

周围水肿少,占位效应轻;这些与肿瘤特征均不相符。

鉴别诊断:①胶质母细胞瘤,多呈混杂信号,实性部分多呈稍长 T1、稍长 T2 信号,瘤周多伴水肿,增强后呈不均匀或花环样

强化;②海绵状血管瘤,为边界清楚混杂信号,周围见低信号“黑环”,增强后明显强化;③血管网状细胞瘤,多呈囊实性改变,多数表现为大囊小结节,占位效应轻,增强后结节多明显强化。

Lymphangiomatosis involving mediastinum, spleen and retroperitoneum: Case report

淋巴管瘤病累及纵隔、脾脏及腹膜后 1 例

江永芳,朴金明,窦乐,曹殿波

(吉林大学第一医院放射科,吉林 长春 130021)

[Keywords] lymphangioma; mediastinum; spleen; retroperitoneum [关键词] 淋巴管瘤;纵隔;脾脏;腹膜后腔

DOI:10.13929/j.1003-3289.201901144

[中图分类号] R733.2; R445 [文献标识码] B [文章编号] 1003-3289(2019)11-1765-01

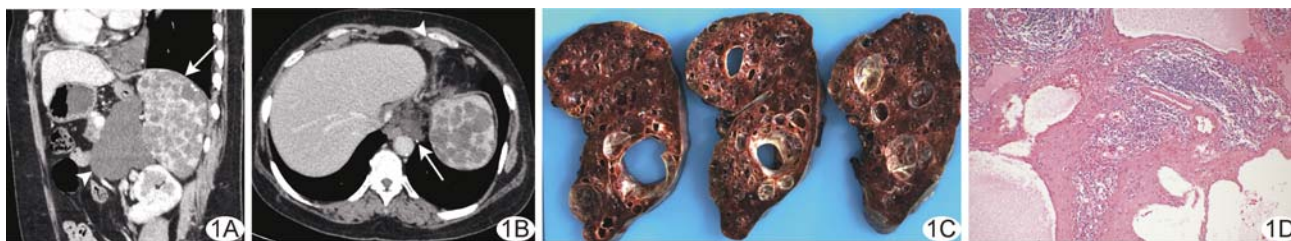


图 1 淋巴管瘤病累及纵隔、脾脏及腹膜后多器官 A.腹部 CT 示脾内充满圆形、片状水样低密度影(箭);左上腹见不规则水样低密度影,与胰腺尾部界限不清(箭头);B.胸部 CT 示食管下段周围(箭)、心包右前区(箭头)多发结节状、斑片状不规则软组织影;C.脾脏大体病理;D.脾脏淋巴管瘤病理图(HE,×100)

患者女,52 岁,体检发现脾脏及胰腺占位入院。查体:腹部平坦,左上腹有轻压痛,未触及肿块。实验室检查:血小板 $372 \times 10^9/L$,白蛋白 36.2 g/L,癌胚抗原、CA19-9 均为阴性。腹部 CT:脾大,脾脏内充满圆形、片状水样低密度影,边缘点状钙化,增强后病灶边缘可见轻度线样强化;左上腹约 10.43 cm × 8.92 cm × 11.03 cm 形态不规则水样低密度影,包绕脾动静脉,与胰腺尾部界限不清,增强后未见明显强化(图 1A)。胸部 CT:食管下段周围、心包右前区见多发结节状、斑片状不规则软组织密度影,CT 值约 18~35 HU,内见多个小钙化影,增强后未见明显强化(图 1B)。影像学诊断:考虑淋巴管瘤病累及纵隔、脾脏及腹膜后多器官可能。行腹部探查术,术中见脾脏和胰尾部囊性病损,与周围结肠、左肾分界较清;遂行胰尾、脾肿瘤切除术,纵隔病变未予干预。术后病理示脾脏呈弥漫囊腔样变,直径 0.23~6.05 cm,囊内多为较清亮液体,部分为黏液及淡褐色胶冻样物,局部伴钙化(图 1C);胰尾部囊性病损约 10.06 cm × 8.21 cm × 10.34 cm,切面呈多房囊性,囊腔直径 0.51~6.23 cm,内壁光滑,囊内为淡褐色胶冻样物,与脾脏病

变性质相同;镜下见瘤细胞弥漫、多中心性生长,伴纤维化、玻璃样变性及灶状钙化,提示脾脏、胰尾部淋巴管瘤(图 1D),结合胸腹部影像学表现,综合诊断为淋巴管瘤病累及纵隔、脾脏及腹膜后多器官。

讨论 淋巴管瘤是先天或继发损伤等造成的淋巴管扩张,常见于婴幼儿,成人少见;多发生于颈部和腋窝,腹腔、腹膜后、骨及纵隔等区域较少见;同时累及 2 个部位以上者称为淋巴管瘤病。本例病变同时累及纵隔、脾脏及腹膜后多器官,十分罕见。本病可无明显症状,病灶较大压迫周围器官可引起相应症状。

淋巴管瘤 CT 表现为囊性低密度影或软组织样密度影,单发或多发,边界较清楚,少数可伴有钙化,病灶多有分隔、分叶,增强后壁和分隔可见轻度线状增强,其余组织无强化。本例胸腹部 CT 表现符合淋巴管瘤特征。治疗方法首选手术切除,完整切除肿瘤后,多数患者预后良好,但病灶累及广泛者常因病灶难以彻底清除而致术后复发,故需随访复查。对于病灶较小且无临床症状者可定期随访观察。

[第一作者] 江永芳(1992—),女,安徽淮南人,在读硕士。E-mail: 13214311915@163.com

[收稿日期] 2019-01-23 [修回日期] 2019-05-08