

28日,患者中切牙上方及上颌出现紫褐色肿块,该表现为卡波西肉瘤典型临床改变,对患者疾病的诊断具有重要提示作用。

国内目前对于艾滋病合并肺部卡波西肉瘤的影像学表现报道较少。结合既往相关文献^[6-8]报道发现卡波西肉瘤在胸部CT影像上主要表现为双肺沿支气管血管束多发分布结节影,胸腔积液及纵隔淋巴结肿大;纵隔增大淋巴结可呈明显强化,肺部病变可呈不均匀强化。实变影呈“火焰状”改变是肺部卡波西肉瘤的特征性表现^[9]。该患者胸部CT检查提示双肺可见多发大小不一的结节及团块影,需考虑肺部肿瘤性病变的可能性。因免疫缺陷明显的艾滋病患者容易并发各种肺部疾病,如肺癌、淋巴瘤、真菌感染等,这些疾病在临床及影像学表现上都有相似之处,诊断及鉴别较为困难。但淋巴瘤患者的肿块多呈均匀强化,包绕血管。而肺癌患者肿块多强化不均匀,血管侵袭征较明显^[10-11]。但本例患者无咯血、胸痛等临床表现,CT增强后双肺病变呈不均匀强化,未见明显血管侵袭性改变。且本例患者病灶边缘可见分叶及磨玻璃影,部分呈“火焰”征改变,与文献报道相符。且本例患者肺部及口腔组织均进行活检,免疫组化提示:CMV(-),ERG(+),HHV8(+),CK(-),CD31(+),Ki-67(30%+),Fli-1(+),SMA(-),CD68(-),Bcl-2(+),CD34(+).口腔及肺组织从病理学角度均诊断为卡波西肉瘤,与文献报道相符^[12-13]。

综上所述,艾滋病合并肺部卡波西肉瘤的影像学表现具有一定的特征,火焰征具有重要提示作用,结合患者典型的临床症状,可做出初步诊断,但病理学结果仍是诊断的金标准。遇到此类患者应尽快行穿刺活检,明确诊断,尽早进行相关治疗,延长患者的生存期,改善患者的预后。

参考文献

- [1]何坤,张辉芬,刘倩,等.获得性免疫缺陷综合征患者使用激素诱发卡波西肉瘤1例[J].中国感染与化疗杂志,2022,22(2):214-216.
- [2]王闯,张永喜.难治性艾滋病相关性卡波西肉瘤的治疗现状[J].武汉大学学报(医学版),2023,44(9):1103-1108.
- [3]张云霞,叶建州,欧阳晓勇,等.艾滋病相关型卡波西肉瘤1例[J].中国中西医结合皮肤性病学期刊,2018,17(1):58-59.
- [4]中国医师协会皮肤科医师分会,中国研究型医院学会皮肤科学专业委员会.中国卡波西肉瘤诊疗专家共识(2023版)[J].中华皮肤科杂志,2023,56(10):899-906.
- [5]张卓彦.艾滋病合并卡波西肉瘤的诊断与治疗[J].中国药物与临床,2019,19(3):388-389.
- [6]卢亦波,施裕新,刘晋新,等.艾滋病合并卡波西肉瘤多脏器组织侵犯的影像学分析[J].新发传染病电子杂志,2020,5(1):8-15.
- [7]黄德扬,刘晋新,丁岩,等.艾滋病合并卡波西肉瘤的CT表现分析[J].医学影像学杂志,2017,27(2):259-261.
- [8]张岩岩,王杏,李宏军.艾滋病合并肺部卡波西肉瘤的影像表现[J].中国艾滋病性病,2020,26(12):1336-1338.
- [9]王艳,宋玉霞,邓江玲,等.艾滋病相关肺部卡波西肉瘤的临床与CT表现[J].中国医学影像学杂志,2019,27(9):670-673.
- [10]史东立,赵大伟,陈枫,等.艾滋病合并肺部恶性肿瘤的CT表现[J].放射学实践,2015,(9):909-912.
- [11]张军强.腹腔非霍奇金淋巴瘤患者MSCT表现分析[J].中国CT和MRI杂志,2019,17(4):126-129.
- [12]努斯来提,张永平,赵凤丛,等.艾滋病合并卡波西肉瘤18例临床分析[J].新疆医学,2020,50(6):536-538.
- [13]夏成茂,杨瑞婷,郭益辰,等.汉族经典型卡波西肉瘤2例临床病理观察[J].诊断病理学杂志,2022,29(4):293-295.

