

分切除、楔形切除或肺叶切除术，但有学者发现无论选择哪种治疗方式，患者术后并发症及预后均是良好的，无复发及转移的记录^[7]，因此鉴于CMPT预后后较为良好，区分CMPT与恶性肿瘤对于患者后期治疗至关重要。

影像上CMPT常要与以下几类肺部疾病相鉴别：(1)黏液腺癌，CMPT与肺黏液腺癌都是以侵袭性生长为主，影像学上较难区分，鉴别的关键在于病理学检查，黏液腺癌病理检查镜下不含基底细胞和纤毛细胞，而纤毛细胞的存在常常提示该病变的良性倾向^[8-9]；(2)结核病变，结核性病灶影像表现也可出现毛刺、空洞、胸膜牵拉征，但其具有低热、盗汗等特征性临床表现可将其与CMPT鉴别。国外学者研究表明，CMPT的生长较为缓慢，随访一名CMPT患者12年期间发现病变起初呈毛玻璃样结节，随后密度逐渐升高呈实性结节，最终形成空洞，这一研究表明，当生长缓慢的结节内部出现空洞时，我们需要把CMPT纳入鉴别诊断^[10]。

总之，CMPT影像表现无明显特异性，很难与恶性肿瘤相鉴别。随着低剂量CT及成像诊断技术的不断进步，或许能进一步提高该病的检出率，但目前病理学及免疫组织化学检查仍是该病诊断的“金标准”。

参考文献

[1] 张明辉, 谭晓, 宋颖, 等. 肺纤毛黏液结节性乳头状瘤CT表现及临床病理特征分析[J]. 中华肿瘤防治杂志, 2021, 28(11): 834-839.

[2] LIU X, XU Y, WANG G, et al. Bronchiolar adenoma/ciliated muconodular papillary tumour: advancing clinical, pathological, and imaging insights for future perspectives[J]. Clin Radiol, 2023, S0009-9260(23): 523-528.

[3] 李媛, 黄浙睿, 杨承纲, 等. 肺纤毛黏液结节性乳头状瘤2例[J]. 临床与实验病理学杂志, 2020, 36(9): 1118-1120.

[4] 付雨菲, 熊鑫. 肺纤毛黏液结节性乳头状瘤1例[J]. 临床肺科杂志, 2019, 24(12): 2315-2316.

[5] 杨紫翼, 李晓明, 邱超, 等. 误诊肺纤毛黏液结节性乳头状瘤1例分析[J]. 临床肺科杂志, 2019, 24(9): 1736-1737.

[6] 居来提·艾尼瓦尔, 迪力木拉提·买买提, 卡吾力·居买, 等. 肺纤毛黏液结节性乳头状瘤一例[J]. 临床外科杂志, 2022, 30(5): 496-497.

[7] Zhao L, Willson CM, Givens NT, et al. A rare case of ciliated muconodular papillary tumor accompanied with adenocarcinoma in situ[J]. BMC Pulm Med, 2021, 21(1): 223.

[8] Mikubo M, Maruyama R, Kakinuma H, et al. Ciliated muconodular papillary tumors of the lung: cytologic features and diagnostic pitfalls in intraoperative examinations[J]. Diagn Cytopathol, 2019, 47(7): 716-719.

[9] Lu YW, Yeh YC. Ciliated muconodular papillary tumors of the lung[J]. Arch Pathol Lab Med, 2019, 143(1): 135-139.

[10] Moon J, You S, Sun JS, et al. Ciliated muconodular papillary tumor of the lung with cavitory change: a case report with 11-year preoperative follow-up[J]. Thorac Cancer, 2022, 13(12): 1866-1869.

(收稿日期: 2022-04-25) (校对编辑: 韩敏求)

· 短篇报道 ·

肩关节米粒体滑囊炎1例

方 锐 梁 奕*

长江航运总医院医学影像科 (湖北 武汉 430010)

第一作者: 方 锐, 男, 主治医师, 主要研究方向: 中枢神经影像诊断。E-mail: 297797630@qq.com

通讯作者: 梁 奕, 男, 副主任医师, 主要研究方向: 脑血管病影像诊断。E-mail: liangyi_821020@163.com

【关键词】米粒体滑囊炎; 肩关节; 磁共振成像
【中图分类号】R445.2
【文献标识码】D
DOI:10.3969/j.issn.1672-5131.2025.01.071

Rice-body Bursitis in the Shoulder Joint: One Case Report

FANG Rui, LIANG Yi*.

