

Metabolism, 2004, 53(2):222-227.

- [13] Pruijm M, Milani B, Burnier M. Blood oxygenation level-dependent MRI to assess renal oxygenation in renal diseases: Progresses and challenges. Front Physiol, 2017, 7:667.

- [14] Pruijm M, Hofmann L, Maillard M, et al. Effect of sodium loading/depletion on renal oxygenation in young normotensive and hypertensive men. Hypertension, 2010, 55 (5): 1116-1122.

Posterior mediastinal solitary fibrous tumor: Case report 后纵隔旁孤立性纤维瘤 1 例

周晓亮, 姜明武

(广州中医药大学深圳临床医学院 深圳市龙岗中心医院影像科, 广东 深圳 518116)

[Keywords] solitary fibrous tumors; mediastinum; tomography, X-ray computed

[关键词] 孤立性纤维瘤; 纵隔; 体层摄影术, X 线计算机

DOI: 10.13929/j.1003-3289.201806046

[中图分类号] R734.5; R814.42 [文献标识码] B [文章编号] 1003-3289(2019)02-0235-01

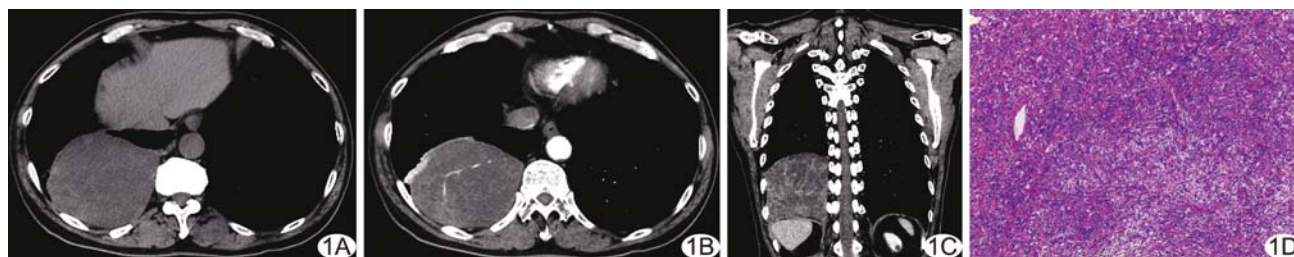


图 1 后纵隔旁 SFT A. CT 平扫; B. 动脉期增强 CT; C. 静脉期增强 CT; D. 病理图(HE, ×100)

患者男, 65 岁, 因“反复右侧胸痛 2 年”入院。查体: 桶状胸, 肋间隙增宽, 无皮下气肿。听诊双肺呼吸音减弱, 无明显啰音, 未闻及胸膜摩擦音。CT: 右侧胸腔纵隔旁见团块状软组织密度影, 约 109 mm×99 mm, 边缘较清, 密度不均匀, 内见多发小囊状低密度区, 邻近右侧胸膜局部稍厚(图 1A); 增强扫描动脉期病灶呈中等不均匀强化, 内见增粗血管影(图 1B), 静脉期强化不均匀, 呈“地图样”改变(图 1C)。拟诊为胸部右后纵隔旁占位病变, 行全麻下胸腔镜占位摘除术。术后病理检查示肿瘤由交替性分布的细胞丰富区和稀疏区组成, 丰富区细胞呈短梭状, 血管丰富, 疏松区为纤维组织及多量血管, 伴有间质玻璃样变及多量囊性变(图 1D); 细胞异型性不大, 偶见核分裂象(<2 个/50 高倍视野)。免疫组织化学: CD34(+), CD99(+), Bcl-2(+), Ki-67 (<5%+)。病理诊断: 后纵隔旁孤立性纤维瘤(solitary fibrous tumor, SFT)。

讨论 SFT 是一种少见的、源于间叶组织的梭形细胞肿

瘤, 可发生于纵隔、肺、腹膜后等部位, 多见于中老年人, 无明显性别差异。影像学上 SFT 常表现为孤立性肿块, 呈膨胀性生长、边界清晰、周围组织受压推挤等。CT 平扫病灶表现为不均匀的等、低密度软组织肿块; 增强扫描早期肿瘤实质部分呈不均匀强化, 门静脉期呈进一步持续强化, 动态增强扫描主要表现出“快进慢出”的强化特点; 较大 SFT 增强后病灶整体呈“地图样”强化为其特征性表现。较大 SFT 一般血供丰富, 故肿块内及周围可见迂曲、增粗的血管影。影像学鉴别良恶性 SFT 较困难。恶性 SFT 常表现为肿瘤短期内明显增大, 与周围边界不清, 可出现转移病灶及胸腔积液等。此外, 发生于后纵隔旁的 SFT 需与神经源性肿瘤、胸膜间皮瘤、孤立性胸膜转移瘤等相鉴别。SFT 的免疫组织化学表现为 CD34 和 Bcl-2 阳性。本例病灶主体位于右侧胸腔, 与右侧胸膜关系密切, 故考虑为右后下纵隔旁胸膜来源的良性孤立性纤维瘤。该病确诊仍有赖于病理学检查。

[第一作者] 周晓亮(1982—), 男, 湖南株洲人, 在读博士, 副主任医师。E-mail: zhouxiaoliang5@sina.com

[收稿日期] 2018-06-08 [修回日期] 2018-11-13