



• 妇幼保健 •

探讨腹部异位嗜铬细胞瘤的 CT、MR 影像特征

李晓年

(醴陵市妇幼保健院 湖南株洲 412200)

【摘要】目的：探讨腹部异位嗜铬细胞瘤的 CT、MR 影像特征。方法：选取我院 23 例腹部异位嗜铬细胞瘤患者实施 CT 扫描和 MR 扫描。结果：腹部异位嗜铬细胞瘤患者的病灶发生位置、病灶大小以及病灶的形态相比较，差异明显 ($P < 0.05$)。23 例患者并没有出现血行转移的情况，对椎骨和周边组织产生侵犯的恶性病灶有 2 个，腹膜后有肿大的淋巴结患者 7 例，肿瘤组织对周边组织产生挤压同时导致周边组织出现移位的患者有 14 例，这 14 例患者无包埋大血管症状。结论：腹部异位嗜铬细胞瘤实施 CT、MR 影像诊断有着较高的临床价值，为避免误诊和漏诊的情况，可根据疾病的临床特征，对病灶进行定位和定性，从而做出正确的诊断，提高诊断准确率，为医师提供依据，改善预后。

【关键词】CT；腹部异位嗜铬细胞瘤；MR；影像特征

中图分类号：R256.12

文献标识码：A

文章编号：1009-5187 (2018) 15-146-02

腹部异位嗜铬细胞瘤在临床中发病率不高，一般腹膜后中线旁沿交感神经链部位周边是腹部异位嗜铬细胞瘤主要发病区域，由于发生率不高，极易出现误诊和漏诊的情况。及时对腹部异位嗜铬细胞瘤做出诊断，利于医师开展针对性治疗，提高预后效果，延长患者生命。随着我国影像学技术的发展和进步，CT 和 MR 影响在临床中应用率越来越高，而且诊断准确率得到医师的认可[1]。所以，本文就针对腹部异位嗜铬细胞瘤患者实施 CT、MR 影像诊断，观察其影像学特征，现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取我院 2015 年 10 月至 2017 年 11 月共 23 例腹部异位嗜铬细胞瘤。其中男性患者 13 例，女性患者 10 例，年龄 21 至 74 岁，平均年龄 (56.77 ± 1.45) 岁。

1.2 纳入标准和剔除标准

纳入标准：①确诊为腹部异位嗜铬细胞瘤；②患者自愿参加此次研究；③患者出现不同程度机体瘦弱、高血压、内分泌功能紊乱以及腹部有包块等临床症状。

剔除标准：①认知功能障碍；②精神系统疾病；③中途退出者；④语言障碍；⑤合并其他肿瘤。

1.3 方法

对 23 例腹部异位嗜铬细胞瘤患者实施 CT 扫描，设定 CT 扫描相关参数后对患者腹部进行扫描，若需要增强扫描，可以 100ml 为标准，通过碘海醇团注法实施操作。

MR 扫描共有 21 例，选择美国 GE 公司生产的 0.2T 开放式，应用 T1W1 与 T2W1 对腹部线圈 se 实施扫描，若需要增强扫描，可应用磁基葡胺 10-12ml。

1.4 观察指标

对腹部异位嗜铬细胞瘤患者的具体病灶部位、病灶大小、病灶形态情况进行记录，观察腹部异位嗜铬细胞瘤影像变化和病灶增强扫描时情况与病灶是否有转移和侵犯情况发生。

1.5 统计学方法

采用 SPSS 13.0 统计软件进行数据分析，计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示，组间比较采用 t 检验计数资料以率表示，采用 X² 检验。P < 0.05 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 分析腹部异位嗜铬细胞瘤的影像学检查结果

腹部异位嗜铬细胞瘤患者的病灶发生位置、病灶大小以及病灶的形态相比较，差异明显有统计学意义 ($P < 0.05$)。其中病灶直径低于 3cm 均为良性，直径超过 5m 良性 9 例，恶性 3 例，直径超过 10cm 均为恶性。见表 1

表 1 分析腹部异位嗜铬细胞瘤的影像学检查结果 (n, %)

