

上颌窦少见肿瘤的CT与临床 ——附3例报告并文献复习

潘爱珍 甘毅 朱新进 陈涛 曹然

(佛山市第一人民医院影像科, 广东 佛山 528000)

【摘要】 目的 探讨上颌窦恶性肌上皮瘤、血管内皮瘤及浆细胞肉瘤的CT表现及临床意义。方法 回顾性分析1998年我院发现的3例上述少见肿瘤的临床、CT资料及手术病理结果,并复习文献。结果 恶性肌上皮瘤及浆细胞肉瘤CT显示上颌窦内占位,破坏相邻的骨壁,向邻近的鼻腔、鼻窦、眼眶及颞下窝侵犯,而浆细胞肉瘤除破坏的骨碎片外,见放射性骨针。血管内皮瘤示上颌窦占位,明显强化,周围骨质受压部分硬化。临床症状无特殊,浆细胞肉瘤球蛋白增高。结论 上颌窦恶性肌上皮瘤、血管内皮瘤及浆细胞肉瘤的CT检查可确定肿瘤的形态及侵犯的范围,提示良恶性。最后确诊依靠病理及免疫组化检查。

【关键词】 恶性肌上皮瘤; 血管内皮瘤; 浆细胞肉瘤; 上颌窦; 体层摄影术, X线计算机

【中图分类号】 R739.62 **【文献标识码】** A

CT and clinical manifestation of maxillary sinus infrequency neoplasm: report of 3 cases and review of literatures PAN Aizhen, GAN Yi, ZHU Xin-jin, et al. Department of Radiology, Foshan Frist Hospital, Guangdong 528000, China

【Abstract】 Objective To discuss the CT manifestation and clinical significance of rare neoplasm in maxillary sinus, including malignant myoepithelioma, angioendothelioma, sarcoma of plasmacyte. Methods CT and clinical data, surgical and pathological finding of 3 cases were analyzed retrospectively. Results Malignant myoepithelioma and sarcoma of plasmacyte showed the mass in maxillary sinus with the destruction of sinus wall, adjacent nasal cavit, nasal sinus, orbit and infratemporal fossa involved. We also found some bone pin in sarcoma of plasmacyte. Obviously contrast enhancement and bone sclerosis were observed in angioendothelioma of maxillary sinus. There were not special clinical symptoms, except for the increase of globulin in patient with sarcoma of plasmacyte.

Conclusions CT scan can not only show the form, the coverage of invasion of malignant myoepithelioma, angioendothelioma and sarcoma of plasmacyte, but also hint the malignancy and benign. The confirmed diagnosis depends on pathology and immunohistochemistry.

【Key words】 malignantmyoepithelioma; angioendothelioma; sarcomaof plasmacyte; maxillary sinus; tomography, X-ray computer

1998年至2001年底我院发现3例上颌窦少见肿瘤,分别为恶性肌上皮瘤、血管内皮瘤及浆细胞肉瘤,均经手术病理证实。现结合文献对其临床、影像表现及鉴别诊断进行探讨。

1 临床资料

例1,男,43岁,鼻塞、头痛,左面部肿胀1个月。体查示左鼻翼及面部肿胀,左鼻腔内淡白色肿物伸至左上颌窦内,表面较粗糙,触之易出血。左颈部淋巴结增大。CT检查见左上颌窦内不规则软组织肿块(图1),CT值35~45Hu,向内上侵入左鼻腔、左筛窦及左眼眶内侧,左上颌窦内上壁、左筛纸板、左眼眶内侧壁骨质破坏吸收,左眼眶内侧达鼻翼水平软组织肿胀。CT提示恶性肿瘤。手术发现主病灶位于左上颌窦,侵犯的范围同CT检查。病灶呈灰白色鱼肉状,形态不规则,触之易出血。镜下见瘤细胞呈梭形或短梭形,呈团或片状分布,核

