

· 短篇 ·

左大腿骨外尤文氏肉瘤一例

北京大学深圳医院医学影像科 (广东 深圳 518036)

汪 兵 利玉林 黄 嵘 成官迅

【中图分类号】R738.6; R445.2

【文献标识码】D

DOI: 10.3969/j.issn.1009-3257.2017.06.027

1 一般资料

患者:男,35岁,约于5个月前发现左大腿处肿块,曾于2013年12月11日在我院血液内科就诊,行B超检查显示“左腹股沟处19×5mm淋巴结”,当时予以口服阿奇霉素抗感染治疗,后患者左大腿肿块逐渐增大,于2014年3月14日于我院骨科就诊,行系列检查后,门诊以“左大腿肿瘤”收入院。患者自发病以来精神可,神志清,饮食睡眠正常,大小便正常,体重无明显减轻。

左股骨X线平片:左股骨大转子旁软组织见斑片状高密度影。

左大腿MRI平扫+增强+下肢MRA:左侧大腿上段股中间肌区见一类椭圆形巨大异常软组织信号影,大小约14.1×11.9×9.7cm(上下径×左右径×前后径),其内信号不均,大部分呈长T1长T2信号,部分呈条带状、斑片状长T1短T2信号,边界清,周围肌肉受压移位,其下方肌肉见片状长T1长T2水肿信号影,边界模糊不清。左侧大腿腹侧皮肤及皮下软组织受累,信号欠均,局部皮肤破溃可能。增强扫描病灶显著不均匀强化,其内可见散在斑片状无强化区。压脂相示左侧股骨颈可见小片状稍高信号影,局部骨皮质连续性中断。下肢MRA示:左大腿病灶可见多条供血动脉滋养,其中上缘较粗大供血动脉发自股总动脉(股深、股浅分叉处),下缘见多条较纤细迂曲供血动脉,多发自股浅动脉,左侧股深、股浅均受压向内侧移位。

2014年4月3日行左大腿包块活检术,病理示:肿瘤细胞呈巢状片状排列,浸润性生长,细胞小而圆,核染色质细腻;肿瘤细胞免疫组化示:CD99(+);FLI(+);HMB45(-);MelanA(-);S-100散在少量(+);CgA(-);Syn(-);CK(-);MyoG(-);Desm(-)。

病理诊断:“左大腿股四头肌肉内”小圆细胞恶性肿瘤,结合HE及免疫组化,符合尤文氏肉瘤。

2 讨 论

骨外尤文氏肉瘤(EES)是指发生在骨组织外的尤文氏肉瘤,由Tefft等^[1]在1969年第一次报道。骨外尤文氏肉瘤是一种比较罕见的软组织恶性小圆细胞性肿瘤,多发生在腹膜后、股骨干、脊柱旁等部位^[2-3]。临床上早期症状不典型,后期常表现为软组织肿块伴疼痛。肿瘤位于软组织深部,X射线检查价值有限,多进行CT和MRI检查。本组病例表现为左大腿股骨旁软组织内肿块,未发现葱皮状放射学改变。骨外尤文氏肉瘤恶性度高,可以较早转移到肺和骨骼^[4]。

骨外尤文氏肉瘤影像学表现常无特异性。在CT检查上EES表现为低密度软组织肿块影,密度欠均匀;在MRI上,EES表现为等/稍长T1长T2异常信号影,出血、坏死、囊变常见,增强扫描可见不均匀强化。部分病例可以发现邻近骨膜增生、骨皮质增厚或骨质侵蚀破坏^[5],影像上需要与其它小圆细胞恶性肿瘤鉴别,如骨尤文氏肉瘤、横纹肌肉瘤等。

骨尤文氏肉瘤起源于骨髓的间充质结缔组织,病变由骨髓向周围组织浸润扩散,常侵入骨膜形成“葱皮状”骨膜反应或放射状针骨,影像学表现为骨髓腔边界不清的斑点状骨质破坏、骨皮质花边状缺损和葱皮状骨膜反应;CT和MR检查能够较清楚显示病变及周围侵犯情况,增强扫描呈中等不均匀强化;骨尤文氏肉瘤对放射线非常敏感,肿瘤经照射后症状明显好转^[6]。横纹肌肉瘤发生部位与肌肉相关,CT和MR检查显示肿瘤与邻近肌肉分界不清,增强扫描时肿瘤明显

