ease: from promise to progress[J]. Nat Rev Genet, 2006, 7(3): 163-173.
[2] Ozaki K, Ohnishi Y, Iida A, *et al*. Functional SNPs in the lymphotoxin-alpha gene that are associated with susceptibility to myocardial infarction[J]. Nat Genet, 2002, 32(4): 650-654.
[3] Tobin M D, Braund P S, Burton P R, *et al*. Genotypes and haplotypes predisposing to myocardial infarction: a multilocus case-control study[J]. Eur Heart J, 2004, 25(6): 459-467.
[4] Yamada A, Ichihara S, Murase Y, *et al*. Lack of association of polymorphisms of the lymphotoxin alpha gene with myocardial infarction in Japanese[J]. J Mol Med, 2004, 82(7): 477-483.
[5] Iwanaga Y, Ono K, Takagi S, *et al*. Association analysis between polymorphisms of the lymphotoxin-alpha gene and myocardial infarction in a Japanese population[J]. Atherosclerosis, 2004, 172(1): 197-198.
[6] Clarke R, Xu P, Bennett D, *et al*. Lymphotoxin-alpha gene and risk of myocardial infarction in 6, 928 cases and 2, 712 controls in the ISIS case-control study[J]. PLoS Genet, 2006, 2(7): e107.
[7] Koch W, Hoppmann P, Michou E, *et al*. Association of variants in the BAT1-NFKBIL1-LTA genomic region with protection against myocardial infarction in Europeans[J]. Hum Mol Genet, 2007, 16(15): 1821-1827.
[8] Sedlacek K, Neureuther K, Mueller J C, *et al*. Lymphotoxin-alpha and galectin-2 SNPs are not associated with myocardial infarction in two different German populations[J]. J Mol Med, 2007, 85(9): 997-1004.
[9] Ryan A W, O'Brien E, Shields D, *et al*. Lack of association between NFKBIL1/LTA polymorphisms and hypertension, myocardial infarct, unstable angina and stable angina in a large Irish population sample[J]. Atherosclerosis, 2008, 197(1): 465-466.
[10] Kimura A, Takahashi M, Choi B Y, *et al*. Lack of association between LTA and LGALS2 polymorphisms and myocardial infarction in Japanese and Korean populations[J]. Tissue Antigens, 2007, 69(3): 265-269.
[11] Bis J C, Heckbert S R, Smith N L, *et al*. Variation in inflammation-related genes and risk of incident nonfatal myocardial infarction or ischemic stroke[J]. Atherosclerosis, 2008, 198(1): 166-173.
[12] Koch W, Hoppmann P, Michou E, *et al*. TaqMan assays for genotyping of single nucleotide polymorphisms present at a disease susceptibility locus on chromosome 6[J]. Clin Chem Lab Med, 2005, 43(2): 167-172.
[13] WHO. Nomenclature and criteria for diagnosis of ischemic heart disease. Report of the Joint International Society and Federation of Cardiology/World Health Organization task force on standardization of clinical nomenclature[J]. Circulation, 1979, 59(3): 607-609.

(编辑 汪勤俭)

个案与短篇

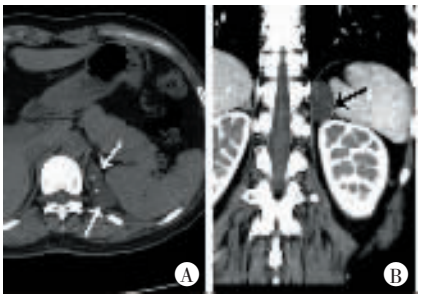
文章编号:1000-5404(2009)20-2026-01

肾上腺原发海绵状淋巴管瘤CT表现1例

石丹凤,王 毅,张伟国,熊坤林 (第三军医大学大坪医院野战外科研究所放射科,重庆 400042)

