

胆管黏液性乳头状腺癌黏胆症一例

王亚非 景成定 蒋鹏程

患者 女, 73 岁。1 个月前无明显诱因出现畏寒、发热, 同时伴有尿色加深和食欲不振, 发病 1 个月体重减轻约 5 kg。入院前 22 年曾因“胆囊结石”行胆囊切除术。体检: 皮肤巩膜黄染, 余未见明显异常。实验室检查: 总胆红素 $23 \mu\text{mol/L}$ (正常值: $2 \sim 17 \mu\text{mol/L}$), 间接胆红素 $20 \mu\text{mol/L}$ (正常值: $0 \sim 15 \mu\text{mol/L}$), 碱性磷酸酶 245 U/L (正常值: $40 \sim 135 \text{ U/L}$), 谷氨酰氨基转酞酶 373 U/L (正常值: $5 \sim 40 \text{ U/L}$), 血淀粉酶 685 U/L (正常值: $20 \sim 220 \text{ U/L}$)。

MRI 见肝脏信号无明显异常改变, 肝内胆管及肝、胆总管增粗, 呈长 T_1 、长 T_2 信号表现, T_1 WI 胆总管内信号欠均匀 (图 1), T_2 WI 胆管内信号强度无特殊变化 (图 2), MR 胰胆管造影 (MR cholangiopancreatography, MRCP) 胰管显示正常, 胆管明显增粗, 边缘光整, 其下端呈圆钝形, 左肝管上端形态不规则 (图 3), 胆管内信号无明显异常表现。内镜逆行胰胆管造影 (endoscopic retrograde cholangiopancreatography, ERCP) 注入对比剂后见胆管中上段巨大充盈缺损影, 最大横

径达 4 cm, 上缘显示不清, 形态轮廓欠光整, 肝内胆管未显影 (图 4)。CT 见肝脏密度无异常变化, 左右肝内胆管分支及肝、胆总管均有扩张, 胆总管最大直径 3.24 cm, 胆管内密度均匀, 未见异常密度影充填其中 (图 5), 肝总管平均 CT 值为 6.5 HU, 胆总管上段 CT 值为 5.7 HU, 胆总管下段 CT 值为 0 HU, 胆管壁均匀增厚。B 超见胆管扩张, 胆管内未见明确结石。

手术及病理所见: 腹腔内有少量清亮腹水, 肝脏表面呈结节样硬化外观, 肝门部粘连封闭, 分离粘连显露胆总管直径约 3 cm, 切开胆管后见其内充满大量胶冻样黏液, 胆总管-肝总管交界处左侧壁增厚, 手术切除十二指肠上缘至左右肝管汇合部下方 1 cm 处胆管。镜下见胆总管表面上皮乳头状增生, 黏膜下层及肌层内见异形腺管, 腔内见有坏死物。上皮细胞异型性显著, 核质比增大, 核染色质深染 (图 6)。癌胚抗原 (CEA) 和增殖指数 Ki67 阳性, p53 可疑阳性, 病理诊断: 胆管黏液性乳头状腺癌。

