

组 3 例的 CT 表现, 认为肾纤维瘤的 CT 表现有一定的特征性: (1) 平扫多呈高密度, 边界清晰, 密度均匀。 (2) 增强扫描有延迟强化的特点, 皮质期轻度强化, 实质期强化更加明显。 (3) 虽然瘤体较大, 3 例肿块最大径均在 5.0 cm 以上, 但无论平扫及增强扫描均未见明显坏死囊变征象。笔者同期分析了 53 例肿块直径在 3.0 cm 以上肾癌的增强 CT 表现, 结果 49 例表现为蜂窝状强化(49/53), 4 例表现为肿块边缘强化(4/53), 且均为皮质期一过性强化(53/53)。

Cormier 等^[1] 曾对肾纤维瘤的 MRI 表现作过描述: 即无论是 T₁WI 或 T₂WI 图像上均表现为低信号, 并认为这与瘤体内含有较多的胶原成分及细胞数较少有关。从本组病例的镜下所见也证实了这一点。但 Kulkarni 等^[8] 报道肾乳头状癌亦有在 MRI 的 T₁WI 及 T₂WI 图像上均呈低信号的特征性表现。而少数以平滑肌成分为主的肾血管平滑肌脂肪瘤亦可出现同纤维瘤相似的 MRI 表现。

因此肾纤维瘤的诊断须将 CT、MRI 及临床三者结合, 才能大大提高其术前诊断正确率。当发现肾占位在 MR T₁WI 及 T₂WI 上均呈低信号, 而 CT 平扫呈高密度, 增强后具有延迟强化的特点, 无明显坏死囊变, 且临床无明显泌尿系症状时, 应高度提示肾纤维瘤的可能。术前穿刺活检予以确诊,

可以避免肾脏全切, 使保留尽量多的功能性肾组织。

参 考 文 献

- 1 Cormier P, Patel SK, Tumer DA, et al. MR imaging findings in renal medullary fibroma. AJR, 1989, 153: 83-84.
- 2 Suzuki T, Arai T, Mukae K, et al. Case of renal medullary fibroma. Urology, 1992, 40: 253-255.
- 3 Ohkawa M, Nonomura A, Shoda R. Renal medullary fibroma: a case report and review. Int Urol Nephrol, 1993, 25: 45-49.
- 4 Nonomura A. Renomedullary interstitial cell tumor, renal medullary fibroma (Review). Ryoikibetsu Shokogun Shirizu (Japanese), 1997, (16 pt 1): 495-497.
- 5 Fukunaga M, Nikaido T. Solitary fibrous tumour of the renal peripelvis. Histopathology, 1997, 30: 451-456.
- 6 Magro G, Lopes M, Giannone G. Benign fibromatous tumor (fibroma) of the kidney: a case report. Pathol Res Pract, 1998, 194: 123-127.
- 7 Lopes M, Raci G, Maira A, et al. Cortical benign fibromatous tumor (fibroma) of the kidney. Urol Int, 1999, 62: 34-36.
- 8 Kulkarni MV, Shaff ML, Sandler MP, et al. Evaluation of renal masses by MR imaging. J Comput Assist Tomogr, 1984, 8: 861-865.
- 9 朱孝平, 风仪萍, 夏开屏. 肾黄色纤维瘤和纤维肉瘤. 中华泌尿外科杂志, 1984, 6: 333-334.

(收稿日期: 2002-09-10)

(本文编辑: 薛爱华)

骨原发性纤维组织细胞瘤三例

杜玉清 孔祥泉 李强

骨良性纤维组织细胞瘤(benign fibrous histiocytoma, BFH)是临床少见的骨原发肿瘤, 属于世界卫生组织(WHO)分类中组织细胞源性肿瘤^[1]。现将病理证实的 3 例骨 BFH 报道如下。

例 1 女, 42 岁。右小腿近端疼痛 5 年。体检: 右侧腓骨头处触及肿块, 质硬, 约 4.0 cm × 5.0 cm 大小, 局部无压痛, 未见皮肤血管扩张。X 线平片: 示右侧腓骨头膨胀性骨质破坏, 境界清楚, 呈皂泡状, 骨皮质变薄, 周边骨质无硬化, 无骨膜反应(图 1)。CT 平扫: 示右侧腓骨头骨皮质膨胀变薄, 后缘不完整, 内见骨嵴及软组织密度肿块, 密度均匀, 周围骨质无硬化(图 2)。病理诊断: 右侧腓骨头良性纤维组织细胞瘤(图 3)。

例 2 男, 43 岁。左膝部阵发性疼痛 2 年, 加重 10 余天。X 线平片: 示左侧胫骨近端中心性骨质破坏, 境界清, 约 5.0 cm × 3.0 cm 大小, 周边骨质轻度硬化, 无骨膜反应。CT 平扫: 示胫骨近端中心性骨质破坏, 内侧缘骨皮质不完整, 周缘骨质硬化(图 4)。病理诊断: 左胫骨近端良性纤维组织细

胞瘤。

例 3 女, 44 岁。左膝疼痛 4 个月, 渐加重。X 线平片: 示左侧胫骨近端内侧见 4.0 cm × 4.0 cm 大小的骨质破坏, 边缘见骨质硬化, 无骨膜反应(图 5)。CT 平扫: 示左胫骨近端偏心性骨质破坏, 密度均匀, 骨皮质变薄、硬化(图 6)。病理诊断: 左胫骨不典型骨良性纤维组织细胞瘤。