(收稿日期:2024-05-14)

(校对编辑:韩敏求)

· 短篇报道 ·

后纵隔海绵状血管瘤 1 例: 临床、病理及放射学特征分析

黄文晓 冯 婵 龚莉雅 王 婕 方 勇 李淑文 李小荣*

南部战区总医院(广东广州 510010)

第一作者:黄文晓,女,住院医师,主要研究方向:骨肌影像。E-mail:liwei15011780478@163.com

通讯作者:李小荣,男,副主任医师,主要研究方向:心血管影像。E-mail:lxrong2008@163.com

【关键词】血管瘤;后纵膈

【中图分类号】R543

【文献标识码】D

DOI:10.3969/j.issn.1672-5131.2024.10.062

A Case of Oposterior Mediastinal Cavernous Hemangioma: Analysis of Clinical, Pathological and Radiological Features

HUANG Wen-xiao, FENG Chan, GONG Li-ya, WANG Jie, FANG Yong, LI Shu-wen, LI Xiao-rong.
Southern Theater Command General Hospital, Guangzhou 510010, Guangdong Province, China

Keywords: Hemangioma; Posterior Mediastinum

纵隔海绵状血管瘤是一种先天性发育异常引起的极其罕见的良性肿瘤,起源于独立胚胎血管细胞组织的良性肿瘤,病理上主要由扩张血管窦组成。截止目前,仅发现数例后纵隔血管瘤文献报道^[1-6]。其发生率低于纵隔肿瘤的0.5%,其中约68%的病例发生于前纵隔,22%发生于后纵隔^[7]。我们将结合文献报道一例后纵隔海绵状血管瘤,并对其临床、病理及放射学特征进行分析。

1 病例报告

1.1 病例资料 患者男,68岁,无特殊既往史及家族史,一年前于外院体检时意外发现左后纵隔肿物,后于我院胸外科就诊入院。自发病以来,患者无任何临床症状,生命体征、体格检查均

未见明显异常。

胸部CT扫描显示后纵隔左侧第7胸椎水平可见软组织密度肿块,大小约为31×31×24mm,边界清楚,病灶呈哑铃状,延伸至左侧椎间孔,周围无骨质破坏(图1A-1B)。增强CT显示,动脉期上肿块呈边缘轻度强化(图1C),静脉期病灶强化范围较前扩大,强化程度较前明显,与同层主动脉相似(图1D)。此外,患者进行了双能量CT扫描,在低KeV条件下,更有利于凸显出病变“快进慢出”的强化特征。胸部磁共振成像(MRI)显示,在T₁WI上,肿块的信号强度与肌肉的信号强度大致相同(图3A),而在T₂-FS上,肿块成明显高信号,DWI显示高信号,无弥散受限(图3B-3D)。Gd-DTPA增强MRI显示动脉期显示边缘强化(图3E),静