1 临床资料

患者,女性,33岁。体检偶然发现左肾上腺包块5 d,于2008年2月25日入院。查体无阳性体征。平素体质良好,腰部无明显疼痛,血压正常,无其他不适。实验室检查:香草苦杏仁酸(VMA)(53.6 μmol/24h)升高,胸部平片未见异常。彩超提示左侧肾上腺区低回声病灶,性质待定。CT表现:左侧肾上腺体部及内支见一葫芦状肿块,大小约4.7 cm×1.6 cm×1.2 cm,CT值约20 HU左右,境界清楚,边缘光整,其内有一分隔,内部可见多发点状及短条状钙化影。增强扫描囊内容物无强化,边缘及分隔可见轻度线样强化(图1)。术中所见:全麻下行后腹腔镜下左侧肾上腺肿瘤切除术,术中见左侧肾上腺内侧有一5.0 cm×1.0 cm×1.0 cm大小囊肿组织,呈灰黄色,内有透明囊液。病理所见:灰黄色组织一块,大小约5.0 cm×1.0 cm×0.5 cm,其内见数个绿豆大小囊泡,内为清凉液体。病理诊断结果为左肾上腺海绵状淋巴管瘤,伴灶性钙化(图2)。患者术后恢复良好,半年后复查CT未见肿瘤复发。



A:平扫显示左侧肾上腺葫芦状囊性肿块,白箭:点状钙化
B:增强扫描,囊内容物无强化,囊壁及分隔呈轻度线样强化(黑箭)

图1 患者左侧肾上腺原发海绵状淋巴管瘤CT表现



肿物由增生的淋巴管构成,管壁被覆扁平内皮细胞,管腔内含有粉染的淋巴液及少量淋巴细胞

图2 患者左侧肾上腺原发海绵状淋巴管瘤病理学观察 (HE×100)

作者简介:石丹凤,女,四川省南充市人,医师,主要从事腹部影像学方面的研究。E-mail:crazy_stone.2008@yahoo.com.cn
通信作者:王 毅,电话:(023)68757622,E-mail:ywhxl@yahoo.com.cn
收稿日期:2008-03-01;**修回日期**:2009-03-29

(下转2030页)

3.2 64层螺旋CTA研究甲癌供血动脉在相关治疗中的临床价值

方向明[1]认为甲癌介入治疗后Ⅱ期手术治疗是一种新的甲癌治疗方式,可减小手术切除范围,减少粘连,从而减少术后并发症,达到增加手术成功率,提高患者生存率的目的,且通过观察,认为此方法安全、能减少患者的痛苦与创伤,提高治愈率。64层螺旋CTA的无创性、快捷性和可重复性等优势可完美地从各个角度展示血管的活体空间解剖、病变及其毗邻特征。本组甲状腺乳头状癌均伴颈部淋巴结转移,其中20例转移淋巴结强化明显,融合呈团,部分合并囊性变及沙粒样钙化,64层螺旋CTA在显示肿瘤供血动脉的同时亦能清晰显示上述血供丰富的转移淋巴结供血动脉。本研究发现1例甲状腺左侧叶乳头状癌伴双侧颈部淋巴结转移病例,右侧甲状腺下动脉主干内径(3.6 mm)与左侧甲状腺上、下动脉内径(3.5、3.8 mm)接近,且走行进入邻近强化明显的淋巴结中,据我们分析,这可能与肿瘤对侧甲状腺下动脉参与邻近转移淋巴结供血有关。Ishigaki等[6]报道,MPR对于检测甲状腺囊外转移可较超声准确性更高。利用64层螺旋CTA并结合原始轴位图像不仅可明确肿瘤部位,清晰显示供血动脉特征及其与肿瘤或转移淋巴结的关系,在对病变毗邻,如颈内动静脉及邻近肌群受侵等肿瘤向周围组织侵犯方面的显示有明显优势[7],从而更好地指导外科及经血管介入术的顺利进行。

目前甲癌治疗以外科手术为主,本研究利用64层螺旋CT活体、无创、快速、清晰地显示甲癌供血动脉的三维影像学特征及向周围组织侵犯情况,提供肿瘤供血动脉的详细数据,以指导外科术前方案的确立及治疗;虽然甲癌的相关介入治疗如今尚未广泛应用于临床,但本研究将对以甲癌血供为理论基础的介入发展提供帮助。

参考文献:

[1] 方向明. 甲状腺癌介入治疗后Ⅱ期手术切除可行性探讨[J]. 中华医学实践杂志, 2003, 2(11): 1005-1006.

[2] 辜 斌, 周 欣, 左慧英, 等. 甲状腺功能亢进的介入栓塞治疗[J]. 江西医学院学报, 2005, 45(6): 183-184.