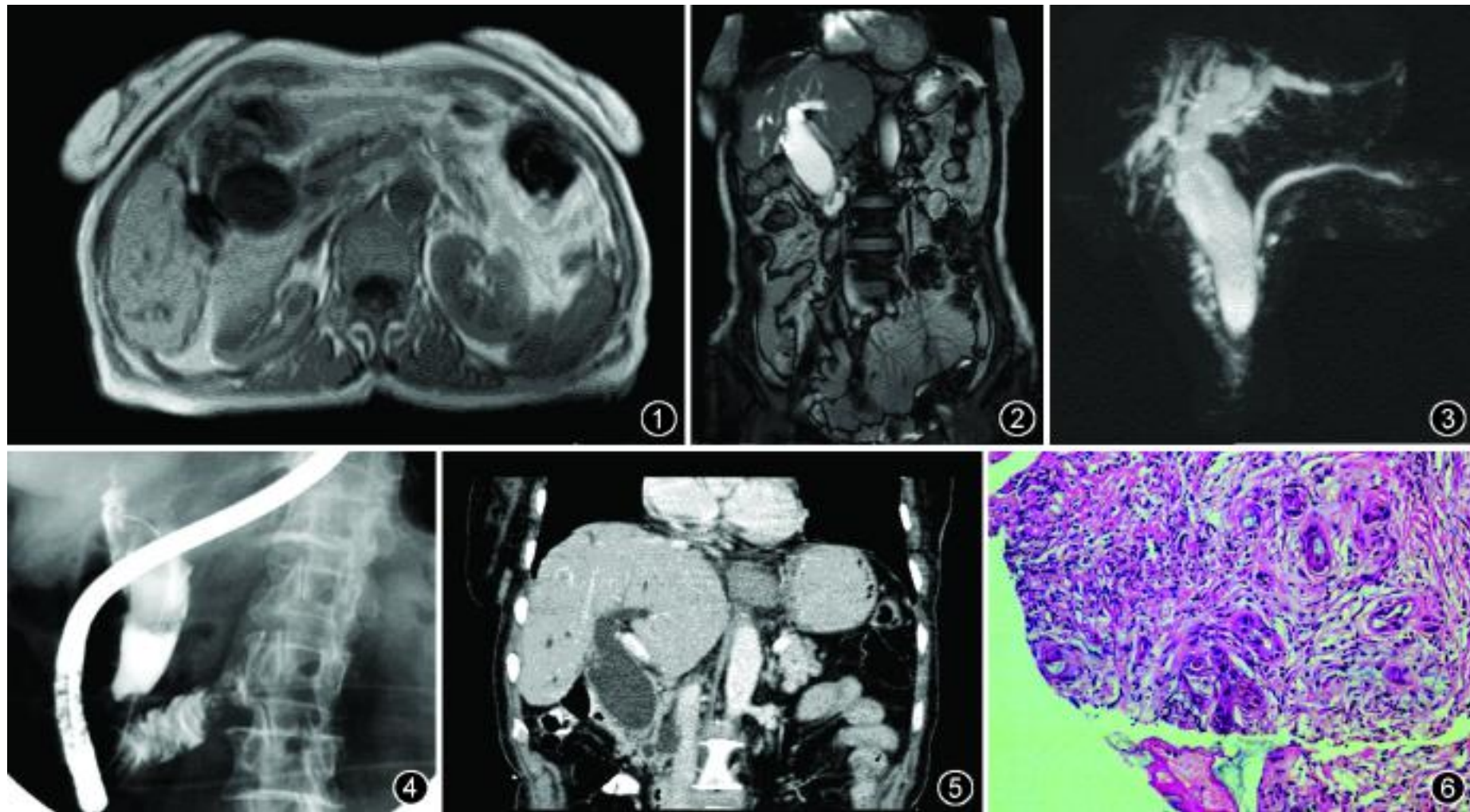


图 1 MR 横断面 T_1 WI 见胆总管明显增粗, 边缘清楚, 其内信号不均 图 2 MR 冠状面 T_2 WI 见肝胆总管扩张, 信号无变化, 胆总管下端未发现占位征象 图 3 MR 胰胆管造影见肝内、外胆管均扩张, 左侧肝管支上段局部不规则, 提示有渐进性的内压增高征象, 胰管正常 图 4 内镜逆行胰胆管造影见导丝达胆总管上段, 胆总管上段见有充盈缺损影存在 图 5 CT 冠状面见胆总管增粗呈水样密度, 边界清楚, 扩张的胆管内未见占位表现 图 6 病理镜下示上皮乳头状增生, 上皮细胞异型显著, 核质比例增大, 核染色质深染 (HE $\times 100$)

