

同时较大囊肿的感染(5 cm)多需结合抽液治疗。该例患者病初肾盂肾炎诊断明确,考虑当时合并肾囊肿感染,因治疗不彻底,导致反复发热。最终依据囊液细菌培养结果选用敏感抗生素治疗4周,同时配合抽放感染囊液治疗,发热方根除。通过该病例,我们认识到对于ADPKD患者的下尿路感染应及时治疗,防止病菌进一步逆行感染,导致肾盂肾炎或囊肿感染。对发热、季肋部疼痛的ADPKD患者,当常规抗感染疗效差时,应警惕肾囊肿感染可能,完善CT、MRI等检查,以发现感染的囊肿,行囊肿穿刺术,抽放囊液并行囊液细菌培养及药敏试验,依据药敏试验结果选择脂溶性抗生素,疗程2周以上,疗程结束加强门诊随访。

## 参考文献

- 1 Watson ML, Torres VE. preface// Watson ML, VE. Polycystic kidney Disease[M]. Oxford: Oxford University Press, 1996: v-xii.
- 2 Rizk D, Chapman AB. Cystic and inherited kidney disease[J]. Am J Kidney Dis, 2003, 42(6): 1305-1317.
- 3 Sklar AH, Caruana RJ, Lammers JE, et al. Renal infection in autosomal dominant polycystic kidney disease[J]. Am J Kidney Dis, 1987, 10(2): 81-88.
- 4 梅长林, 叶朝阳. 肾囊肿疾病[M]. 上海: 第二军医大学出版社, 2002: 155.
- 5 Gibson P, Watson ML. Cyst infection in polycystic kidney disease: a clinical challenge[J]. Nephrol Dial Transplant, 1998, 13(10): 2455-2457.

[收稿日期 2015-11-11][本文编辑 蓝斯琪]

# 低场MRI诊断右侧颌面部巨大蔓状血管瘤一例

· 病例报告 ·

詹孔才, 邹艳, 周伟强

作者单位: 643020 四川, 自贡市第五人民医院放射科

作者简介: 詹孔才(1977-), 男, 大学本科, 医学学士, 主治医师, 研究方向: 磁共振影像诊断。E-mail: 502464997@qq.com

[关键词] 磁共振成像; 颌面部; 蔓状血管瘤

[中图分类号] R 445 [文章编号] 1674-3806(2016)03-0251-02

doi: 10.3969/j.issn.1674-3806.2016.03.22

## 1 病例介绍

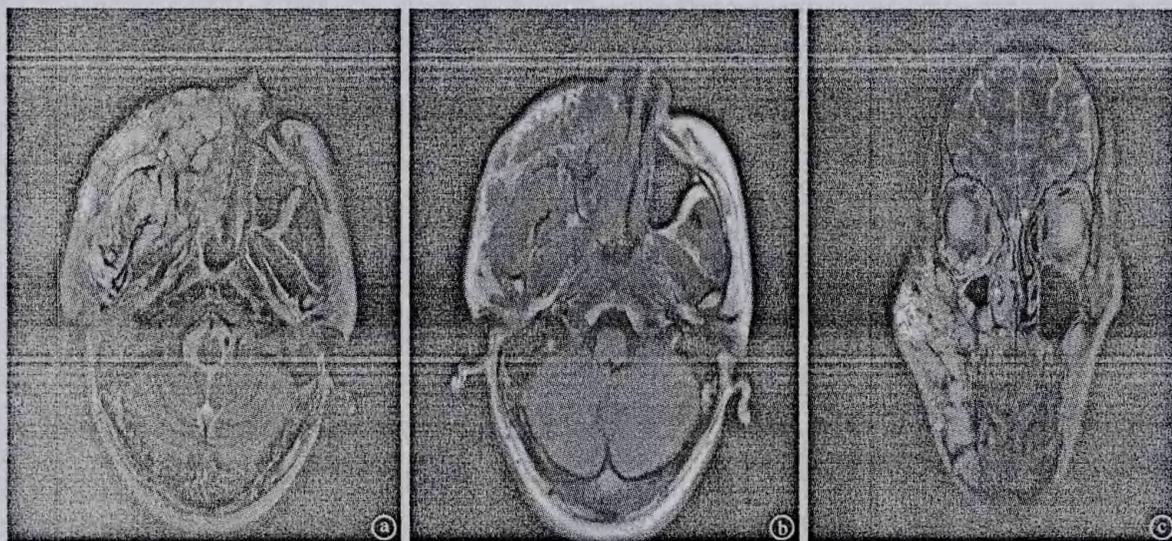
患者, 男, 27岁, 临床以右侧颌面部肿物、进行性生长的搏动性肿块为主诉入院。入院查体可见右侧颌面部至下颌角处见19 cm × 17 cm大小肿物, 边界不清楚, 未与表面皮肤粘连, 表面皮肤呈不规则突起, 皮肤呈暗红色, 部分皮肤呈紫色。鼻腔、口腔及咽部均可见瘤体, 触诊肿物质软呈囊性并有搏动和震颤, 听诊有吹风样杂音, 体位移动试验(+), 压缩试验(+). 磁共振成像(MRI)扫描方法及参数: 采用鑫高益0.5T永磁开放式型磁共振, 序列采用横断面T2WI、T1WI、FLAIR, 数字采集矩阵256 × 256, 扫描厚度8 mm, 层间隔1 mm, 视野24 cm × 24 cm。MRI示右侧颌面部隆起, 见不规则团块状异常信号, 大小约15.3 cm × 8.4 cm × 12.0 cm, T1WI呈等或稍高信号, T2WI及压脂呈高信号, 信号不均匀, 其内见多个点条状、蚓状血管流空影(图1(a), (b)), 病灶上