[3] 张 明, 林淑芝, 沈伟霞, 等. 彩色多普勒超声诊断甲状腺癌的临床价值[J]. 中华中西医学杂志, 2008, 6(2): 55-56.

[4] 展小军. 彩色多普勒超声血流显像在甲状腺疾病诊断中的应用[J]. 中国医学研究与临床, 2004, 2(23-24): 16-18.

[5] 张亿倬. 三维彩色血管能量成像对判断甲状腺结节性病变良恶性的意义[J]. 生物磁学, 2005, 5(1): 7-9.

[6] Ishigaki S, Shimamoto K, Satake H, *et al*. Multi-slice CT of thyroid nodules: comparison with ultrasonography[J]. Radiat Med, 2004, 22(5): 346-353.

[7] 杨腾飞, 王家东. 影像学检查在甲状腺癌诊断中的临床意义[J]. 国外医学: 肿瘤学分册, 2005, 32(12): 921-923.

(编辑 王小寒)

(上接2026页)

2 讨论

淋巴管瘤(lymphangioma)是发生在淋巴系统较为少见的肿瘤,可发生于人体任何包含有淋巴管道的部位。其发生机制有如下四种假说[1]:残留或畸形的淋巴管组织在肾上腺继续生长发育形成;炎性反应后淋巴组织增生产生;部分淋巴管闭锁、扩张形成;外伤血肿所致。本病一般为查体或偶然检查所发现,不引起内分泌症状,极少数患者可有肿块压迫周围器官而产生症状。根据病变内所含淋巴管扩张程度不同可分为3型[2]:单纯型(毛细管型)淋巴管瘤,由细小淋巴管构成;囊性淋巴管瘤(水囊瘤),比较多见,由大的淋巴管腔隙构成,伴有胶原和平滑肌;海绵状淋巴管瘤,由较大的淋巴管构成。另外,不少学者描述了一种特殊类型的淋巴管瘤,由血管瘤与淋巴管瘤混合构成,称为血管淋巴管瘤(脉管型),多见于脾脏等腹腔脏器[3-5]。

肾上腺很少发生淋巴管瘤,而海绵状淋巴管瘤则更是罕见,它由多发迂曲扩张的较大淋巴管形成,聚集而成蜂窝状结构,病灶囊腔较囊性淋巴管瘤小,边缘不规则,与临近组织分界欠清。总结此例肾上腺海绵状淋巴管瘤的CT特点,主要表现为肾上腺区葫芦状水样低密度均质囊性肿块,囊壁较薄,有纤维分隔,合并有点状或短条状钙化,增强后瘤内容物无强化,囊壁及分隔有轻度线样强化。尽管CT表现有一定特征性,但与其他类型淋巴管瘤难以区分,与肾上腺的其他囊性病变(如假性囊肿、上皮囊肿及寄生虫囊肿等)也不易鉴别。尽管MRI在一定程度上能显示肿物的内部结构及病理变化,但对肾上腺囊性病变的鉴别仍没有更多优势,肾上腺海绵状淋巴管瘤的确诊需靠病理学检查。

关键词: 肾上腺肿瘤;淋巴管瘤;计算机体层摄影术
中图法分类号: R730.44 **文献标识码**: B

参考文献:

[1] Lal T G, Kaulback K R, Bombonati A, *et al*. Surgical management of adrenal cysts[J]. Am Surg, 2003, 69(9): 812-814.

[2] 孙清荣, 罗 勇, 戚跃勇, 等. 颈部淋巴管瘤的CT诊断价值[J]. 第三军医大学学报, 2006, 28(1): 27-28.

[3] Balderramo D C, Di-Tada C, de-Ditter A B, *et al*. Hemolymphangioma of the pancreas: case report and review of the literature[J]. Pancreas, 2003, 27(2): 197-199.

[4] 焦学龙, 郑毅雄, 林汉庭, 等. 脾血管淋巴管瘤7例并文献复习[J]. 实用肿瘤杂志, 2008, 23(2): 172-174.

[5] 陈苏平. 高强度聚焦超声治疗肾上腺肿瘤的安全性和有效性[J]. 实用临床医药杂志, 2008, 12(5): 127-128.

(编辑 汪勤俭)