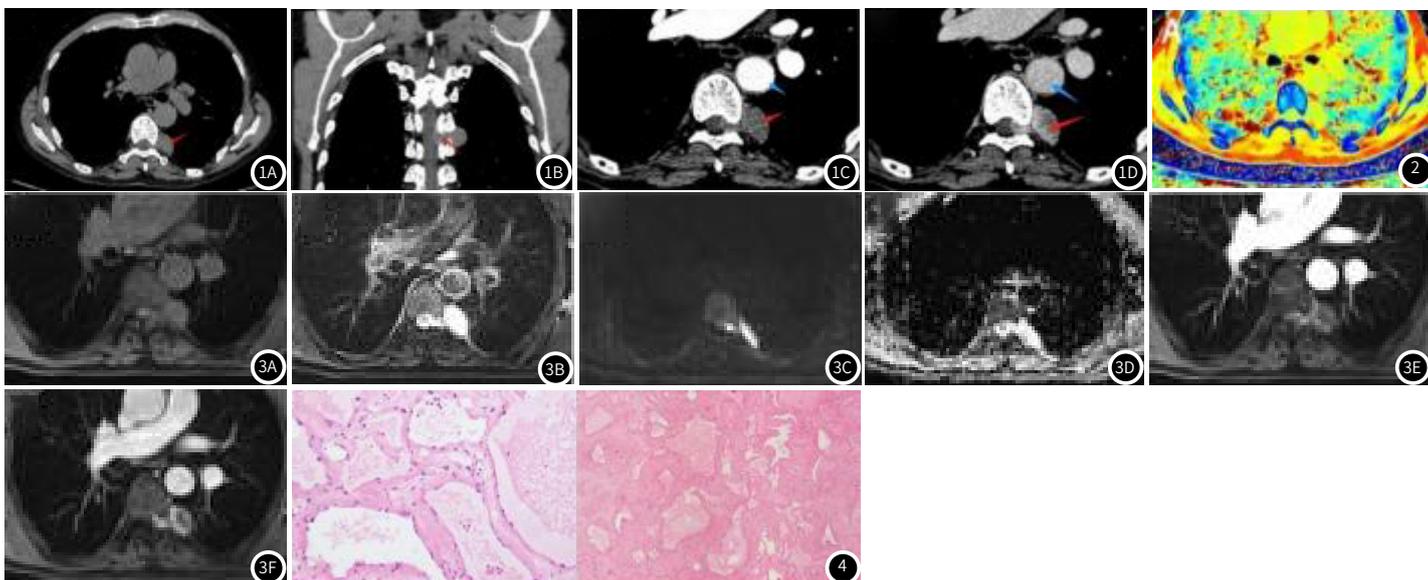


图1A-图1D 1A-1B: 示后纵隔左侧第7胸椎水平软组织密度肿块, 大小约为 $31 \times 31 \times 24$ mm, 边界清楚, 病灶呈哑铃状, 延伸至左侧椎间孔, 周围无骨质破坏; 1C: 增强时, 动脉期可见周边强化; 1D: 病变在静脉期继续强化, 强化程度与同一水平的主动脉相似。

图2 双能CT扫描: z-有效值, 肿块的Zeff值与主动脉相似

图3A-图3F MRI扫描 3A-3D: T₁WI呈等信号, T₂WI-FS呈显著高信号, 无弥散受限。3E-3F: 病灶边缘在动脉期增强, 在静脉期和延迟期造影剂进一步充盈并扩大。

图4 组织切片显示海绵状血管窦部分充血。

表1 纵隔海绵状血管瘤的影像学表现

病例	年龄 (y)	性别	单发/多发	钙化	邻近椎体	骨质侵袭	延伸进入椎间孔	文献
1	71	男	多发	否	是的	否	否	[3]
2	44	女	单发	否	是的	否	否	[2]
3	23	男	单发	-	是的	否	否	[5]
4	54	女	单发	否	是的	否	否	[6]
5	16	男	单发	否	是的	否	否	[4]
6	58	女	单发	-	是的	是	否	[9]

注: -: 文献未提及。

脉期及延迟期逐渐向内充盈且强化程度较前明显, 病变的MRI多期增强扫描表现为“快进慢出”的向心性强化特点, 病灶邻近左侧椎间孔扩大, 同层面脊髓稍受压(图3F)。

因此, 放射科医生最初考虑为神经源性肿瘤。

1.2 手术治疗和病理 患者经胸外科联合神经外科行肿瘤全切除术, 术中见肿瘤位于硬脊膜外偏左侧, 呈鲜红色外观, 血供丰富, 基底部位于 T7 神经根处, 肿物远端分离出肿瘤中穿出的7-8肋间的动静脉及肋间神经, 手术过程顺利。病理显示病灶由内皮细胞衬里的血管组成, 腔内有红细胞(图4)。免疫组化染色CD34和CD31因子阳性, SMA阳性, D2-40阴性。

1.3 随访 术后1年随访肿瘤无复发。

2 讨论

2.1 发病情况 纵隔血管瘤极其罕见, 在少数报道的病例中, 纵隔血管瘤的主要类型是海绵状血管瘤或毛细血管瘤(90%), 后纵隔海绵状血管瘤则更为罕见^[7-9]。纵隔海绵状血管瘤具有多中心发病趋势, 常合并皮肤、肝、脾、肾等部位血管瘤病变。它经常缺乏相关症状, 但可能出现胸痛、咳嗽、呼吸困难和其他与肿块压迫邻近组织相关症状^[10-11]。

2.2 病理学特点 病理上, 海绵状血管瘤由大小不等的扩张血管管腔组成, 部分管腔内充满红细胞, 呈海绵状外观。免疫组织化学显示CD31(+), CD34(+) 和 SMA(-)、S100(-)、DES(-)、MBP(-)^[6], 其中, CD31是血管肿瘤最特异的标志物, 几乎在所有非内皮组织或肿瘤中均未见表达。而CD34不仅存在于造血干细胞、