讨论 大量黏液充填在肝胆管内造成胆管梗阻扩张称为黏胆症。本例在手术前未能作出正确诊断,其原因有肿瘤本身较小,影像检查中 MRI、MRCP 虽然发现肝胆总管扩张,但其中又未见明显软组织块影,胆总管下端没有发现可能梗阻物。文献报道,ERCP、经皮肝胆管造影(percutaneous transhepatic cholangiography, PTC)可见胆管腔内因大量黏液所形成的腔内边缘模糊的充盈缺损影^[1]。本例 MRCP 上左侧肝管支上端形态不规则,提示有渐进性的内压增高征象所致可能。ERCP 检查虽在胆总管中上段发现有巨大充盈缺损影,但没有在内镜下发现有黏液从十二指肠乳头溢出,所以也未能作出准确诊断。CT 检查虽然从多方位看到了扩张的胆管,但没有能发现较小的肿瘤病灶,测量扩张胆管内的

黏液和淤积的胆汁 CT 值相差无几,不能分辨肿瘤分泌的黏液或受阻的胆汁。回顾分析本病例,如综合诸多影像检查未能确定胆总管内有新生物或结石而有胆总管扩张、出现梗阻性黄疸、胆管炎症表现时,应想到黏胆症的可能。本病还应注意结合临床情况与胆管内血块、胆管结石、胆管癌等病鉴别。

参 考 文 献

- [1] 程红岩,贾雨辰,王培军,等. 肝胆疾病影像学. 上海:上海科学技术出版社,2005:514-517.

(收稿日期:2007-06-28)

(本文编辑:张晓冬)

临时支架治疗感染性中心气道狭窄一例

毛军杰 陈勇

患者 男,33 岁。因反复发热 5 个月,出现皮疹 1 个月余入院。患者无明显诱因出现发热,体温最高达 40℃。逐渐出现右侧耳前及脸颊红色斑疹,范围逐渐扩大至全身。入院体检:右侧颈部淋巴结肿大。实验室检查:血常规血红蛋白 84 g/L,红细胞 $2.79 \times 10^{12}/L$;丙氨酸氨基转移酶 186 U/L,天冬氨酸氨基转移酶 82 U/L,白蛋白 28.4 g/L。外院骨髓穿刺片及淋巴结活检结果提示马尔尼菲青霉菌感染。用抗真菌治疗,3 d 后体温开始下降,斑疹逐渐结痂。但患者出现咳嗽、咯痰,伴胸闷、气促,活动后加重。体检:口唇轻度紫绀,可见“三凹征”,双肺呼吸音粗,喉头、大气管处及双肺可闻及吸气性喘鸣音,以大气管处最明显,右肺呼吸音较左侧弱。经内科治疗 3 周,症状未见明显缓解。纤维支气管镜检查示:气管变性伴肉芽生长导致狭窄,以气管及右主支气管狭窄明显。病理示:病变部位主要为坏死无结构物,内可见少量退变炎性细胞及炎性肉芽组织,局部有鳞状上皮细胞团

