿及腹壁异常浓聚灶;先后行3次超声检查:①6个月前,腋窝皮肤及皮下层稍强回声团,大小约3.0 cm×0.8 cm×2.7 cm,边界欠清,内可见裂隙状及小片状低回声区(0.6 cm×0.3 cm),血流信号不丰富;②4个月前,腋窝病变内部片状低回声区范围增大(1.0 cm×0.5 cm);③1个月前,右侧腋窝病变大小约4.0 cm×1.5 cm×3.2 cm,呈混合回声,以低回声为主,周围呈稍强回

声,内见较丰富血流信号(图1A),探及低阻动脉频谱。右侧大腿(图1B)、腹壁(图1C)分别探及大小约4.7 cm×1.5 cm×4.0 cm、3.7 cm×1.1 cm×2.8 cm的稍强回声团,内见裂隙样低回声区,其内探及数个点线状血流信号。超声诊断:右侧腋窝、右大腿及腹壁皮肤及皮下层多发实性占位,结合病史考虑RDD。行右侧腋窝包块切除术,术中见一大约5.0 cm×4.0 cm×3.5 cm的黄褐色质硬包块,活动度差,无包膜,病理见较多增生组织细胞聚集,免疫组化:CD68(+),CD163(+),S-100(+),CD1a(-),Langerin(-),诊断为RDD。

讨论 RDD又称窦组织细胞增生伴巨大淋巴结病,是一种罕见的良性组织细胞增生性病变,好发于儿童及青少年,男女发病率约7:5,临床多表现为淋巴结肿大,以颈部多见;可同时或单独累及节外组织,如皮肤、骨骼系统等,其中皮肤受累最常见。RDD发病原因不明,需组织病理学检查确诊,组织细胞的胞质内吞噬有完整的淋巴细胞、中性粒细胞,称为伸入运动,是重要诊断依据之一。RDD临床及影像学表现缺乏特异性,诊断困难。本例表现为皮肤多发实性团块,超声表现类似于皮肤炎性病变,不伴有局部红肿、皮温升高等临床症状,连续多次检查

[第一作者] 钟琳(1983—),女,四川成都人,本科,医师。

E-mail: 9126241@qq.com

[收稿日期] 2015-10-19 [修回日期] 2016-04-10

发现腋窝病变内部低回声区范围逐渐增大、病变血流信号增多,结合患者颅骨 RDD 病史,有助于明确 RDD 累及皮肤的诊断。多认为 RDD 为良性、自限性病变,但也有发生恶变、累及

多器官引发死亡的报道。RDD 的治疗可采用手术切除、类固醇治疗及放疗等。

Aggressive angiomyxoma: Two cases report 侵袭性血管黏液瘤 2 例

刘珊珊,杨林林,张 蓓,于 森

(吉林大学第一医院放射线科,吉林 长春 130026)

[Key words] Angiomyxoma; Tomograph, X-ray computed; Magnetic resonance imaging

[关键词] 血管黏液瘤;体层摄影术,X线计算机;磁共振成像

DOI:10.13929/j.1003-3289.2016.07.041

[中图分类号] R445; R739.93 [文献标识码] B [文章编号] 1003-3289(2016)07-1148-01

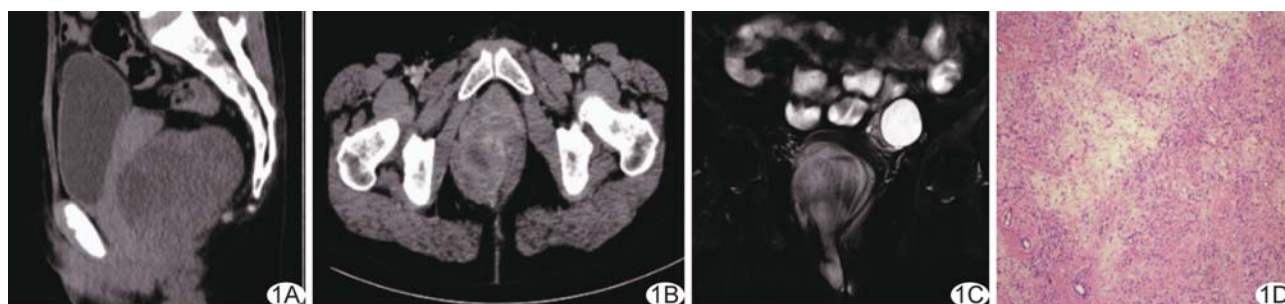


图1 患者1,骶尾部 AAM A. CT 平扫; B. CT 增强扫描; C. MR T2WI 图像; D. 病理图(HE, ×10)

病例1:患者女,44岁,因“排便性状改变2个月”入院。CT:骶尾部肿物,约8.1 cm×7.4 cm,CT值21~31 HU,向右侧大阴唇延伸,不均匀强化,可见漩涡样排列的强化索条影(图1A、1B)。MRI:T2WI呈不均匀高信号,内可见“漩涡状”和“分层样”结构(图1C)。探查见骶前偏右侧一实性肿物,质软、黄白色,向内延伸至坐骨直肠窝,将肿物沿囊壁作钝性分离,将囊壁分离至骶骨前,深约10 cm,完整切除囊壁,清除坏死组织,于臀部另作一切口引出。术后病理:侵袭性血管黏液瘤(aggressive angiomyxoma, AAM),部分肿瘤边缘与肌肉脂肪纤维组织分界不清,另有游离组织,内见化生性骨组织(图1D)。

病例2:患者女,40岁,因“发现肛周肿物1年”入院。CT:骶尾部肿物,约7.6 cm×7.0 cm,CT值17~37 HU,不均匀强化,可见漩涡样排列的强化索条影。MRI:T1WI呈低信号,T2WI呈不均匀高信号,病灶内部可见“漩涡状”和“分层样”结

构。探查见骶前偏右侧一囊实性肿物,向内延伸至坐骨直肠窝,将肿物沿囊壁作钝性分离,将囊壁分离至骶骨前,并完整切除。术后病理为AAM。

讨论 AAM是一种非常罕见的间叶组织来源肿物,好发于中年女性盆腔及会阴部,肿瘤常较大,可达60 cm。AAM生长缓慢,一般无特异性症状。肿瘤具有局部侵袭及复发性特点,须及时并彻底手术、定期随访,但一般无远处及淋巴结转移,手术时不需行淋巴结清扫。影像学检查具有特征性表现,且能清晰显示该病变大小、形态及与邻近组织关系,但最终确诊需依靠病理学检查。CT:AAM多表现为密度不均的软组织密度影,虽常局部浸润,但肿物边界清晰,增强扫描表现为持续性漩涡状强化;主要需与血管肌纤维母细胞瘤进行鉴别,二者CT表现相似,但后者体积一般较小、多<5 cm。MRI:T1WI呈低信号,T2WI呈不均匀高信号,提示肿瘤内含有较多的基质和水分,T2WI平扫可见肿块内漩涡状及分层状改变,CT检查仅在增强之后才可显示此特征;主要需与平滑肌瘤相鉴别,后者T2WI多呈等及低信号。

[第一作者] 刘珊珊(1983—),女,山东莱芜人,在读硕士。

E-mail: liuss1031@126.com

[收稿日期] 2015-11-24 [修回日期] 2016-01-26