内皮细胞上, 还存在于Cajal间质细胞、树突状细胞上, 因此它在孤立性纤维瘤等其他肿瘤中也可表达。病灶血管窦内可见血液淤积形成血栓, 并钙化形成静脉石, 于CT上表现为点状或簇状高密度。肿块内可有特征性供血动脉和畸形引流静脉。

2.3 影像学特点 在以往纵隔海绵状血管瘤病例报告中, 有学者发现病灶内静脉石或钙化是海绵状血管瘤的一种特征性影像表现, 但发生率仅为16-18%^[12-13]。在CT增强扫描上可显示病灶内血管和血池呈点状或迂曲高密度影。我们病例有较为特征血管瘤强化模式, 但有文献报道海绵状血管瘤的强化特征并不常见, 这可能与不同研究中增强扫描的时间有关^[14], 也可能是由于海绵状血管瘤内血管窦间质组织明显增生、纤维化。另外血管窦腔内可能存在不同程度的血栓导致血流穿行方式多种多样, 从而使增强途径更加复杂多变^[10-14]。例如在了一项回顾性分析^[12]中, 有一例海绵状血管瘤呈结节性强化, 而在Xianqi Cai报道的一例患者中, 肿块仅边缘局部强化, 但静脉期强化程度与主动脉相同。并在Yun、Takamasa^[1]等人的个案报道中发现后纵隔血管瘤可合并骨质侵犯。既往个案报道纵隔海绵状血管瘤的影像学特征汇总如表1所示。

因此, 在临床影像诊断工作中, 影像医生很容易将位于脊柱旁的后纵隔海绵状血管瘤误诊为神经源性肿瘤。神经源性肿瘤是后纵隔最常见的肿瘤^[15], 常可见其穿出椎间孔呈哑铃状, 但神经源性肿瘤易囊变坏死, 最常见为神经鞘瘤和神经纤维瘤^[16], 其特征强化方式与海绵状血管瘤易区分。所以影像医生碰到我们病例中这种强化模式后纵隔肿块时, 需要把血管瘤纳入考虑, 降低误诊率。

2.4 治疗 纵隔海绵状血管瘤是一种血管富集性病变, 多为良性病

变。早期报道表明,经皮穿刺术对纵隔血管瘤诊断作用很小,且有出血风险^[17],故与神经源性肿瘤不同的是,若术前影像提示海绵状血管瘤,更建议在手术切除肿瘤后再行病理检查,以降低创伤。因此,胸腔镜下全切除术是纵隔海绵状血管瘤的首选治疗方法。Cohen等报道了一例患者在部分切除纵隔血管瘤后发生严重的术后出血^[18]。除手术切除外,治疗方案还有硬化治疗、栓塞术等^[19]。在根治性切除困难的情况下,放射治疗也被用作选择性治疗方式^[13]。

综上所述,纵隔海绵状血管瘤的准确诊断和评估对指导手术治疗至关重要,但由于其罕见性,误诊率较高,需要更多纵隔海绵状血管瘤的相关研究以提高临床影像医生的诊断准确率,使病人最大获益。

参考文献

- [1] Yun T, Suzuki H, Tagawa T, et al. Cavernous hemangioma of the posterior mediastinum with bony invasion[J]. Gen Thorac Cardiovasc Surg, 2016, 64(1): 43-46.
- [2] Jhan J, Cheng Y, Chang J, et al. Resection of a cavernous hemangioma of the posterior mediastinum by sclerotherapy and uniport thoracoscopic surgery [Z]. 2020; 32, 301-302.
- [3] Lee JH, Lee YU, Kang HJ. Multiple cavernous hemangiomas of the posterior mediastinum, lung, and liver: a case report[J]. J Chest Surg, 2021, 54(6): 547-550.
- [4] Lee S Y, Lee J H, Hur G Y, et al. Successful removal of a slowly growing mediastinal cavernous haemangioma after vascular embolization[J]. Respirology, 2006, 11(4): 493-495.
- [5] Shikada Y, Katsura M, Kousoh, et al. A case of middle mediastinal cavernous hemangioma [J]. Gen Thorac Cardiovasc Surg, 2015, 63(2): 112-115.
- [6] Fibla J J, Molins L, Mier J M, et al. [Invasion of the spinal column by a posterior mediastinal cavernous haemangioma: a combined surgical approach] [J]. Cir Esp, 2013, 91(10): 681-683.
- [7] Yamazaki A, Miyamoto H, Saito Y, et al. Cavernous hemangioma of the anterior mediastinum: case report and 50-year review of Japanese cases [J]. Jpn J Thorac Cardiovasc Surg, 2006, 54(5): 221-224.

