segments and pulmonary sequestrations[J]. J Thorac Cardiovasc Surg, 2004, 127(3): 898-899.
[4] Gustafson R A, Murray G F, Warden H E, *et al*. Intralobar sequestration. A missed diagnosis[J]. Ann Thorac Surg, 1989, 47(6):841-847.
[5] Kang M, Khandelwal N, Ojili V, *et al*. Multidetector CT angiography in pulmonary sequestration[J]. J Canput Assist Tomogr, 2006, 30(6): 926-932.
[6] Lee E Y, Siegel M J, Sierra L M, *et al*. Evaluation of angioarchitecture of pulmonary sequestration in pediatric patients using 3D MDCT angiography[J]. AJR Am J Roentgenol, 2004, 183(1):183-188.
[7] Chen C P, Liu Y P, Lin S P, *et al*. Prenatal magnetic resonance imaging demonstration of the systemic feeding artery of a pulmonary sequestration associated with in utero regression[J]. Prenat Diagn, 2005, 25(8):721-723.
[8] 聂永康,赵绍宏,蔡祖龙,等. 螺旋CT三维重建在肺隔离症诊断中的应用[J]. 中华放射医学杂志,2003,37(11):997-1000.
[9] Okamoto T, Masuya D, Nakashima T, *et al*. Successful treatment for lung cancer associated with pulmonary sequestration[J]. Ann Thorac Surg, 2005, 80(6):2344-2346.
[10] 李树本,何建行,杨运有,等. 叶内型肺隔离症的诊断与外科治疗[J]. 中华胸心血管外科杂志,2006,22(4):271-272.
[11] Kestenholz P B, Schneiter D, Hillinger S, *et al*. Thoracoscopic treatment of pulmonary sequestration[J]. Eur J Cardiothorac Surg, 2006, 29(5): 815-818.

(编辑 张 维)

个案与短篇

文章编号:1000-5404(2009)15-1504-01

胸膜恶性纤维组织细胞瘤1例

唐志明[1],肖智博[2],吕发金[2] ([1]贵州省遵义市人民医院放射科,贵州 遵义 550002;[2]重庆医科大学第一附属医院放射科,重庆 400016)

患者,男性,68岁,反复咳嗽、咳痰,心累气促1个月,发现胸水1 d入院。查体:右肺叩诊浊音,呼吸音低,左肺可闻及哮鸣音及肺底湿啰音,双下肢中度水肿。胸部平片提示右侧胸腔积液(图1A)。胸部CT示右侧胸壁、纵隔内见多个大小不等类圆形结节及肿块,右侧大量胸腔积液伴大部分压缩性肺不张,考虑为胸膜间皮瘤或转移肿瘤可能(图1B)。入院后行抽胸水检查,未找到癌细胞,见少许淋巴细胞;纤维电子胸腔镜检查,见胸壁上多个大小不等圆形结节,质地中等,触之不易出血,于刷检和抽吸涂片检查结果找到癌细胞(考虑可能为腺癌)。免疫组化示:Vimentin(++)、CD68(++)、Actin散在个别(+)、EMA(±)、CK(-)、S-100(-)MC(-),(胸壁)梭形细胞癌,考虑为恶性纤维组织细胞瘤。遂行全身化疗和局部化疗治疗。



A: X线胸片; B: CT胸部扫描

图1 胸膜恶性纤维组织细胞瘤的影像学表现

讨论

恶性纤维组织细胞瘤(malignant fibrous histocytoma, MFH)占全部软组织肉瘤的18%[1],发生在胸膜者罕见。由于对此病认识不足,常造成临床的误诊及误治,此病多见于男性,男女比例为2:1,好发年龄60~70岁。好发部位为肢体、腹膜后、腹腔内、躯干部及头颈部,发生于肺和胸壁的罕见。多数作者认为MFH来源于是一种主要由成纤维细胞、组织细胞组成,排列成席纹状结构和多形图像的恶性程度很高的肿瘤,也可称为恶性纤维黄色瘤。

由于MFH组织学形态多样,胸部X线片、CT及核磁共振表现不具备特异性。本病例的CT表现与Tateishi等[2]报道的一致:认为MFH表现不具有特异性,增强呈不均匀强化;CT可以用来显示肿瘤位置、范围及监测肿瘤的发展。由于MFH的恶性程度高,病程进展快,预后差;治疗的关键在于早期发现、早治疗,而获得理想效果则取决于首次治疗的正确性和彻底性[3]。

本病临床罕见,症状及影像学检查无特异性,均增加了该病的诊断难度。由于这类疾病发病率低,为少见病,所以极易误诊,医师更应给予足够的重视,早期作出正确的诊断,进行准确、有效的治疗,以降低病死率。

关键词: 恶性纤维组织细胞瘤;CT
中图法分类号: R730.262 **文献标识码**: B

参考文献:

[1] Boring C C, Squires T S, Tong T, *et al*. Cancer statistics, 1993[J]. CA Cancer J Clin, 1993, 43(1):7-26.
[2] Tateishi U, Kusumoto M, Hasegawa T, *et al*. Primary malignant fibrous histiocytoma of the chest wall: CT and MR appearance[J]. J Comput Assist Tomogr, 2002, 26(4): 558-563.
[3] 汤钊猷. 现代肿瘤学[M]. 上海:上海医科大学出版社, 1993: 1028-1047.

(编辑 王小寒)

作者简介:唐志明,男,贵州省遵义市人,医师,主要从事胸部影像方面的研究。E-mail:491175362@qq.com

收稿日期:2008-11-02;**修回日期**:2008-12-11