

## Multiple ganglioneuromas with lumbosacral intraspinal and extraspinal involvement: Case report 腰骶椎椎管内外多发节细胞神经瘤 1 例

宋承汝, 谢珊珊, 程敬亮, 张 勇  
(郑州大学第一附属医院磁共振科, 河南 郑州 450052)

[Key words] Ganglioneuroma; Lumbosacral region; Magnetic resonance imaging

[关键词] 神经节瘤; 腰骶部; 磁共振成像

DOI: 10.13929/j.1003-3289.201703081

[中图分类号] R745.7; R445.2 [文献标识码] B [文章编号] 1003-3289(2017)11-1762-01

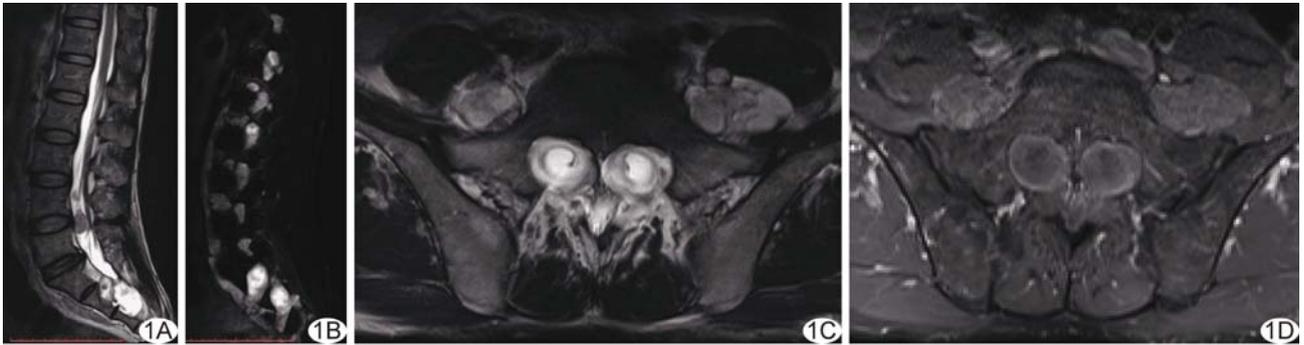


图 1 腰骶椎椎管内外多发节细胞神经瘤 A. 矢状位 T2WI 示病变呈等或不均匀高信号, L4~5 水平及骶椎椎管内可见结节样病灶; B. 矢状位脂肪抑制 T2WI 示病变呈等或不均匀高信号, T11~L5 椎间孔区、骶孔区及椎旁可见多发病灶; C. 轴位 T2WI 示骶孔区病变内可见“漩涡征”; D. 增强 MR 延迟期轴位 T1WI 示肿块呈轻度不均匀强化, 以边缘为著

患者男, 46 岁, 以“腰部疼痛伴双下肢乏力 1 个月, 加重半月余”入院。查体: 双下肢肌力 IV 级。骶尾部 CT: L3~5 双侧椎间孔及侧隐窝、骶孔扩大, 可见对称性稍低密度软组织密度影, 密度均匀, CT 值约 8~30 HU。病变邻近骨质结构未见明显受侵犯破坏。腰椎 MRI: L4~5 椎管内、T11~L5 双侧椎间孔区、骶孔区及椎旁见较对称性多发等长 T1 等长 T2 信号(图 1A), 脂肪抑制 T2WI 呈等、高信号(图 1B), 病变信号不均, 呈多发囊状、串珠样, 边界较清, 部分病变内可见“漩涡征”(图 1C); DWI 示病变弥散受限呈高信号, ADC 图呈低信号; 病变所累及双侧椎间孔及骶孔可见明显扩张, 向外侧延伸至椎旁, 与双侧腰大肌关系密切, 双侧腰大肌受压向外侧推移; 骶孔区病变向前下方延伸至盆腔内。静脉注入 Gd-DTPA 后, 病变呈轻度不均匀强

化, 边缘为著(图 1D)。MRI 诊断考虑为多发神经源性肿瘤或多发皮样/表皮样囊肿。患者行 L4~5 及椎管内外多发肿瘤切除术, 术中见肿物呈灰白色实质性, 质地较韧, 包膜完整, 血供一般, 部分与神经根关系密切。术后病理诊断为节细胞神经瘤(ganglioneuroma, GN)。

讨论 GN 是一种罕见的起源于交感神经节细胞的良性肿瘤, 以成年人和青少年多见, 无明显性别差异。多发于腹膜后、后纵隔等部位, 发生于椎管者罕见。GN 多为单发, 椎管内 GN 以颈段发生较多, 胸段次之, 腰骶段少见。本例 GN 为腰骶段椎管内外多发病变, 更为罕见。GN 生长缓慢, 沿器官或组织间隙呈嵌入性生长是其特征性表现之一, 椎管区域 GN 因受椎管及椎间孔的限制, 常呈哑铃形, 椎间孔多明显扩大, 但一般无骨质破坏。本例 GN 患者 T11~L5 双侧椎间孔区、骶孔区及椎旁可见多发病灶, 但椎管内病灶仅见于 L4~5 水平, 考虑其起源于椎管外的周围神经交感神经节细胞。CT 多表现为低于周围肌肉的较低密度灶, 部分呈囊性密度, 可能与节细胞胞浆丰富, 瘤内含有大量黏液基质有关。GN 钙化率约为 20%~42%, 典

