

Radiology, 2010, 256(1):135-142.

- [9] 李坤芳, 廖锦元, 阳腾飞, 等. 3.0 T MRI 动态增强评估肝纤维化分期的实验研究[J]. 临床放射学杂志, 2018, 37(4):711-715.
- [10] 李素林, 张道荣, 牛爱国, 等. 胆总管囊肿手术前后肝脏血液动力学变化[J]. 中华小儿外科杂志, 1999, 20(3):140-142.
- [11] 李继承, 曾园山. 组织学与胚胎学(第 9 版)[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2008:180-181.

- [12] LI Z, SUN J, CHEN L, et al. Assessment of liver fibrosis using pharmacokinetic parameters of dynamic contrast-enhanced magnetic resonance imaging[J]. J Magn Reson Imaging, 2016, 44(1):98-104.
- [13] ZHANG W, KONG X, WANG Z J, et al. Dynamic contrast-enhanced magnetic resonance imaging with Gd-EOB-DTPA for the evaluation of liver fibrosis induced by carbon tetrachloride in rats[J]. PLoS One, 2015, 10(6):e0129621.

Schwannoma of ascending colon: Case report 升结肠神经鞘瘤 1 例

高 伟, 郝粉娥*

(内蒙古医科大学附属医院影像诊断科, 内蒙古 呼和浩特 010050)

[Keywords] schwannoma; colon, ascending; tomography, X-ray computed

[关键词] 神经鞘瘤; 结肠, 升; 体层摄影术, X 线计算机

DOI:10.13929/j.issn.1003-3289.2020.03.026

[中图分类号] R735.32; R814.42 [文献标识码] B [文章编号] 1003-3289(2020)03-0424-01

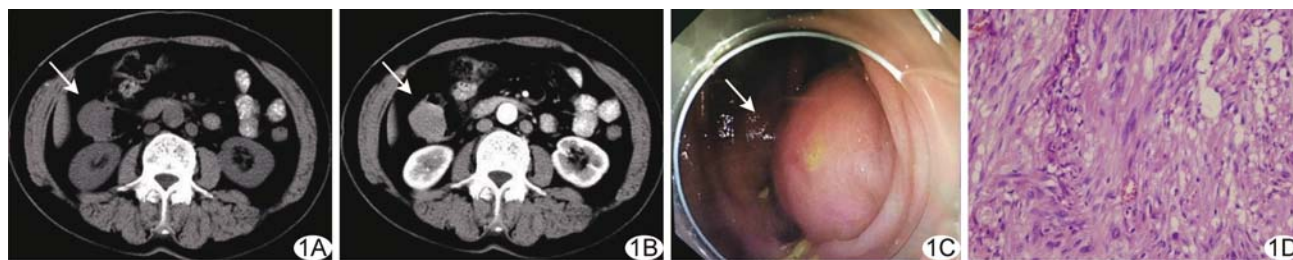


图 1 升结肠神经鞘瘤 A. CT 平扫(箭头示肿块); B. 增强扫描动脉期(箭头示肿块); C. 肠镜见凸向肠腔内的黏膜下肿物(箭头); D. 病理图(HE, ×100)

患者女, 60 岁, 因“无明显诱因便血 1 个月”入院。腹部检查未见明显阳性体征。腹部 CT: 升结肠见 3.06 cm×3.11 cm 类圆形软组织肿块影, 边缘光滑, 无分叶, 向腔内生长, 密度均匀, CT 值约 40 HU, 无囊变、坏死及钙化(图 1A); 增强后呈渐进性强化(图 1B), 动脉期 CT 值约 64 HU, 静脉期约 77 HU; 诊断: 结肠占位性病变(血管瘤? 腺瘤不排除)。行内镜下升结肠肿物切除术, 术中见升结肠巨大黏膜下肿物(图 1C), 于边缘切开, 完整剥离全层切除, 以金属夹闭合创面。术后病理: 大体标本见 3.8 cm×3.0 cm×2.8 cm 实性肿物, 表面光滑, 包膜完整, 切面呈灰粉色, 质中; 光镜下见梭形细胞密集生长, 紧密排列成栅栏状, 形成 Verocay 小体, 构成 Antoni A 区, 以及排列疏松的梭形细胞伴大量黏液和脂肪, 构成 Antoni B 区(图 1D); 免疫组织化学: S-100(+), CD117(个别细胞+), Ki-67(5%+), CD99(+), SMA(-), DOG-1(-), GFAP(-); 诊断为升结肠神经鞘瘤。

讨论 神经鞘瘤来源于奥尔巴赫肌间神经丛的施万细胞,

约占胃肠道间质肿瘤的 2%~6%, 较罕见, 以 60~70 岁发病为多, 男女差异不大。本病多无临床症状, 或可表现为出血、腹痛、便秘及里急后重等。CT 平扫常表现为形态规则的类圆形肿块, 密度均匀, 边界清楚, 以突入腔内生长为主, 增强扫描动脉期呈轻度强化, 静脉期可进一步强化, 周围可有反应增生性淋巴结。胃肠道神经鞘瘤需要与间质瘤、平滑肌瘤、平滑肌肉瘤等鉴别。间质瘤体积较大, 血供丰富, 易发生囊变和坏死; 多向腔外生长, 呈分叶状或不规则形, 增强后不均匀明显强化, 免疫组织化学为 CD34(+), S-100(-)。平滑肌瘤为圆形或椭圆形密度均匀肿块, 增强扫描呈均匀中等程度强化, 周围一般无肿大淋巴结, 免疫组织化学 SMA(+), Des(+). 平滑肌肉瘤平扫密度多不均匀, 多呈不规则或分叶状肿块, 增强扫描呈不均匀强化, 可见分隔, 中心可有囊变、坏死不强化区。治疗本病标准方案为手术完整切除, 保持切缘干净, 并应注意避免过度切除。

[基金项目] 内蒙古医科大学研究生教育教学改革研究项目(YJG201821)。

[第一作者] 高伟(1994—), 男, 内蒙古鄂尔多斯人, 在读硕士。E-mail: 1103548755@qq.com

[通信作者] 郝粉娥, 内蒙古医科大学附属医院影像诊断科, 010050。E-mail: hfe1022@163.com

[收稿日期] 2019-04-30 [修回日期] 2020-01-13