大分裂多,许多瘤细胞内见空泡。免疫组化检查:S-100弱阳性,Actin(+),NES(-),Syn(-)。最后病理诊断为:恶性肌上皮瘤,左颈淋巴结肿瘤转移。

例2,女,56岁,发作性左面颊疼痛伴鼻血6年。体查一般情况好,鼻腔内未见占位。CT见左上颌窦外下部一类圆形的软组织密度肿块(图2),平扫CT值为18~49Hu,其内密度不均匀,可见点条状钙化,增强扫描病灶明显强化,CT值达63~78Hu。上颌窦外下壁骨质受压变薄局部硬化。CT提示左上颌窦占位性病变。手术见左上颌窦内黄褐色肿物,表面光滑,触之易出血。病理检查:镜下见大量的增生毛细血管及内皮细胞,异型性不明显。病理诊断为血管内皮细胞瘤。

例3,女,39岁,发现右眼眶肿大3天就诊。体查示右眼眶上壁1cm大小的硬块。入院体查一般情况好,鼻腔内未见肿物。

【作者简介】 潘爱珍(1964-),女,湖北武汉人,医学硕士,副主任医师,主要从事CT诊断研究。



图1 左上颌窦恶性肌上皮瘤, CT见左上颌窦内稍高密度病变, 侵入左鼻腔、左筛窦及左眼眶内, 伴相邻的骨质破坏

图2 左上颌窦血管内皮瘤, CT示左上颌窦外下部一类圆形的软组织密度肿块, 明显强化, 可见点条状钙化, 上颌窦外下壁骨质受压变薄局部硬化

图3 上颌窦浆细胞肉瘤, CT见左上颌窦后外下部不规则形软组织肿块, 肿瘤破坏外下壁突向左颞下窝及上齿槽内, 肿块内见不规则形骨片及放射状骨针, 增强扫描肿瘤明显强化

CT发现左上颌窦后外下部不规则形软组织肿块(图3), 肿瘤破坏外下壁突向左颞下窝及上齿槽内, 肿块内见不规则形骨片及放射状骨针, 增强扫描肿瘤明显强化。此外右上颌窦上外壁见局限性骨质破坏区, 呈毛玻璃样, 局部隆起。CT提示恶性肿瘤。入院前鼻窦活检: 霉菌感染。肝功能示总蛋白及球蛋白升高, 白蛋白降低, 白球蛋白比例下降为0.71(正常范围1.1~2.5), 其它肝功能指标正常。术中见病灶呈灰白色。因病灶侵犯范围较大, 上齿槽及颞下窝病灶未能切除。病理检查: 瘤细胞弥散浸润, 间杂有淋巴细胞。瘤细胞中等大小, 核偏位, 部分可见核周空晕。免疫组化: CK(-), LCA(-), S-100(-), CgA(-), Myo(-), IgG灶状(+), 轻链少数细胞(+), IgA(-), IgM(-)。病理诊断: 符合低分化浆细胞肉瘤。术后PET及全身骨扫描显示右上颌窦、左胸锁关节、左髂骨翼、右第六后肋异常中高代谢区, 提示转移瘤可能性大。结合病理及影像学检查最终诊断为多发骨髓瘤。

2 讨论

恶性肌上皮瘤少见, 多属于涎腺上皮性肿瘤, 见于口腔颌面部, 是一种以肿瘤性肌上皮细胞为主的肿瘤。原发于上颌窦的恶性肌上皮瘤罕见。临床症状常表现为无痛性包块。影像表现似其它恶性肿瘤, 无特殊性, 最终诊断靠病理, 特别是免疫组化, 但如果影像显示病变破坏如上颌窦癌, 且侵蚀性更广泛, 局部无明显的疼痛, 应高度怀疑本病可能。本例影像表现主要为软组织肿块, 破坏相邻的骨壁, 侵犯至同侧的鼻腔、筛窦及眼眶, 与周围结构及脂肪分界不清, 局部软组织也明显肿胀。其肿瘤的破坏性与上颌窦常见的上颌窦癌(本院发现20例)比较相似,

