

病例报告 b

骨良性纤维组织细胞瘤多发病变 | 例

李玉清, 杨建柱, 刘 杰, 王 溱

患者 女, 66 岁。活动时双下肢疼痛 6 个月, 加重 3 个月; 左中指中节增粗 3 个月, 伴局部疼痛。体检: 双下肢局部轻度压痛, 无明显肿胀, 未触及肿块, 无静脉怒张。左中指增粗, 稍硬, 轻压痛。实验室检查: 血、尿常规未见异常, 血钙、磷、碱性磷酸酶未见异常。

X 线表现: 左胫骨骨干中下段皮质内局限性长椭圆形低密度区, 边界清楚, 无硬化边, 皮质变薄。左胫骨近端干骺端髓腔内可见边界部分清楚的低密度区, 密度较均匀, 未见明显硬化边, 无骨膜反应及软组织肿块。其下方后侧皮质也可见椭圆形低密度区, 皮质变薄(图 1)。左股骨骨干中段皮质内可见小的椭圆形密度减低区, 边界清楚, 无明显硬化边(图

2)。右股骨骨干中下段骨干皮质内可见 3 个长椭圆形低密度区, 有两处皮质变薄, 稍膨胀(图 3)。左中指中节虫蚀状骨质破坏, 稍膨胀, 皮质不清楚, 部分断裂(图 4)。影像学诊断: 骨纤维结构不良。

手术所见: 左胫骨近端、右股骨远端病变手术, 见病变处骨面粗糙, 隆起。手术搔刮出豆腐渣样、鱼肉样组织。

病理表现: 肿瘤细胞以分化良好的梭形成纤维细胞和卵圆形的组织细胞为主, 呈束状、旋涡状排列(图 5)。病理诊断: 骨良性纤维组织细胞瘤。免疫组化: AACT(+), CD68(-), EMA(-), S-100(-)。



图 1 左胫骨正侧位。左胫骨干骺端髓腔内可见边界部分清楚的低密度区, 密度较均匀, 无硬化边。中、下段皮质内见 2 个长椭圆形低密度区, 边界清楚, 皮质变薄, 部分皮质断裂, 无骨膜反应及软组织肿块 图 2 左股骨正侧位。左股骨见一椭圆形低密度区, 边界清楚, 无硬化边 图 3 右股骨正侧位。右股骨骨干皮质内见 3 个长条形、椭圆形低密度透亮区, 边界清楚, 皮质膨胀变薄 图 4 左手正斜位。

左中指中节虫蚀状骨质破坏, 稍膨胀, 皮质不清楚, 部分断裂 图 5 HE × 40、HE × 100。肿瘤细胞以分化良好的梭形成纤维细胞和卵圆形的组织细胞为主, 呈束状、旋涡状排列

讨论 WHO 于 1993 年将骨良性纤维组织细胞瘤独立分类。男女比例相似, 多为 20 岁以上成人, 四肢长骨骨干、干骺端及骨骺、骨盆、肋骨、锁骨、颈椎、指骨、腕骨均见报道^[1, 2]。影像学表现为偏心或中央型溶骨性破坏, 单房或多房状, 边界清楚, 可膨胀, 部分皮质可断裂, 周围可有硬化边, 少数破坏区内可有斑点状钙化, 一般周围无骨膜反应及软组

织肿物^[3]。本病手术后有复发倾向, 极少数病例可有肺转移^[1]。本例病变发生于双侧股骨、左胫骨及指骨, 共 8 处病灶, 其中 6 处位于长骨骨干皮质内, 表现为沿骨长轴的椭圆形密度减低区, 密度较均匀, 边界清楚, 皮质稍有膨胀变薄, 部分皮质有中断; 1 处病变位于干骺端髓腔内, 表现为边界清楚的单房状溶骨性破坏, 密度均匀, 与文献报道相似; 另有 1 处位于指骨, 表现为整个中节指骨溶骨性破坏, 有膨胀, 皮质不清, 有断裂。如此多发的病变, 而且干骺端髓腔内、骨干皮质内及指骨均有病变, 且表现典型, 文献报道罕见。本病应

作者单位: 050051 石家庄, 河北医科大学第三医院放射科(李玉清、刘 杰、王 溱); 病理科(杨建柱)

与骨纤维结构不良、非骨化性纤维瘤、骨纤维皮质缺损、甲状旁腺功能亢进性囊性纤维性骨炎鉴别, 仅凭临床及影像学表现很难诊断, 需组织学及免疫组织化学检查, 方能确诊。

参考文献

- 1 中山大学病理学教研室, 同济医科大学病理学教研室. 外科病理学. 武汉: 湖北科技出版社, 1999, 937

- 2 钟志伟, 马洁琳, 吴文娟, 等. 腕舟状骨、桡骨茎突良性纤维组织细胞瘤一例. 临床放射学杂志, 2004, 23: 267
- 3 Grohs JG, Nicolakis M, Kainberger F, et al. Benign fibrous histiocytoma of bone: a report of ten cases and review of literature. Wien Klin Wochenschr, 2002, 114: 56

(收稿: 2004-07-26 修回: 2004-10-12)

