

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

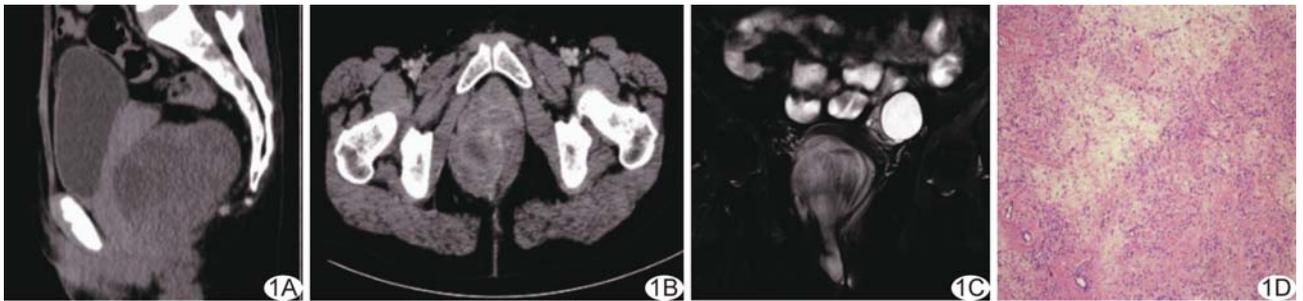


图 1 患者 1, 骶尾部 AAM A. CT 平扫; B. CT 增强扫描; C. MR T2WI 图像; D. 病理图(HE, ×10)

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: AMM 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; 主要需与平滑肌肿瘤相鉴别, 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