Department of Medical Imaging, Yangtze River Shipping General Hospital, Wuhan 430010, Hubei Province, China

Keywords: Granulosis Bursitis; Shoulder Joint; Magnetic Resonance Imaging

患者, 女, 51岁。因“肩部损伤”入院检查。右肩关节DR示: 右肱骨上段及锁骨远段旁软组织内见多发不规则团块状高密度影, 较大者大小约为74mm×56mm, 边界清晰(图1)。肩关节MRI示: 右肩三角肌下囊及肩峰下囊明显扩张, 呈哑铃状T1WI低信号T2WI高信号, 最大截面积约87mm×53 mm×61mm, 其内散在米粒样T1WI低信号T2WI低信号(图2-4); 右肩关节组成骨信号均匀, 未见明显异常信号。影像诊断: 右肩关节米粒体滑囊炎。

讨论: 米粒体滑囊炎是一种罕见的炎症过程, 病因以类风湿性关节炎及结核病最为常见, 外伤及慢性感染比较罕见, 好发于20至40岁中青年, 常累及四肢大关节, 膝关节及肩关节最为常见^[1], 发生在腕关节及踝关节的比较少见, 因病变大小和外形酷似稻米粒而得名。米粒体是滑囊慢性非特异性炎症所形成的物质, 主要由纤维蛋白、胶原蛋白、不成熟软骨等组成^[2]。目前对米粒

体具体形成机制并不清楚, 存在两种学说: 部分学者认为滑膜组织发生微小的梗死、变性、坏死, 被关节腔滑液中的纤维素包裹形成。另一部分学者认为米粒体本身是一种新生物, 可以其为中心导致纤维蛋白在其周围聚集、包裹, 形成米粒体, 从而引起滑囊炎。肩关节米粒体滑囊炎会侵蚀邻近骨质, 邻近腋窝淋巴结会增大。本病发病率低, 临床表现常为关节活动受限、肿胀及疼痛。主要通过影像检查的特异性征象进行诊断, MRI为其首选检查方法, 表现为米粒体分布不均, 大小不一, 在T1WI上呈等低信号, T2WI呈低信号, DWI和ADC图示呈低信号, 形态及边缘比较模糊。增强滑膜呈明显强化, 其内米粒体无强化, 米粒体主要位于肩峰下滑囊, 滑膜增生范围广泛, 以肩峰下滑囊为主^[3]。鉴别诊断: (1)滑膜骨软骨瘤病: 好发于中老年, 好发部位为膝关节, CT及X线的典型征象为关节间隙内或关节旁常有钙化或骨化结节。

MRI上显示为滑膜增厚,钙化或骨化结节T1WI、T2WI呈低信号,软骨呈高信号,而米粒体滑囊炎一般不发生钙化。(2)色素沉着绒毛结节性滑膜炎:好发于20-40岁的青壮年,膝关节最为常见,常有含铁血黄素沉着,临床表现为进行性肿胀,关节压痛,功能丧失等表现。以绒毛样、结节样滑膜增生为特点,由于滑膜的反复增生和反复出血,常伴有骨质侵蚀破坏。MR信号表现空洞为其特征性表现,T1WI、T2WI表现为明显低信号。(3)痛风性关节炎:常有血尿酸增高,形成痛风石,以第一跖趾关节破坏多见。

参考文献

- [1] 易雪冰,张德州,李东明,等.肩关节米粒体滑囊炎的影像学诊断[J].放射学实践,2020,35(1):87-88.
- [2] 夏秀梅,胡亮,舒锦尔.米粒体滑囊炎的MRI表现[J].实用放射学杂志,2017,33(12):1973-1975.
- [3] Mutlu H, Silit E, Pekkaali Z, et al. Multiple rice body formation in the subacromial-subdeltoid bursa and knee joint[J]. Skeletal Radiol, 2004, 33(9): 531-533.