双侧颈内动脉闭塞 1 例

李海涛, 佟小强, 邹英华, 吕永兴

患者 男, 63 岁。平素健康, 近来稍感头晕并有轻度嗜睡现象。患者 5 年前和 2 年前曾各有 1 次短暂性脑缺血发作, 表现为短暂意识丧失, 但数秒后即恢复正常。入院后查血压为 160/100 mmHg (1 mmHg = 0.133 kPa), 神经系统检查未见明显异常, 实验室检查示血脂轻度增高。磁共振血管成像 (MRA) 提示双侧颈内动脉显示不佳。血管造影显示双侧颈内动脉完全闭塞 (图 1、2), 左侧基底动脉末端轻度狭窄, 右侧椎动脉、后交通动脉明显增粗, 双侧大脑前及中动脉均显示良好 (图 3、4)。因患者无明显不适症状, 故选择内科保守治

疗。

讨论 脑组织的血供主要来自颈内动脉和椎动脉, 颈内动脉供应大脑半球前 2/3 和间脑前部, 椎动脉供应大脑半球后 1/3、间脑后部、小脑及脑干^[1]。Theron 等^[2]根据脑血管造影表现, 将颈内动脉及其分支闭塞分为 3 型: I 型, 颈内动脉闭塞, 而脑底动脉环 (Willis 环) 和豆纹动脉未累及; II 型, 皮质血管闭塞; III 型, 部分脑血管闭塞, 豆纹动脉受累。本例应属于 I 型。临床上众多脑血管闭塞病例中, 脑组织的损害程度有很大差异, 这与血管闭塞的位置、程度及侧支循环建立的好坏有关。Willis 环为颅底重要的解剖结构, 是连接左、右颈内动脉系统和椎动脉系统的安全交通, 是最重要的颅内侧支循环结构, 当某些血管发生狭窄或闭塞时, 可通过 Willis 环进行代偿性供血。另外颈外动脉与颈内动脉正常时即存在数支吻合, 在发生颈内动脉颈段闭塞时, 它们可提供一定的侧支血流至颅内循环, 最重要的为上颌内动脉, 上颌内动脉供血给眼及脑, 通过其广泛的终末小吻合支与颈内动脉相通, 但一般通过上颌动脉到颈内动脉虹吸段的血流有限, 很难满足大脑半球的血供。这一作用在正常情况下表现不明显或不表现。当某一动脉闭塞时, 就可观察到阻塞的动脉通过 Willis 环从其他动脉得到补充。Hedera 等^[3]指出临床缺血的严重程度与前、后交通动脉及上颌内动脉 3 条吻合支的发育程度密切相关。发育良好的 Willis 环及其良好的代偿功能应是此例患者无明显临床症状的基础。虽然颈内动脉为大脑最重要的供血血管, 尤其本例患者双侧颈内动脉均完全闭塞, 而因其 Willis 环发育良好而无症状, 可见发育良好的 Willis 环对颅内缺血性疾病的重要性, 同时可见代偿血液循环对维持脑组织器官的正常功能具有难以估算的潜在能力。

参考文献

- 1 许振亚, 陈景礼. 心脑血管病的诊断与治疗. 北京: 科学技术出版社, 2001, 221
- 2 Theron J, Courtheoux P, Casasco A, et al. Local intraarterial fibrolysis in the carotid territory. AJNR, 1989, 10: 753
- 3 Hedera P, Bujdakova J, Traubner P. Effect of collateral flow patterns on outcome of carotid occlusion. Eur Neurol, 1995, 35: 212

(收稿: 2004-05-17)

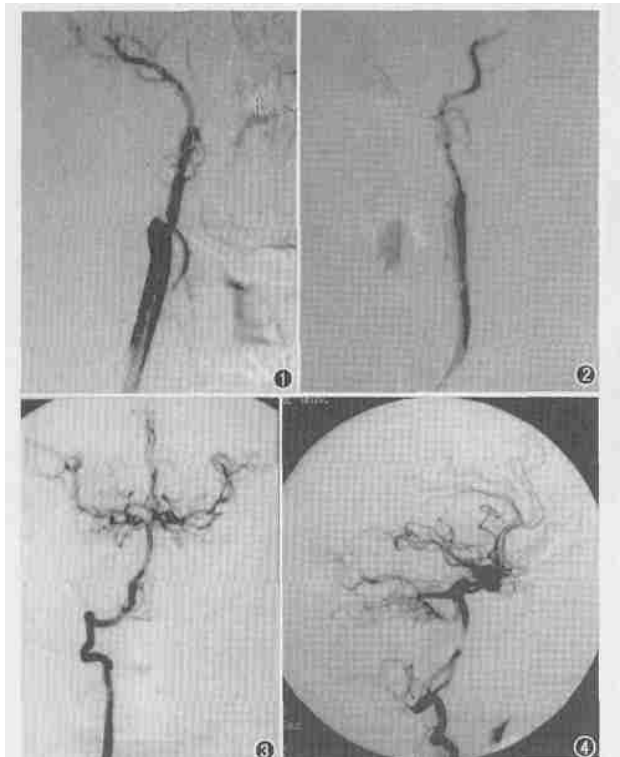


图 1 右颈总动脉造影示右颈内动脉完全闭塞 图 2 左颈总动脉造影示左颈内动脉完全闭塞 图 3 右椎动脉造影 (正位) 示全脑血管显影 图 4 右椎动脉造影 (侧位) 示全脑血管显影

作者单位: 050051 石家庄, 河北医科大学第三医院放射科 (李海涛); 100034 北京大学第一医院放射科 (佟小强, 邹英华, 吕永兴)