但骨碎片较少, 且侵蚀性明显超过上颌窦癌, 范围更广泛。文献报道本病很少发生转移^[1], 但本例转移至颈部。治疗原则以手术治疗为主, 但由于位于副鼻窦, 病灶不能完整切除, 且术后局部易复发。本例辅助术后病灶及颈部放疗, 至今3年, 局部无复发, 也未见远处转移。

血管内皮瘤是一种少见的血管源性恶性肿瘤, 原发于上颌窦更是少见。临床表现主要为局部疼痛及肿块。本例位于上颌窦, 表现为同侧面颊疼痛及鼻血, CT示左上颌窦内软组织肿块, 密度尚均匀, 增强扫描明显强化, 周边骨质吸收, 部分硬化。文献报道很少有骨膜反应^[2]。依肿瘤细胞的分化程度常将血管内皮瘤分为Ⅰ级^[3]; Ⅱ级影像上表现为肿瘤边缘清晰, Ⅲ级边缘模糊。Ⅰ级治疗采取手术刮除病灶或放疗即可, Ⅱ级应采取手术切除加放疗。Ⅲ级预后较好。Ⅳ级血管内皮瘤常单发, 预后较差, 治疗应按骨肉瘤对待, 手术切除加放疗及化疗, 术后常发生骨或肺转移^[4]。本例为Ⅱ级血管内皮瘤, 术后加放疗至今4年无复发。

浆细胞肉瘤(多发骨髓瘤)是单克隆浆细胞异常增生所致的一种恶性肿瘤, 常侵犯多处骨组织, 引起多发性溶骨性病损。40岁前少见, 本例39岁。临床表现多种多样^[5], 有的可长期无症状或以单一症状为主。本例以右眶下壁肿物就诊, 罕见, CT扫描除发现右上颌窦上壁骨质破坏外, 见左上颌窦内占位, 破坏外下壁, 侵及颞下窝左硬腭, 除溶骨性骨破坏外见骨针。CT提示恶性肿瘤右上颌窦转移。手术切除大部分病变, 病理及免疫组化提示浆细胞肉瘤。随后PET及全身骨扫描发现多处异常高代谢灶, 提示肿瘤多处侵犯。术后加化疗及放疗, CT复查双上颌窦

病灶缩小。本例术前由于临床症状缺乏未做化验检查而误诊。所以我们应提高对多发性骨髓瘤的认识,要全面综合分析临床资料,如遇到球蛋白增高,其它肝功能指标正常时应深挖原因,进行全面体检及完善辅助检查,如血、尿、CT、MRI和PET检查,才能减少误诊。

总之,上颌窦恶性肌上皮瘤、血管内皮瘤及浆细胞肉瘤罕见,CT检查可以帮助确定肿瘤的大小、形态、侵犯的范围及与周围结构的关系,对确定良恶性有一定的价值,可指导手术方案的确立。由于这三种病临床及影像检查无明显的特征性,最后确诊依靠病理及免疫组化检查。

【参考文献】

[1] 唐爽,林灿洁.鼻咽恶性肌上皮瘤1例[J].癌症,1999,18(2):158.

[2] 华积德.肿瘤外科学[M].北京:人民军医出版社,1995. 2350~2351.

[3] 郑加贺,郭奎岩,吴振华.骶骨血管内皮瘤1例[J].中国临床医学影像杂志,2000,11(5):376~377.

[4] Bourekas EC, Coke N, Kamen CS. Malignant hemangioendothelioma of skull: plain film CT and MR appearance[J]. AJNR, 1996,17:1946~1948.

[5] 刘以淑,肖文义. 12例多发骨髓瘤误诊分析[J]. 重庆医学,2000,29(2):187~188.