- [8] Yoshino N, Okada D, Ujiie H, et al. Venous hemangioma of the posterior mediastinum [J]. Ann Thorac Cardiovasc Surg, 2012, 18(3): 247-250.
- [9] Goizueta A A, Libbey P, Moulton A, et al. Incidental discovery of a large complicated arteriovenous haemangioma [J]. BMJ Case Rep, 2017, 2017.
- [10] Moran C A, Suster S. Mediastinal hemangiomas: a study of 18 cases with emphasis on the spectrum of morphological features [J]. Human Pathology, 1995, 26(4): 416-421.
- [11] Cai X, Liu C, Cui Y. A case of middle mediastinal cavernous hemangioma [J]. Thorac Cancer, 2020, 11(3): 789-792.
- [12] McAdams H P, Rosado-de-Christenson M L, Moran C A. Mediastinal hemangioma: radiographic and CT features in 14 patients [J]. Radiology, 1994, 193(2): 399-402.
- [13] Bai Y, Zhao G, Tan Y. CT and MRI manifestations of mediastinal cavernous hemangioma and a review of the literature [J]. World journal of surgical oncology, 2019, 17(1): 205.
- [14] Kaya S O, Samancilar O, Usluer O, et al. Giant cavernous haemangioma of the anterior mediastinum [J]. Eurasian J Med, 2015, 47(3): 216-217.
- [15] Kennebeck S S. Tumors of the mediastinum [J]. Clinical Pediatric Emergency Medicine, 2005, 6(3): 156-164.
- [16] Thacker P G, Mahani M G, Heider A, et al. Imaging evaluation of mediastinal masses in children and adults: practical diagnostic approach based on a new classification system [J]. J Thorac Imaging, 2015, 30(4): 247-267.
- [17] Schurawitzki H, Stiglbauer R, Klepetko W, et al. CT and MRI in benign mediastinal haemangioma [J]. Clinical Radiology, 1991, 43(2): 91-94.
- [18] Agarwal P P, Seely J M, Matzinger F R K. Case 130: mediastinal hemangioma [J]. Radiology, 2008, 246(2): 634.
- [19] Liu X J, Qin Z P, Tai M Z. Angiographic classification and sclerotic therapy of maxillofacial cavernous haemangiomas: a report of 204 cases [J]. J Int Med Res, 2009, 37(5): 1285-1292.

(收稿日期: 2023-10-14)

(校对编辑: 韩敏求)

· 短篇报道 ·

拔阻生牙致面颈部及纵隔弥漫气肿1例

宁观媛 蓝海龙*

吴川市人民医院影像中心 (广东 吴川 524500)

第一作者: 宁观媛, 女, 住院医师, 主要研究方向: 放射诊断。E-mail: 1797908904@qq.com

通讯作者: 蓝海龙, E-mail: lanhailong_1988@163.com

【关键词】拔牙; 并发症; 纵隔气肿

【中图分类号】R782.11

【文献标识码】D

DOI:10.3969/j.issn.1672-5131.2024.10.063

Diffuse Emphysema in the Face, Neck and Mediastinum Caused by Extraction of Impacted Teeth : One Case Report

NING Guan-yuan¹, LAN Hai-long^{1*}.

Medical Imaging Department, Wuchuan People's Hospital, Wuchuan 524500, Guangdong Province, China

Keywords: Tooth Extraction; Complication; Mediastinal Emphysema

患者,男,29岁,平素体健。因左下颌阻生牙拔除后面颈部肿胀伴胸闷5小时就诊。查体:颌面部左侧、颈部双侧肿胀,颈部活动及张口受限,呼吸通畅,伴胸闷不适。颌面及颈胸部CT示:左下颌阻生牙拔除后,颌面部左侧、颈部双侧肿胀、积气,以左侧较明显(图1-2);颈部皮下及深筋膜间隙弥漫积气、纵隔气

肿(图3-4)。血常规示白细胞总数 $20.19 \times 10^9/L$,中性粒细胞绝对值 $18.13 \times 10^9/L$ 。诊断:左下颌阻生牙拔除术后并感染;皮下气肿;纵隔气肿。入院后予头孢曲松预防感染,吸氧、化痰、对症支持等治疗,9天后复查CT气肿完全吸收后出院。