条件	例数	比例
----	----	----

腹部异位嗜铬细胞瘤

病灶位置

腹膜后主动脉旁出现	20	86.96
-----------	----	-------

异位

盆腔内	2	8.70
-----	---	------

肾前区	1	4.34
-----	---	------

腹部异位嗜铬细胞瘤

病灶大小

直径低于 3cm	9	39.13
----------	---	-------

直径超过 5cm	12	52.17
----------	----	-------

直径超过 10cm	2	8.70
-----------	---	------

腹部异位嗜铬细胞瘤

病灶形态

包膜或壁完整	6	69.57
--------	---	-------

包膜或壁部分存在	4	17.39
----------	---	-------

包膜或壁部分不存在	8	34.78
-----------	---	-------

病灶边缘为分叶状而且无规则	18	78.26
---------------	----	-------

病灶边缘光滑	5	21.74
--------	---	-------

2.2 腹部异位嗜铬细胞瘤患者病灶影像变化

CT：低密度为 17 例，高密度为 6 例，其中有 18 例密度均为，可确诊为良性，有 4 例密度不均匀确诊为恶性，有 1 例患者出现斑点状钙化情况。

MR：患者的 T1 长 T2 信号均出现变化，而且 T1W1 信号强度和肝实质相接近，内部信号波动状态均匀，同 CT 内部信号的均匀性相似。

2.3 腹部异位嗜铬细胞瘤病灶增强情况

23 例腹部异位嗜铬细胞瘤患者病灶增强明显，边缘病灶有增强的状态，内部同样有增强情况，整个外形为环状，内部多房性特征有 18 例，出现不同程度规则或者不规则病灶强化，性质为恶性或者间变性为 5 例。

2.4 腹部异位嗜铬细胞瘤病灶转移和侵犯情况

23 例患者并没有出现血行转移的情况，对椎骨和周边组织产生侵犯的恶性病灶有 2 个，腹膜后有肿大的淋巴结患者 7 例，肿瘤组织对周边组织产生挤压同时导致周边组织出现移位的患者有 14 例，这 14 例患者无包埋大血管症状。

3 讨论

腹部异位嗜铬细胞瘤发生率不高，在临床中也称之为肾上腺副神经节瘤[2]，此疾病主要发生部位就是肾上腺。腹部异位嗜铬细胞瘤疾病极易出现漏诊和误诊的情况，从而得到医学研究者的重视。我国 CT 和 MR 以及 B 超技术持续性完善，不仅诊断准确率较高，而且操作

(下转第 148 页)



• 妇幼保健 •

通,最大限度的动员仍然保留的那部分神经肌肉组织的潜力,促其重新发挥正常功能,同时通过部分有功能的神经纤维向上传导致中枢神经系统,在病灶周围网状的突触联系中形成新的传导通路,以获得正确地运动输出,利用正常发育程序和各种反射活动[12],反复刺激兴奋大脑的高级运动中枢,能帮助恢复和重建正常的反射弧,促进新的中枢的传导通路,由于中枢神经系统具有很强的可塑性,持续刺激可使中枢突触增强或重建,实现中枢系统的重新组合;再通过康复训练包括运动、作业及言语疗法,运动训练目的是运用特定的训练手法和技巧,使得患儿在短的时间内习惯新的正确的运动和姿势,通过连续的训练以使受损的脑部中枢修复或生长形成新的神经通路,重新建立一条完整的反射弧,进而建立起一套正常的行为运动模式,作业治疗针对功能障碍,按指定要求训练,以改善精细协调动作,言语治疗改善构音运动、语言表达等方面的水平。

本研究表明,住院综合康复治疗对全面性发育迟缓患儿及时有效的进行康复训练、康复理疗及神经营养脑细胞治疗,进行早期干预及观察疗效,一定程度上可提高患儿生活能力及促进发育,减轻家庭及社会负担,更可与临床推广应用,更好的规范相关临床治疗,探索住院综合康复治疗治疗全面性发育迟缓的临床新路径。

【参考文献】

- 1.Moeschler JB. Medical genetics diagnostic evaluation of the child with global developmental delay or intellectual disability[J]. Curr Opin Neurol, 2008, 21: 117—122
- 2.Shevell M, Ashwal S, Donley D, et al. Practice Parameter: Evaluation of the child with global developmental delay[J]. Neurology, 2003, 2: 367—380
- 3.Stien MT. Unraveling the causes of global developmental delay[J]. Arch Dis Child, 2007, 92: 181—182
- 4.Srouf M, Mazer B, Shevell MI. Analysis of clinical features

(上接第 146 页)