讨 论

骨 BFH 是非常少见的骨原发良性肿瘤, 组织学类似于骨黄色纤维瘤, 因手术刮除后有复发倾向, WHO 于 1993 年将其独立分类^[1]。发病年龄多为 20 岁以上成人, 女性稍多, 常见部位有长骨骨干、干骺端及骨骺、骨盆、肋骨, 亦见于锁骨、颈椎椎体^[2], 临床表现为明显的患部疼痛, 可伴有病理骨折。

一、影像学表现

X 线平片骨 BFH 表现为境界清楚的溶骨性骨质破坏, 呈中心性或偏心性生长, 周缘可见薄或厚的骨质硬化, 无软组织侵犯和骨膜反应。本组例 1 呈膨胀性改变, 骨皮质变薄, 外观呈皂泡状, 例 2、3 边缘骨质硬化, 3 例均无骨膜反应。

骨 BFH 的 CT 表现文献报告较少^[3,4], 表现为溶骨性骨质破坏, 边缘清晰、硬化, 本组 3 例病变均为膨胀性骨质破

作者单位: 430022 武汉, 华中科技大学同济医学院附属协和医院放射科 MR 室(杜玉清、孔祥泉); 山东省烟台山医院(李强)



图 1 右侧腓骨头膨胀性骨质破坏,境界清楚,呈皂泡状,骨皮质变薄,周边骨质无硬化和无骨膜反应 图 2 右侧腓骨头骨皮质膨胀变薄、后缘不完整,内见软组织密度肿块,密度均匀,周围骨质无硬化 图 3 肿瘤以分化良好的梭形成纤维细胞和卵圆形的组织细胞样细胞为主,呈弥漫性分布,主间质分界不清,可见车轮状及束状结构,其间散在大量泡沫细胞及少许破骨细胞样多核巨细胞,间质内见灶性淋巴细胞、浆细胞及增生的毛细血管(HE × 40) 图 4 左侧胫骨近端中心性骨质破坏,内侧缘骨皮质不完整,周缘骨质轻度硬化,无骨膜反应 图 5 左侧胫骨近端内侧偏心性骨质破坏,边缘轻度硬化边,无骨膜反应 图 6 左胫骨近端偏心性骨质破坏,密度均匀,骨皮质变薄、硬化

坏,2例见硬化边,内为软组织肿块,无骨膜反应、软组织侵犯。CT平扫可清楚显示骨质破坏,发现有无出血、坏死及囊变,显示病灶内钙化、骨皮质完整性及软组织侵犯。

二、鉴别诊断

骨BFH应与以下疾病鉴别^[2,4]:

1. 骨巨细胞瘤:多呈膨胀性、偏心性骨质破坏,骨皮质变薄,无骨硬化与骨膜反应,发生于膝关节周围,多累及骨端,组织学主要为纤维黄色组织,呈旋涡状,可见多核巨细胞及泡沫细胞,巨细胞较大且核数较多;而BFH梭形细胞和多核巨细胞体积较小,分布较稀疏,核数较少,泡沫细胞较多。本组病例均发生于骨端,呈边界清楚的膨胀性溶骨性破坏,术前误诊为骨巨细胞瘤,确诊须依靠病理。

2. 非骨化性纤维瘤:(1)发病年龄:非骨化性纤维瘤以10~20岁以下青少年多见,BFH发病年龄更大些。(2)部位:非骨化性纤维瘤发生于长骨干骺端或骨干皮质,多数位于膝关节周围;而骨BFH发病部位多见于长骨骨干、干骺端及髌骨、骨盆、肋骨,亦见于锁骨、颈椎椎体。(3)临床:非骨化性纤维瘤常为多发,临床症状不明显,无疼痛,发生病理骨折后出现疼痛,有自愈倾向;而BFH疼痛明显,手术刮除后有复

发倾向。(4)组织学:二者组织学表现相似,但BFH泡沫细胞相对多些。

3. 骨恶性纤维组织细胞瘤:多呈溶骨性骨质破坏,偏心性生长,边界不清,无残留骨嵴和硬化边,皮质常中断缺损,侵犯周围软组织;细胞有明显的多形性、异型性和病理性核分裂像,容易鉴别。

骨良性纤维组织细胞瘤预后不佳,切除后容易复发,极少数不典型病例发生肺转移^[2]。正确诊断此病,有助于临床治疗,扩大切除范围,根治此病。

参 考 文 献

- 1 张贤良.骨肿瘤组织学新旧分类的比较和讨论.中华病理学杂志,1999,28:147.
- 2 中山医科大学病理学教研室,同济医科大学病理学教研室,主编.外科病理学.武汉:湖北科学技术出版社,1999.937-938.
- 3 Hanada T, Ito H, Araki Y, et al. Benign fibrous histiocytoma of the femur: review of three cases(Review). Skeletal Radiol, 1996, 25: 25-29.
- 4 Peicha G, Seibert FJ, Bratschisch G, et al. Pathologic odontoid fracture and benign fibrous histiocytoma of bone. Eur Spine J, 1999, 8: 161-163.

(收稿日期:2002-09-28)

(本文编辑:薛爱华)