

[10] FARID K, POULLIAS X, ALIFANO M, et al. Respiratory-gated imaging in metabolic evaluation of small solitary pulmonary nodules: ¹⁸F-FDG PET/CT and correlation with histology [J]. Nucl Med Commun, 2015, 36(7):722-727.

[11] 郭玲玲, 卢其玲, 邵明岩, 等. PET-CT 联合 HRCT 扫描对不同大小孤立性肺结节良恶性鉴别的临床价值 [J]. 江西医药, 2018, 53(11):1197-1199, 1218.

[12] 李春, 杨达伟. 肺部结节的诊断与处理 [J]. 上海医药, 2015, 36(15):28-32.

[13] 王毅翔, GONG J S, SUZUKI K, 等. 孤立性肺结节的循证医学影像处理 [J]. 中国胸心血管外科临床杂志, 2015, 22(4):355-360.

Subcortical periosteal schwannoma of lower right tibia: Case report 右胫骨下段皮质下骨膜神经鞘瘤 1 例

杨 倩, 邓晓娟

(陆军军医大学大坪医院放射科, 重庆 400042)

[Keywords] neurilemmoma; bone; magnetic resonance imaging

[关键词] 神经鞘瘤; 骨; 磁共振成像

DOI: 10.13929/j.issn.1003-3289.2020.01.025

[中图分类号] R738.1; R445 [文献标识码] B [文章编号] 1003-3289(2020)01-0090-01

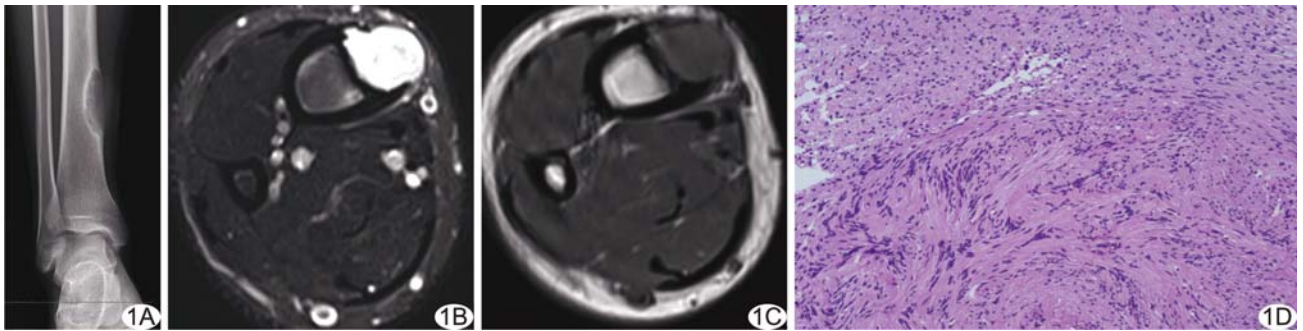


图 1 右胫骨下段神经鞘瘤 A. X 线片; B. MR T2WI; C. MR T1WI; D. 病理图(HE, ×100)

患者男, 17 岁, 因“偶然发现右胫骨下段鸡蛋大小包块”入院。查体: 右胫骨下段触及 6.0 cm × 4.0 cm 质软肿块, 局部压痛明显, 皮温不高, 皮肤无红肿及破溃, 肌力及肌张力正常。实验室检查未见异常。X 线片: 右胫骨下段骨皮质呈膨胀性破坏, 边界清楚, 内见细线状分隔, 边缘可见薄层硬化边(图 1A)。MRI: 右胫骨下段见等 T1 长 T2 信号肿块, 约 4.6 cm × 2.7 cm, 呈膨胀性生长, 边缘可见浅分叶, 骨皮质呈受压改变(图 1B、1C)。影像学诊断: 右胫骨下段占位性病变, 考虑良性肿瘤, 纤维骨皮质缺损或非骨化性纤维瘤可能性大。遂行右胫骨下段肿瘤切除内固定 + 植骨术, 术中见右胫骨下段内侧肉芽样组织, 大小约 5.0 cm × 3.0 cm × 2.0 cm, 血供丰富, 质地较软, 压迫胫骨皮质, 未见明显骨膜反应。术后病理: 镜下见肿瘤细胞呈梭形, 胞质弱嗜酸性, 胞核长梭形, 瘤细胞核呈栅栏状排列(图 1D)。免疫组织化学染色: CD117(-), CD34(-), CK(-),

Ki-67(5%+), S-100(+), SMA(-), Caldesmon(-), Des(-), Vim(+)。病理诊断: 右胫骨下段神经鞘瘤。

讨论 神经鞘瘤是来源于施万细胞的良性肿瘤, 常发生于软组织, 发生于长骨骨干者少见。骨神经鞘瘤多发生于下颌骨及骶骨, 其组织学来源有 3 种: ①软组织内周围神经来源的骨外肿瘤; ②来源于伴随骨滋养血管渠道进入骨骼的神经; ③起源于髓腔无髓神经纤维。本例胫骨下段神经鞘瘤符合第 2 种来源。

本病需与纤维骨皮质缺损、非骨化性纤维瘤相鉴别。纤维骨皮质缺损和非骨化性纤维瘤好发于青少年, 以长骨胫骨、股骨及腓骨多见。纤维骨皮质缺损一般病变小且无症状, 仅限于骨皮质; 非骨化性纤维瘤病灶大、有症状, 病变膨胀性生长, 并伴有骨髓腔侵犯。本病确诊需依靠病理及免疫组织化学检查, 但影像学检查可评估病灶范围及是否累及周围组织, 对于术前制定手术方案、术后评估有一定指导作用。

[第一作者] 杨倩(1993—), 女, 重庆人, 硕士, 医师。E-mail: 1020217267@qq.com

[收稿日期] 2019-03-11 [修回日期] 2019-07-16