作者简介:汪 兵,男,主治医师,医学影像学专业,主要研究方向:心胸影像
通讯作者:成官迅

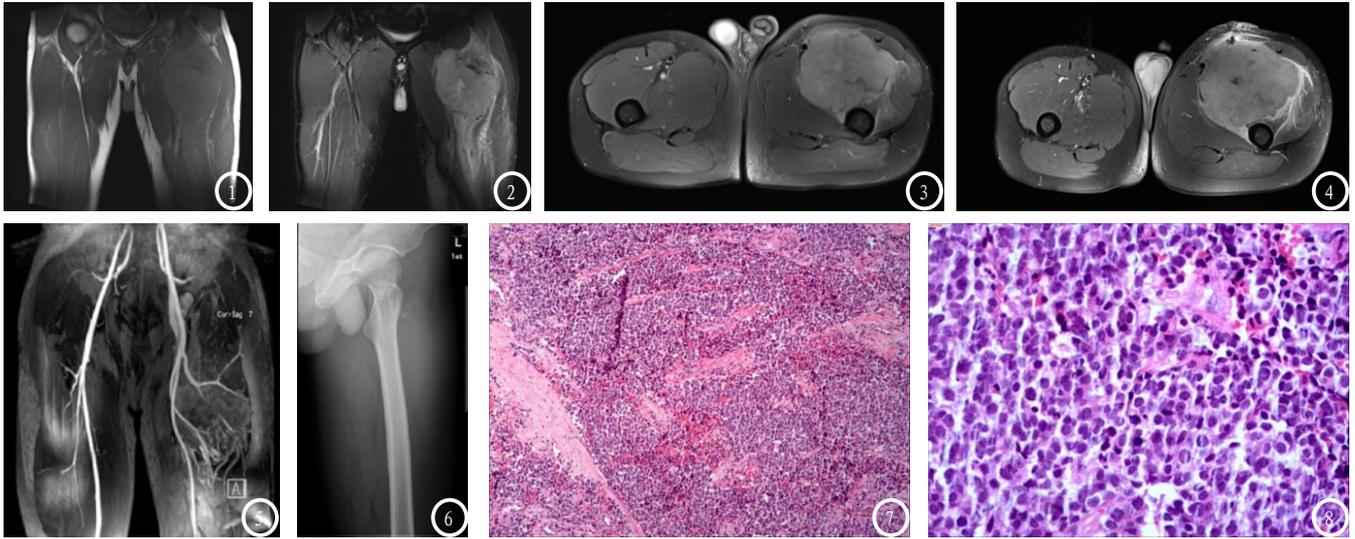


图1-5 左大腿MRI平扫+增强+下肢MRA: 左侧大腿上段股中间肌区见一类椭圆形巨大异常软组织信号影, 其内信号不均, 大部分呈长T1长T2信号, 部分呈条带状、斑片状长T1短T2信号, 边界清, 周围肌肉受压移位, 其下方肌肉见片状长T1长T2水肿信号影, 边界模糊不清, 增强扫描病灶显著不均匀强化, 其内可见散在斑片状无强化区。图6 平片: 左股骨大转子旁软组织见斑片状高密度影; 图7-8 病理检查: 肿瘤细胞呈巢状片状排列, 浸润性生长, 细胞小而圆, 核染色质细腻。

强化, 肿瘤较大时比较容易出现坏死。

骨外尤文氏肉瘤的影像学表现缺乏特征性, 早期诊断困难, 确诊依赖于病理学和免疫组化检查。

参考文献

- [1] Tefft M, Vawter GF, Mitus A. Paravertebral: "Round cell" tumors in children [J]. *Radiology*, 1969, 92(7):1501-1509.
- [2] Geens L, Robays J, Geert V, et al. An Unusual Location of Extraosseous Ewing's Sarcoma [J]. *Case Reports in Oncology*, 2013, 2(6):293-302.

- [3] Kartal A, Akat A. Primary intradural extraosseous Ewing's sarcoma in a young child [J]. *Child's Nervous System*, 2016, 32(32):409-410.
- [4] Applebaum M A, Goldsby R, Neuhaus J, et al. Clinical features and outcomes in patients with Ewing sarcoma and regional lymph node involvement [J]. *Pediatr Blood Cancer*, 2012, 59(4): 617-620.
- [5] Javery O, Krajewski K, O'regan K, et al. A to Z of Extraskelatal Ewing sarcoma family of tumors in adults: imaging features of primary disease, metastatic patterns, and treatment responses [J]. *Am J Roentgenology*, 2011, 197(6): 1015-1022.
- [6] 古凌静, 曾辉. 骨盆尤文氏肉瘤/外周型原始神经外胚层肿瘤影像征象与临床病理对照分析 [J]. *罕少疾病杂志*, 2016, 23(1):50-52.

【收稿日期】2017-08-24

(上接第 66 页)

原因可能是该类抗菌药物在儿童上应用有所限制, 针对难以治愈的感染, 临床可按药敏结果, 合理使用抗菌药物^[3]。大肠埃希菌为导致PICU患儿感染的第二大G⁻, 占比10.71%, 但其对头孢哌酮、头孢替坦、亚胺培南、阿米卡星、庆大霉素等多种药物有着较好敏感性。

PICU泌尿道感染病原菌以尿肠球菌为主, 感染率为67.63%, 与既往报道^[4]的PICU患儿病原菌主要为G⁻不同, 考虑可能是不同医院PICU所使用的抗生素种类存在差异造成的^[5]。尿肠球菌对数种药物耐药率在80%以上, 并出现对万古霉素耐药菌株, 可能是因万古霉素滥用引起的。

总之, PICU患儿感染发病率较高, 临床治疗时应

及早行病原菌鉴定以确定细菌种类, 并根据药敏试验结果选择合理有效抗生素, 以尽可能减少PICU患儿感染发生。

参考文献

- [1] 邱华红, 成玲, 陈惠瑜, 等. 儿童重症监护病房与普通病房病原菌分布及耐药现状探讨 [J]. *现代预防医学*, 2015, 42(17):3246-3249.
- [2] 中华人民共和国卫生部. 医院感染诊断标准(试行) [J]. *中华医学杂志*, 2001, 81(5):314-320.
- [3] 雷旻, 周高枫, 王红梅, 等. 某儿童医院感染病房病原菌分布及耐药性分析 [J]. *国际检验医学杂志*, 2016, 37(19):2702-2704.
- [4] 蒋鸿超, 苏敏, 黄海林, 等. 1386例小儿中段尿培养病原菌分布及耐药性分析 [J]. *检验医学与临床*, 2013, 10(4):415-416.
- [5] 陈洋, 蔡小芳, 张隆, 等. PICU危重患儿呼吸道感染调查分析 [J]. *中华医院感染学杂志*, 2016, 26(13):3101-3103.

【收稿日期】2017-06-21