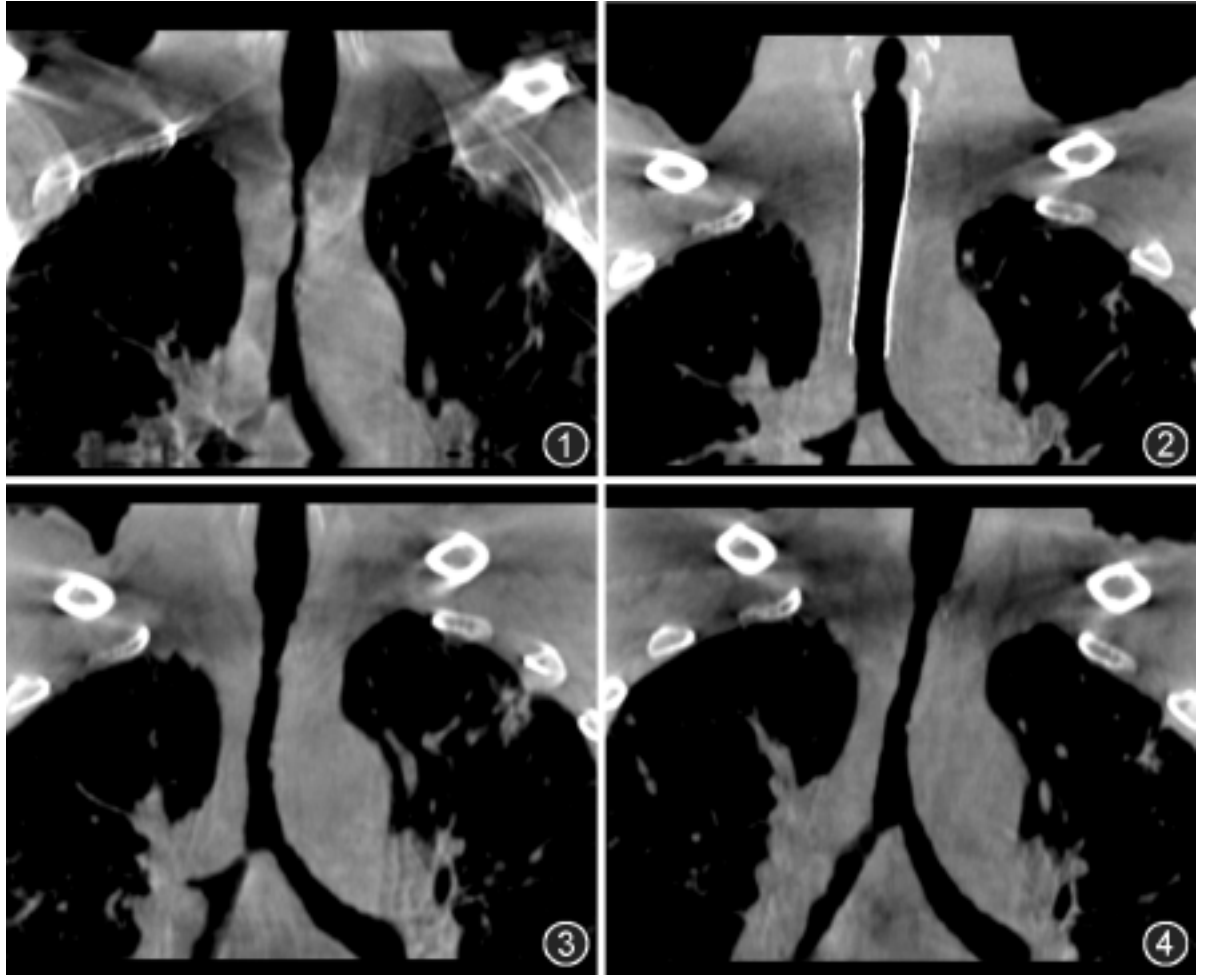


图 1 金属支架置入前,见气管及右主支气管狭窄 图 2,3 图 2 为气管支架置入 3 d 后,气管狭窄段被完全撑开。图 3 为气管支架取出后,狭窄段轻度回缩 图 4 右主支气管支架取出术后,气管及右主支气管狭窄明显改善

及细菌菌落。采用 Siemens Axiom Artis dTA 软件行 DynaCT 检查(旋转采集 10 s,以 5 mm 层厚重建),示狭窄段主要位于气管中段及右主支气管开口处,狭窄程度超过 2/3(图 1)。遂行气管支架置入术,顺利置入单丝编织网格型镍钛记忆合金支架(北京迪克公司国产 TNS-Qi 型)1 个。术后患者呼吸困难好转。术后 10 d 在静脉麻醉加局部表面麻醉下行纤维支气管镜下支架取出术,经鼻气管插管至气管支架上约