【收稿日期】 2002-07-12

【文章编号】 1009-3257 (2002)06-0017-01

妊娠合并肝脏破裂1例

叶红

(上海长宁区妇幼保健院,上海 200051)

【关键词】 肝破裂; 妊娠

【中图分类号】 R657.32 【文献标识码】 D

1 临床资料

患者26岁,孕2产0,因孕36⁺周上腹部剧痛2小时于2000年11月4日22:00急诊入院。末次月经2000年2月19日,预产期2000年11月26日,孕期产前检查6次,无异常。入院前2小时无明显诱因突然剑突下疼痛,呈持续性,间歇性加剧,略有恶心,无呕吐,无阴道流血,胎动好。既往无肝、胆等疾病史。1998年早孕人工流产1次。检查:T36.9, P84次/min, BP110/70mmHg,面色正常,痛苦面容,蜷曲位。心肺无异常。腹隆,肌软,肝脾肋下未及,剑突下压痛(+),反跳痛(±)。宫底剑突下3指,宫体无压痛,略有弱宫缩。产科检查:腹围90cm,宫高33cm,估计胎儿3000g,胎位LOA,胎心音148次/min。肛查:宫口未开,胎膜未破。入院诊断:G₂P₀孕36⁺周LOA,腹痛待查。

入院后血常规WBC $11.1 \times 10^9/L$,Hb98g/L,尿淀粉酶276U/L。B超:单胎,胎心好,胎盘早剥依据不足,腹部脏器显示不清。于入院后2个半小时腹痛加剧,且胎心减慢至94次/min,考虑胎儿窘迫急诊行剖宫产术+剖腹探查术。进腹后发现腹腔积血较多,予吸出积血共1000ml,同时查子宫表面及两侧附件正常。先行子宫下段剖宫产术,娩一男婴,Apgar1-6-7分,重2940g,胎盘位于后壁、无早剥,娩出完整。缝合子宫后请外科教授上台进一步探查,发现肝右叶包膜下血肿破裂,改全麻及肋下缘切口,去除肝包膜下血肿,见肝表面裂伤多

处,有活动性出血,试图缝扎止血,但肝组织脆,缝线切割肝组织,故改止血纱布压迫止血,仍有渗血,后予3块大纱布压迫肝表面裂伤处止血,其后无明显活动性出血。另查肝左叶也有包膜下血肿,但未破裂,为防止破裂予作一小口约1cm,切开肝左叶包膜放出血液,其后未见活动性出血。予放置双套管2根引流后关腹。

术中腹腔出血共计7000ml,输血共5900ml,血压75/46mmHg~150/88mmHg,导尿2300ml。全麻结束后患者清醒,对答切题,血压124/85mmHg,脉搏94次/min,转外科ICU进一步监测及治疗。但术后6小时患者出现DIC症状,经过相应抢救效果不佳,于11月6日1:30死亡。死因:自发性肝破裂、DIC。

2 讨论

自发性肝破裂较少见,常由于外伤所致,多伴有其他脏器伤。肝破裂常较广泛,死亡率高。由于肝膈面面积大、张力高,最易遭受损伤。肝破裂后,可出现右上腹疼痛,失血性休克。处理较小、较浅的裂隙,可予肠线褥式缝合;裂隙稍大,可用大网膜覆盖后缝合;裂隙较大,应在创面止血,然后在裂口放置引流,不予缝合,使其自行愈合。

该患者无明显外伤史,发病早期为剑突下疼痛,易使人想到胃、胰腺疾病。肝破裂早期被膜未破,失血症状不明显,由于进行了连续监护,发现了胎心音变化,及时手术,挽救了胎儿,同时明确了病情,遗憾的是肝破裂严重,最终仍抢救无效。此例给我们经验教训:腹痛原因要考虑周全,B超检查要仔细,肝脏组织不宜多缝。

【收稿日期】 2002-07-12