

## · 病例报告 ·

## 巨胸腺增生一例

苏建辉 刘蓉辉 李书军

患者 女, 12 岁, 因腹泻 2 d, 透视发现心影增大, 心脏超声未见异常。来我院就诊时体检及实验室检查未见异常, 心脏超声仍未见异常。

胸部 X 线平片示心影增大(图 1), 透视下发现心尖在“心影”内跳动, 酷似先天性心脏病。胸部 CT 平扫示巨大纵隔占位, 心包掩埋于其中, 边缘光整; 大小约 20.5 cm × 11.7 cm × 13.0 cm, 病变内密度混杂, 可见条片状脂肪密度影, CT 值 -75 HU, 其间夹杂大量紊乱条片状软组织密度影, CT 值 51 ~75 HU, 增强扫描显示软组织密度影呈轻至中度强化, CT 值为 90 ~110 HU。考虑胸腺脂肪瘤(图 2, 3)。

手术所见: 肿物位于心包周围, 质软, 有完整包膜, 自上而下剥离时可见右侧巨大、左侧稍小, 切除肿物重达 2300 g。病理报告: 胸腺增生。T 淋巴细胞(CD45RO)阳性、CD20 阴性, 波形蛋白(Vim)、广谱角蛋白阳性。

讨论 婴幼儿的胸腺较大, 随年龄增长而逐渐退缩。当机体受到外伤、手术和感染等刺激时, 可以快速增生, 形成大胸腺。不伴有其他疾病的胸腺增生极其少见, 胸腺增生多发生于儿童, 成人或青少年偶有发生。文献曾有胸腺增生的报道<sup>[1-2]</sup>, 但如本例增生成为巨大胸腺的病例尚属少见。

胸腺增生多无症状, 常为影像检查首先发现, X 线平片显示纵隔增宽, 可两侧不对称或呈分叶状; CT 显示胸腺区软组织密度增多影或不定形肿块, 边缘光滑, 密度均匀, 增强扫描无强化或轻度强化。其影像表现常需与胸腺退化、胸腺肿瘤、畸胎瘤、先天性心脏病等鉴别, 一般经不同影像方法互补可以诊断<sup>[3]</sup>。胸腺未退化常见于 20 岁以下青少年, 胸腺弥漫性增大或部分增大, 仍保持原形态, 无症状。胸腺瘤患者多为 30 岁以上, 侵袭性胸腺瘤有胸闷、胸痛、咳嗽、呼吸道

感染、吞咽困难、声音嘶哑或上腔静脉压迫综合征等症状。如为胸腺反应性增生可能有发热、创伤或手术等病史, 而胸腺瘤一般无上述病史。纵隔畸胎瘤大多数位于前中纵隔, 密度高低不均, 肿块内牙齿、骨骼影像是其确诊的特异征象。在重症肌无力中 CT 发现胸腺增大、胸腺区直径 <3 cm 的结节时, 可以诊断胸腺增生; 形态正常但未增大的软组织密度胸腺或胸腺区有 >3 cm 的肿块时胸腺淋巴样滤泡性增生的可能性大; 胸腺区内有密集度不一的直径 <0.5 cm 的斑点、索条影, 提示胸腺淋巴样滤泡性增生的可能<sup>[4]</sup>。本例胸片曾误诊为心脏增大, 经心脏超声和 CT 检查排除了心脏疾病; CT 曾误诊为胸腺脂肪瘤, 是由于其内密度不均匀, 含脂肪成分较多所致。根据患者的年龄、病史和临床表现, X 线及 CT 的特征性表现, 应考虑到胸腺增生。经皮穿刺活检及胸腔镜检查是确诊的主要手段。对难以确诊的病例可行激素试验性治疗<sup>[5]</sup>, 一旦复查胸片发现增大的胸腺阴影明显缩小, 则胸腺增生诊断成立, 不需进一步检查和治疗。

## 参 考 文 献

- [1] Scharifker D. True thymic hyperplasia associated with a unilocular thymic cyst: an unusual combination not previously reported. *Ann Diagn Pathol*, 2006, 10: 32-35.
- [2] 袁宏生. 胸腺巨大增生 1 例报告. *中华外科杂志*, 1985, 23: 162.
- [3] 唐震, 邱国华, 林建勤, 等. 儿童胸腺增生的 X 线和 CT 诊断. *临床放射学杂志*, 2001, 20: 313.
- [4] 刘甫庚, 韦嘉瑚, 潘纪成, 等. 成人重症肌无力中胸腺淋巴样滤泡性增生的 CT 表现. *中华放射学杂志*, 2006, 40: 818-822.
- [5] 王鲁峰. 小儿胸腺增生误诊纵隔肿瘤临床分析. *中原医刊*, 2006, 33: 47-48.

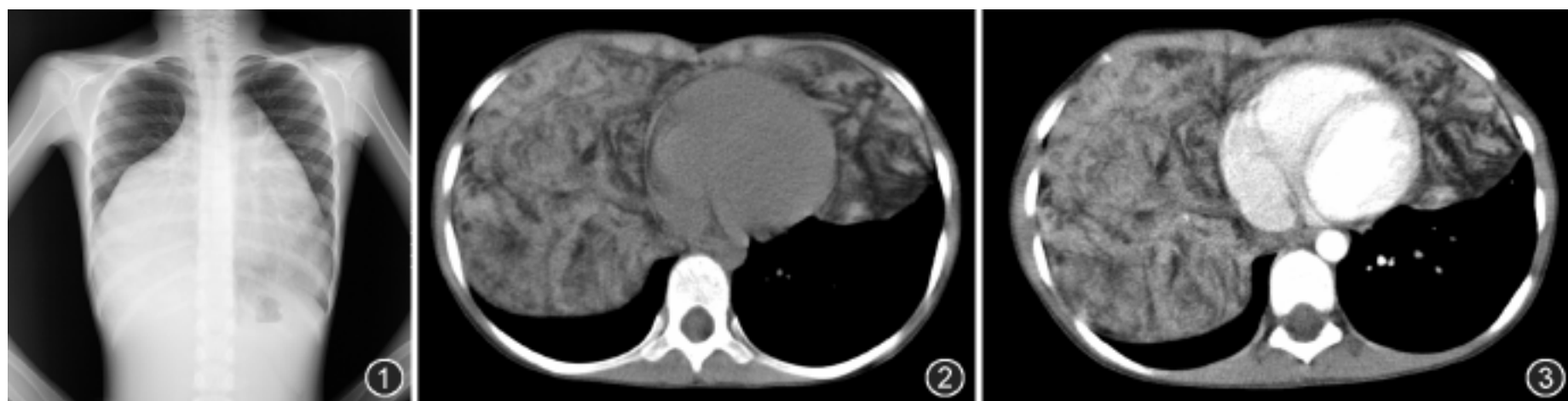


图 1 胸部正位 X 线片, 显示心影增大 图 2, 3 CT 平扫(图 2)与强化(图 3)显示, 心脏周围巨大脂肪类密度影, 考虑胸腺脂肪瘤

作者单位: 050051 石家庄, 河北省人民医院放射科(苏建辉、刘蓉辉); 河北医科大学附属第二医院胸外科(李书军)

(收稿日期: 2007-05-08)

(本文编辑: 任晓黎)