2 cm,经气管插管送入纤维支气管镜和活检钳,夹住气管支架的上缘,缓慢后退纤维支气管镜,将支架完整取出。术后患者呼吸较前稍急促,复查纤维支气管镜示气管管腔较放置支架时轻度狭窄,右主支气管仍严重狭窄(图 2,3)。再次行右主支气管支架置入术,术后呼吸困难进一步改善,1 周后同法取出支架(图 4),未再出现呼吸困难症状。复查纤维支气管镜示患者气管、右主支气管狭窄较前明显改善,继续抗真菌治疗。随访 3 个月,未见症状复发。

讨论 感染性中心气道狭窄最多见于内膜结核^[1],本例

经临床及病理证实为马尔尼菲青霉菌感染所导致的中心气道狭窄,非常罕见。本例中心气道狭窄的特点主要有:狭窄程度重(气管及右主支气管内径缩小程度超过 2/3),狭窄节段较长超过气管隆突且狭窄主要因坏死物阻塞所致,不适合行外科手术、物理消融、球囊扩张及 Dumon 硅酮管状支架置入等治疗良性中心气道狭窄的方法。所以,本例在积极抗真菌治疗的同时采取了金属支架置入的方法以解除中心气道狭窄。气管金属支架置入常用于恶性气管狭窄终末期的治疗,用于治疗良性气道狭窄尚存争议^[2]。为此,本例采用了临时支架置入的方法,即短期放置后即取出支架。其置入后可即刻缓解阻塞性呼吸困难,同时可以起到类似球囊扩张作用,但其作用较球囊扩张更为持久、温和,并发症较少。

本例选择网状金属裸支架,因为其支撑性能较好,不易移位,并且取出方便,比较符合临时放置的要求。金属支架放置后,作为异物,可能会促进肉芽组织增生。一般支架置入后 6~8 周网孔及两端会出现上皮组织覆盖造成支架取出困难^[3]。本例为巩固扩张效果,选择在术后 10 d 取出支架,

均较顺利。本例取出支架后,行纤维支气管镜和 DynaCT 复查,示气管虽没有完全恢复到正常管径,但较术前已经明显缓解。故临时金属自膨式支架置入治疗感染性中心气道狭窄是一种比较有效的方法,术后积极有效的抗感染治疗,是减少气道再次阻塞的关键。

参 考 文 献

- [1] 李强,白冲,董宇超,等. 高压球囊气道成形治疗良性近端气道狭窄. 中华结核和呼吸杂志, 2002, 25: 481-484.
- [2] Madden BP, Loke TK, Sheth AC. Do expandable metallic airway stents have a role in the management of patients with benign tracheobronchial disease? Ann Thorac Surg, 2006, 82: 274-278.
- [3] Mughal MM, Gildea TR, Murthy S, et al. Short-term deployment of self-expanding metallic stents facilitates healing of bronchial dehiscence. Am J Respir Crit Care Med, 2005, 172: 768-771.

(收稿日期: 2007-09-22)

(本文编辑: 张晓冬)

肺部及纵隔 Rosai-Dorfman 病一例

舒圣捷 刘白鹭 赵雁鸣

患者 男, 45 岁, 咳嗽、呼吸困难伴贫血 4 个月。CT 表现: 平扫示左肺门肿块, 密度均匀, CT 值为 39 HU, 与肺门血管分界不清。双肺内多发结节, 直径 0.5~1.0 cm。纵隔内气管前、腔静脉后、主动脉窗及隆突下多发淋巴结增大, 直径 1.3~2.3 cm, 部分融合成团。增强扫描示左肺门肿块包绕肺门血管, 呈中度强化, 增强后 30、60、120 s 的 CT 值分别为 68、70 和 59 HU, 强化程度与纵隔内增大的淋巴结及双肺内结节一致。CT 灌注扫描示左肺门、肺内结节及纵隔淋巴结的时间密度曲线形态相似, 峰值 (86.5 HU) 稍后于主动脉, 病灶的血容量 (BV)、表面通透性 (PS)、平均通过时间 (MTT) 及血流量 (BF) 的值分别为 12.19 ml · 100 g⁻¹、20.48 ml · 100 g⁻¹ · min⁻¹、17.25 s 及 48.27 ml · 100 g⁻¹ · min⁻¹ (图 1~3)。术前影像诊断为可疑左肺门中心型肺癌并纵隔淋巴结转移及双肺转移或淋巴瘤。