(收稿日期:2023-11-27)

(校对编辑:韩敏求)

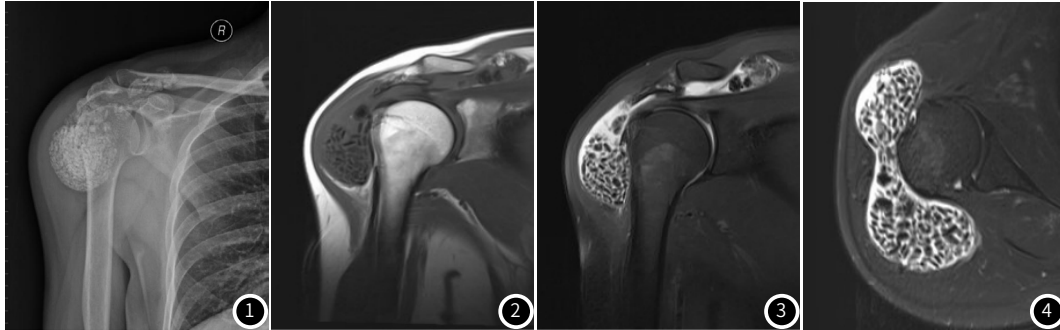


图1 DR示右肱骨上段和右锁骨远段见多发不规则块状高密度影。

图2-图4 MRI示右肩三角肌下囊及肩峰下囊明显扩张,呈哑铃状T1WI低信号T2WI高信号,其内散在米粒样T1WI低信号T2WI高信号。

· 短篇报道 ·

SAPHO综合征合并脊柱压缩性骨折1例*

李艳丽 杨若鹏 夏平*

湖北中医药大学 (湖北 武汉 430065)

第一作者:李艳丽,女,住院医师,主要研究方向:中医药防治颈肩腰腿疼等脊柱相关疾病的研究。E-mail: 1321777076@qq.com

通讯作者:夏平,男,主任医师,主要研究方向:中医药防治颈肩腰腿疼等脊柱相关疾病的研究。E-mail: xiapingfm@126.com

【关键词】SAPHO综合征;磁共振成像;压缩性骨折;全身骨显像

【中图分类号】R445.2

【文献标识码】D

【基金项目】武汉市卫计委项目(WX21M02, WZ21C04)

DOI:10.3969/j.issn.1672-5131.2025.01.072

SAPHO Syndrome with Spinal Compression Fracture: One Case Report*

LI Yan-li, YANG Ruo-peng, XIA Ping*.

Hubei University of Chinese Medicine, Wuhan 430065, Hubei Province, China

Keywords: SAPHO Syndrome; MRI; Spinal Compression Fracture; ECT

SAPHO综合征是一种累及皮肤、骨关节的罕见自身免疫性疾病,合并椎体骨折的病例更为稀少。笔者在临床工作中遇到1例,现报道如下。

临床资料:患者,女,69岁。因“腰背痛2年,加重伴活动受限3天”就诊。患者2年前无明显诱因间断出现腰背部疼痛,曾通过休息、理疗等得到缓解,直至2月前突然出现腰背部疼痛加重,并伴有明显活动受限,遂再次就诊。患者无明显皮疹、痤疮,右侧胸锁关节压痛,脊柱胸腰段T12、L1棘突压痛及叩击痛(+).四肢感觉、运动无异常,各关节无压痛。实验室检查:C反应蛋白、红细胞沉降率轻度升高,抗核抗体筛查显示:核颗粒型1:100,胞浆颗粒型1:100,HLA-B27、类风湿因子、血生化、

肝肾功能均正常。影像学检查:胸腰椎X线片可见T12、L1椎体稍变扁,腰椎竹节样改变(图1-2)。胸部三维CT提示胸骨角、右侧锁骨近端骨质密度增高,右侧第一前肋胸骨端稍膨大、骨质密度不均匀增高,左侧第一前肋骨质密度明显增高,SAPHO综合征?同时所及T12、L1压缩骨折(见图3-5)。MRI显示T12、L1、L2椎体压缩变扁,压脂序列T12、L1椎体内可见高信号影;腰骶椎及椎间盘在T1WI、T2WI上信号增高,提示T12、L1椎体压缩性骨折伴骨水肿;L2椎体陈旧压缩性骨折;腰骶椎及椎间盘异常改变,SAPHO综合征?腰段背侧软组织渗出(图6-8)。全身骨显像示右侧锁骨近心端、双侧第一前肋、胸骨、T12/L1椎体可见点状、团状显像剂摄取异常增高,骨代谢活跃,符合骨炎、骨肥厚表