便捷,有助于为医师提供诊断依据,从而开展针对性治疗,改善患者预后[3]。

B 超的优势就是医疗费用低,可对病灶快速对病灶定位,但是检测影像结果笼统,只可起到辅助作用。CT 扫描横断面影像,可对病变大小、具体位置以及形态有所了解,在临床中,对腹部异位嗜铬细胞瘤定位时是首选诊断方法。当 T2 加权像肾上腺肿瘤中,嗜铬细胞瘤信号表现为升高[4]。CT 和 MR 对腹部异位嗜铬细胞瘤的诊断敏感性较高,但是 MR 可以多方位扫描,为医师提供更多的参数,并且对软组织的诊断分辨率非常高。MR 影像中,腹部异位嗜铬细胞瘤表现多为圆形, T1W1 信号和肝实质接近, T2W1 信号虽然高但是不孕检,一般情况下会高于肾实质信号,但是信号强度更接近脑脊液信号。有相关研究称:腹部异位嗜铬细胞瘤虽然明显但是不完全绝对的表现就是 T2W1 信号升高[5]。

腹部异位嗜铬细胞瘤变性的机率高,若出现变性表现为:出血、坏死以及肿瘤内瘤等。若包膜边界清晰、光滑而且完全多为良性,若包膜边界不清晰、有侵犯周边组织情况而且不完整多为恶性。

为降低临床误诊和漏诊的情况,腹部异位嗜铬细胞瘤和脂肪肉瘤鉴别可观根据特征性的脂肪密度和信号。而对腹部异位嗜铬细胞瘤和神经源性肿瘤鉴别可通过病变位置和病变形状。神经源性肿瘤病灶多发生在中线椎体,病灶多为圆形或者接近圆形,病灶若在椎间孔处,可能会发展为典型哑铃状,若出现增强情况,后实性部分强化非常明

predicting etiologic yield in the assessment of global developmental delay[J]. Pediatrics, 2006, 118(1): 118—139

- 5.刘振寰,戴淑凤. 儿童运动发育迟缓康复训练图谱[M]. 北京:北京大学医学出版社, 2007: 1—5
- 6.郑蓉,池霞,洪琴,等. 智能发育迟缓儿早期干预效果的研究[J]. 中国妇幼保健, 2012, 27: 3604—3606
- 7.何缦,濮清岚,丁武君,等. 极低出生体重儿用氧与早产儿视网膜病分析[J]. 中国医师, 2012, 47(7): 84—86
- 8.吴胜兰,神经节苷脂与神经生长因子联用治疗小儿脑损伤临床观察 中国社区医师(医学专业) 2011,13(7).
- 9.吴谷盛. 神经节苷脂在神经组织中的功能和作用机理[J]. 细胞生物学杂志, 1986, 8(4):1145—149.
- 10.孙永安,赵合庆等. 长程经颅磁刺激对脑梗死大鼠脑源性神经营养因子表达及神经功能恢复的影响. 中国物理医学与康复杂志, 2005; 27(12): 712—716.
- 11.何建华. 低强度超声波治疗臂丛及周围神经损伤的疗效观察[J]. 中华物理医学与康复杂志, 2007, 29, (8): 573.
- 12.马利中. 肌电生物反馈疗法结合康复训练对痉挛性偏瘫患者脊髓运动神经元兴奋性的影响[J]. 中华物理医学与康复杂志, 2007, 29(8): 563.

个人简历

姓名:夏志鹏 性别:男 专业:针灸推拿专业 学历:硕士
 职称:主治医师 工作单位:深圳市罗湖妇幼保健院儿童神经康复科
 联系电话:18219247801 E-mail: xzpn@126.com

显。而平滑肌肉瘤多出现在上腹膜后,病灶中心会有坏死和囊性变情况,分布面积广,不规则,多周边组织有侵犯。若出现增强,会有不均匀的强化。

综上所述:腹部异位嗜铬细胞瘤实施 CT、MR 影像诊断有着较高的临床价值,为避免误诊和漏诊的情况,可根据疾病的临床特征,对病灶进行定位和定性,从而做出正确的诊断,提高诊断准确率,为医师提供依据,改善预后。

参考文献

- [1]陈勇军,王建,严红艳.胆囊癌腹部淋巴结转移的分布特征及 CT 和 MR 影像表现[J].医学影像学杂志,2016,26(10):1937—1939.
- [2]朱正,赵心明,戴景蕊,等.腹膜后异位嗜铬细胞瘤的 CT 和 MR 表现[J].中华肿瘤杂志,2015(3):181—185.
- [3]李彤,许健,蔡春祥,刘兴明.腹部异位嗜铬细胞瘤的影像诊断[J].中国医疗前沿,2013,8(16):86—87.
- [4]陈雁,欧阳汉,张洵.肾上腺嗜铬细胞瘤与病理学表现的相关性研究[J].中国医学影像技术,2007,23(2):241.
- [5]毛金忠,时敏,王瑞芝.肾上腺肿瘤的 CT 诊断与鉴别诊断(附 20 例报告)[J].实用放射学杂志,2005,21(6):659—660.