手术所见: 左肺门肿物为融合的淋巴结, 完整切除, 大小约 2.5 cm × 3.3 cm, 呈

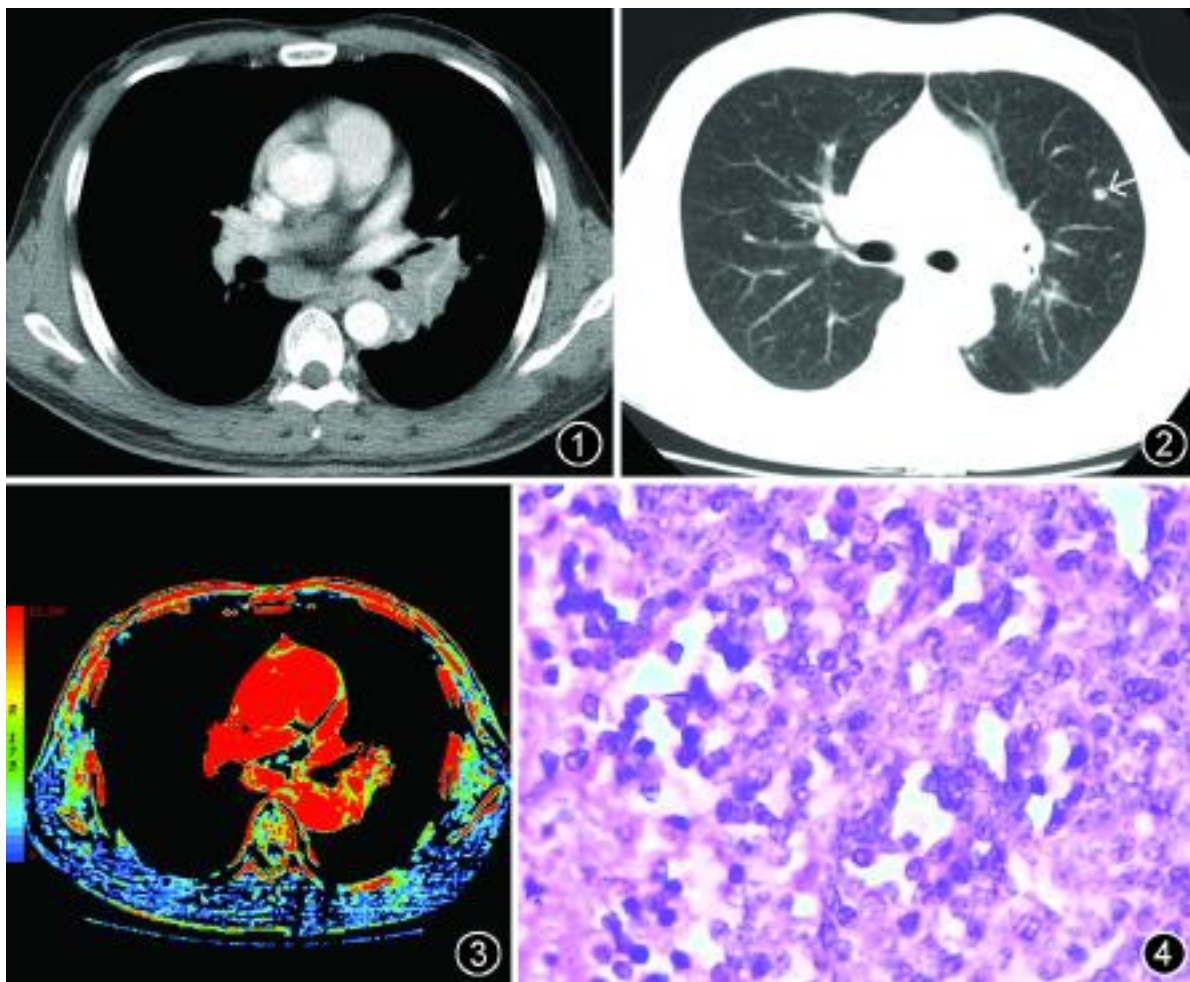


图 1 CT 增强扫描示左肺门肿块包绕邻近血管, 与隆突下淋巴结均呈中等度强化 图 2 左肺上叶小结节, 直径 0.5 cm, 边缘光滑 图 3 CT 灌注检查示血流量 (BV) 图, 左肺门及隆突下淋巴结血流量较丰富 图 4 病理光学显微镜下, 见病变区组织细胞及淋巴细胞浸润 (HE × 40)

作者单位: 150086 黑龙江省哈尔滨医科大学附属二院 CT 室

通信作者: 赵雁鸣

灰色并伴炭末沉积。纵隔内多发淋巴结 (直径 1.2~2.2 cm) 及左肺上叶结节 (直径 0.8 cm) 均为棕红色, 呈鱼肉

样。病理光镜下,见所有淋巴窦均显著扩张,窦腔内充满增生的组织细胞及浸润的小淋巴细胞、成熟浆细胞和少数中性粒细胞。病理诊断(左肺门、纵隔及左肺上叶结节) Rosai-Dorfman 病(图 4)。免疫组织化学: S-100 蛋白、细胞分化抗原(CD68、CD21、CD3、CD20、CD34)、平滑肌肌动蛋白(SMA)均呈阳性;广谱角蛋白(CKpan) 阴性。