[第一作者] 宋承汝(1989—), 女, 河南郑州人, 硕士, 主治医师。

E-mail: songchengru@126.com。

[收稿日期] 2017-03-16 [修回日期] 2017-07-12

型者为斑点样或针尖样。MR T1WI 平扫 GN 多呈较均匀等或低信号, T2WI 呈均匀或不均匀高信号, 类似囊性病变; 增强后多无明显强化或仅轻微强化。此外, “漩涡征”也是 GN 特征性 MRI 表现, 与施万细胞和胶原纤维纵横交错排列有关。椎管区域多发 GN 需与丛状神经纤维瘤相鉴别: 丛状神经纤维瘤多呈广泛弥漫性分布, 头颈部累及较多, T1WI 呈等或略低信号, 脂

肪抑制 T2WI 多呈高信号, 部分深部病变可见靶征, 增强多表现为中度至较明显强化, 多有皮肤棕褐色色素沉着、其他部位病变及家族病史。

总之, 当发现椎管内外多发类囊性病变, DWI 上弥散受限, 增强后强化不明显, 且患者无其他部位病变及家族史的情况下, 应考虑到 GN 的可能。

## Sclerosing adenosis of breast: Case report 乳腺硬化性腺病 1 例

靳凤梅, 马苏美, 王 惠, 李金船

(兰州大学第一医院超声科, 甘肃 兰州 730000)

[Key words] Breast; Sclerosing adenosis; Ultrasonography

[关键词] 乳腺; 硬化性腺病; 超声检查

DOI: 10.13929/j.1003-3289.201703166

[中图分类号] R737.9; R445.1 [文献标识码] B [文章编号] 1003-3289(2017)11-1763-01

患者女, 55 岁, 以“发现左乳肿物 10 月余”为主诉入院。体检: 左侧乳腺外上象限可触及约 20 mm×15 mm 的质韧肿物, 边界欠清, 活动度差, 无压痛, 乳头无凹陷及溢液, 皮肤无红肿及橘皮样变。超声: 左侧乳腺可见中等回声区, 边界欠清, 形态欠规则, 未见明显占位效应; CDFI 示病灶内点状血流信号; 自动乳腺全容积成像 (automated breast volume scanner, ABVS) 示左侧乳腺 12 点方向 (距乳头约 54 mm, 距皮肤约 14.5 mm) 可见约 18 mm×11 mm 中等回声区 (图 1A), 边界不清, 形态不规则, 冠状切面可见“汇聚征”; 弹性成像示病灶以红色为主 (图 1B、1C), 弹性评分 5 分。超声诊断为左侧乳腺占位性病变 (BI-RADS 4C 类)。行左乳区段切除术, 术后病理诊断: (左侧乳腺) 复杂性硬化性腺病 (sclerosing adenosis, SA) 伴导管上皮简单增生。免疫组化: P63(+), KI67(<5%), 腺上皮 ER(3+), PR(1+), CK8/18(3+), CK5/6(肌上皮+)。

**讨论** 乳腺 SA 是一种少见的、可与恶性肿瘤共存的乳腺增生性病变。SA 可使乳腺癌患病风险加倍, 被视为癌前病变; 其病理特征为小叶纤维化, 增生小管的腺上皮萎缩而肌上皮

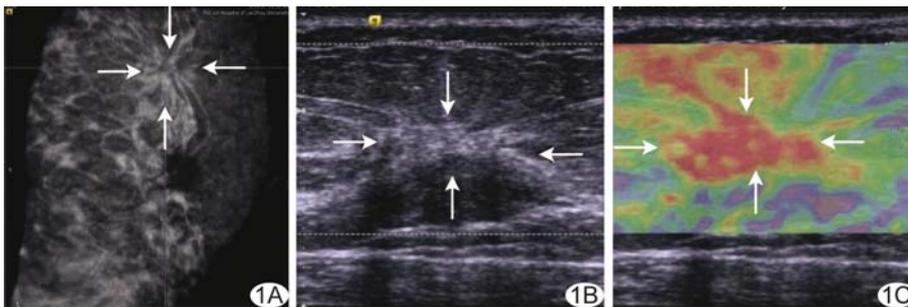


图 1 AS 超声表现 A. ABVS 可见病变呈边界不清、形态不规则的中等回声区, 冠状切面可见“汇聚征”(箭); B、C. 弹性成像示病灶以红色为主(箭)

保存或增生。发病可能与雌激素刺激上皮细胞的增生有关。由于 SA 的影像学表现极易与乳腺浸润性导管癌相混淆, 确诊主要依靠病理及免疫组化检查。ABVS 是专为乳腺检查设计的三维超声成像技术, 乳腺 SA 在 ABVS 冠状面可表现为毛刺或部分毛刺、成角, 局部腺体结构紊乱和钙化。本例 SA 二维超声表现为不规则中等回声区, 与多数乳腺癌呈低回声不同, 且无明显的占位效应, 可资鉴别; 同时, 本例 SA 在 ABVS 冠状面呈“汇聚征”, 其病理基础为间质纤维过度增生对周围组织的假性浸润所致, 与浸润性导管癌的“汇聚征”主要由于癌细胞浸润生长, 周边纤维结缔组织反应性增生并受牵拉所致不同。本例超声检查 BI-RADS 分类为 4C 类, 与病理结果不符, 原因可能与 SA 和乳腺癌的声像图表现存在重叠有关, 是本例的误诊原因和鉴别难点。因此, 对此类病例必要时应结合 CEUS 及穿刺活检以降低假阳性率, 并应注意定期随访。

[第一作者] 靳凤梅 (1990—), 女, 甘肃定西人, 在读硕士。

E-mail: 1607279072@qq.com

[收稿日期] 2017-03-30 [修回日期] 2017-07-14