讨论 Rosai-Dorfman 病又称窦组织细胞增生伴巨大淋巴结病(SHML),是一种罕见的良性组织细胞增生性疾病,57% 发生于淋巴结内,多位于颈部,其他如腋窝、纵隔^[1]及腹股沟等部位也常受累;43% 的病例发生在淋巴结外。原发于肺部的 Rosai-Dorfman 病报道很少^[2-6]。肺部 Rosai-Dorfman 病临床常表现为呼吸困难、贫血、发热、血沉加快、粒细胞增多、r-球蛋白增高等。本例仅见咳嗽、呼吸困难和贫血,而无其他表现。本病在病理学及免疫组织化学检查上有特点^[6]。

Rosai-Dorfman 病 CT 上常表现为颈部等处的多发淋巴结肿大,大小不等,可融合,密度多均匀,邻近组织可受压变形或移位;侵犯肺部的影像表现为多发结节、淡片状影及空洞影;侵犯肺门及纵隔则表现为多发淋巴结增大,可融合但不伴钙化。本例 CT 表现为一侧肺门肿块、纵隔非对称性淋巴结增大伴双肺结节和斑片影,与中央型肺癌表现很相似,但支气管腔无明显狭窄。本病确诊需靠病理组织学及免疫组织化学检查。本病需要和肺癌、淋巴瘤、转移瘤及感染性病变等相鉴别。

由于肺部及纵隔 Rosai-Dorfman 病临床罕见,影像表现又无特异性,极易误诊。因此,在 CT 上发现肺部及纵隔有类似表现时除了要考虑肺癌和淋巴瘤外,还要考虑到原发于肺部和纵隔的 Rosai-Dorfman 病。

参 考 文 献

- [1] 覃帮能 . 纵隔淋巴结窦性组织细胞增生侵犯食管一例 . 中华放射学杂志, 2000, 34: 870.
- [2] Usmani GN, Westra SJ, Younes S. Case records of the Massachusetts General Hospital: weekly clinicopathological exercises. Case 13-2003. A 14-month-old boy with hepatomegaly, perianal lesions, and a bony lump on the forehead. N Engl J Med, 2003, 348: 1692-1701.
- [3] Lehmann LE, Anupindi S, Harris NL. Case records of the Massachusetts General Hospital: weekly clinicopathological exercises. Case 18-2003. A 15-year-old girl with pain in the left leg and back, pruritus, and thoracic lymphadenopathy. N Engl J Med, 2003, 348: 2443-2451.
- [4] Kutmah K, Draw A. Rapidly developing mediastinal lymphadenopathy. Chest, 2004, 126: 951S-952S.
- [5] Bauer PR, Gillespie DJ, Aubry MC. Chronic pulmonary infiltrates and Erdheim-Chester disease. Chest, 2004, 126: 977S-978S.
- [6] 印洪林, 周晓军, 卢光明, 等 . 原发性颅内 Rosai-Dorfman 病 . 临床与实验病理学杂志, 2004, 20: 677.

(收稿日期: 2007-07-04)

(本文编辑: 任晓黎)

第二届放射青年医师学术研讨会暨第一届 MR 功能成像学术研讨会征文通知

由《中华放射学杂志》编辑委员会和中华医学会放射学分会联合主办、四川大学华西医院承办的第二届全国放射青年医师学术论坛定于 2008 年 6 月 27 日 ~6 月 30 日在四川大学华西医院(成都)召开。会议将邀请一些国内外知名专家作高层次、针对性强的学术讲座。本次会议授予全国继续教育 类学分。会议期间还将评选优秀论文,并为获奖者颁发证书。获奖论文经有关专家审阅同意后,可优先刊登在《中华放射学杂志》上。同期还将举办第一届 MR 功能成像学术研讨会,征文通知如下:

一、第二届放射青年医师学术研讨会征文

1. 征文内容: 放射影像、介入专业的临床及实验研究, 诊治经验和临床总结。内容包括放射影像科各个领域(胸部、腹部、骨骼、神经等)的研究成果。

2. 征文要求: 论文的第 1 作者必须是 1962 年 6 月份以后出生的放射影像专业的青年医师, 并且是课题的主要完成者。 论文必须是 2008 年 4 月前未公开发表过。论文要求科学性强、数据可靠、重点突出、文字简练。 论文格式请遵循中华放射学杂志的稿件要求。 稿件评审将采取双盲法进行, 投稿时将论文题目、单位、作者姓名、出生年月日另页撰写, 附在论文前。正文内不得注明单位、作者姓名。另附作者简历(300 字以内)、身份证复印件和所在单位的推荐

函。论文全文(4000 字以内) 及摘要(1000 字以内) 各 1 份。一律用 Word 形式, 从网上发送至编辑部。Email 地址: cjr. zhangxd@ vip. 163. com; zhangxd@ cma. org. cn , 截稿日期: 2008 年 5 月 30 日。请作者自留底稿, 恕不退还原稿。

二、第一届 MR 功能成像学术研讨会征文

1. 征文内容: 功能性磁共振的实验研究、临床研究及应用的论文。

2. 稿件要求: 论文请寄摘要(1000 字以内) 1 份, 内容包括背景、目的、方法、结果及结论。投稿地址及截稿日期同上。

三、会议费用

会务费: 800 元/人, 贫困地区被采纳为大会发言者免收会务费。住宿费: 每天 150、100、90 元/人(任选)。

四、大会组委会联系方式

联系人: 张晓冬; 中华放射学杂志编辑部, 通信地址: 北京市东四西大街 42 号; 邮编: 100710; 电话: 010-85158289; 传真: 010-85158384; E-mail: cjr. zhangxd@ vip. 163. com。

联系人: 张翰智、黄晓琦; 地址: 成都市国学巷 37 号, 四川大学华西医院放射科; 邮编: 610041; 电话: 028-85422746; Email: zhzxiii7@ yahoo. com. cn, julianahuang@ 163. com。

(中华放射学杂志编辑委员会
中华医学会放射学分会)