缘累及右侧颞肌、眼眶, 内侧累及颞下窝, 右侧上颌窦外后壁, 咽旁间隙, 并突入上颌窦窦腔、鼻腔, 致右侧上颌窦腔变小, 下界达下腭水平(图(c)), 扫描层面脑组织未见异常信号。本例经病理确诊并做介入治疗, 病灶范围明显缩小。

## 2 讨论

**2.1 发病机制** 软组织血管瘤主要由血管内皮细胞构成, 是介于错构性畸形与真性肿瘤间的良性血管疾病。病灶无包膜, 手术后且易复发。病理学上软组织血管瘤分为真性血管瘤和血管畸形两类, 蔓状血管瘤属血管畸形, 又称葡萄状血管瘤, 其特点是血供相当丰富、且颌面部容易发生。临床上患者局部皮肤常表现为暗红色, 压之退色或可压缩, 肿块时大时小。

**2.2 检查方法** 一般来说, 临床对血管瘤不做活组织检查, 亦不主张盲目穿刺及探查, 否则可引起大出血, 目前确诊蔓状血管瘤最可靠的方法是血管造影



①T2WI 右侧颌面部隆起,见不规则团块状等高信号,其内见多个点条状、蚓状血管流空影;②T1WI 病灶呈等信号,信号不均匀;③T2WI 冠状位对病灶累及范围清楚显示

图1 患者MRI图像

(DSA)检查,但 DSA 有创伤性。CT 检查对观察蔓状血管瘤中的钙化及静脉石评价较好,但对软组织显示不及磁共振敏感,有时不能确定肿瘤的边界。MRI 在显示病灶内部结构及周围软组织关系较好,不需要作增强扫描即可作出准确的诊断。蔓状血管瘤 MRI 平扫病变边界欠清,T1WI 多呈等信号、低信号或稍高信号;T2WI 信号呈等高信号混杂信号,部分可高于脂肪信号,增强扫描病变不均匀明显强化。肿瘤表现为局限性肿块时周围可见迂曲粗大的血管影或网格状血管影,表现为弥漫性病变时则累及周围肌肉、骨骼及其他器官,邻近皮下软组织不同程度增厚。通过影像与病理对照研究发现,肿瘤内有网状分布纤维组织,这可能是影像上形成网格状影的病理基础。周围迂曲粗大血管影则是因为血管瘤的供血动脉、引流静脉。蔓状血管瘤在 T2WI 上明显高信号,主要是增粗的血管瘤呈团块状、条状扩张的静脉血窦内血流较慢,血液停滞,并且自由水增加造成<sup>[1]</sup>。

**2.3 鉴别诊断** (1)神经鞘膜瘤:T1WI 和 T2WI 上有完整的包膜,分隔明显。T1WI 呈等信号或低信号,T2WI 呈稍高或明显不均匀高信号,肿瘤长轴沿神经干方向走行。(2)纤维瘤:T1WI 和 T2WI 都呈低信号,增强后病灶扫描未见明显强化。(3)脂肪瘤:是软组织内最常见的良性病变,常为圆形或类圆形,边界清楚,包膜光滑,T1WI、T2WI 都是高信号。STIR 序列与皮下脂肪信号降低一致。(4)脂肪肉瘤:T1WI 和 T2WI 都呈脂肪样高信号,但在压脂序列上信号不均匀,其内可见软组织成分混杂信号影,

主要因为脂肪肉瘤内有多种组织构成,有的呈黏液样,有的含脂质成分或纤维成分,并且肿瘤内常有出血、坏死等多种恶性表现<sup>[2]</sup>。(5)海绵状血管瘤:是由大小不一、相互吻合的血管囊组成,囊壁菲薄并可破裂出血,血窦与腔隙之间有纤维结缔组织相隔,呈海绵状,常伴血栓形成、钙化、骨化<sup>[3]</sup>,与蔓状血管瘤比较,较少出现大的畸形血管、静脉石及血管流空影<sup>[4]</sup>。(6)恶性纤维组织细胞瘤:病灶内可见钙化、坏死区和出血,T1WI 呈低信号,T2WI 呈不均匀信号,增强肿瘤呈不均匀明显强化<sup>[5]</sup>。MRI 可任意切面成像,可立体、任意方位观察蔓状血管瘤的侵及范围、周围组织器官的变化,因而可以准确进行定位和定性诊断,为临床制订手术及治疗方案提供科学的依据。低场 MRI 密度分辨率略低于高场机,但对软组织蔓状血管瘤定性诊断无明显差异。总之,结合软组织蔓状血管瘤的临床及影像学特点,仔细观察 MRI 特征表现,就可对软组织蔓状血管瘤做出准确的诊断。

#### 参考文献

- 1 韩月东,赵海涛,刘燕丽,等. 软组织血管源性肿瘤的 MRI 诊断[J]. 临床放射学杂志,2001,20(5):382-384.
- 2 郭震,张兰芳,张晋,等. 四肢软组织肿瘤的 MRI 诊断和评价[J]. 江苏医药,2001,27(7):535.
- 3 任道禄. 15 例小儿肌肉内海绵状血管瘤的 MRI 诊断[J]. 江汉大学学报,2002,30(3):24-25.
- 4 王劲,张雪林,张玉忠,等. MRI 及 CT 对软组织海绵状、蔓状血管瘤的诊断价值[J]. 放射学实践,2005,20(1):54-57.
- 5 娄明武,胡卫东,王静波. 软组织恶性纤维组织细胞瘤的 CT、MRI 表现[J]. 实用放射学杂志,2001,17(6):408-410.

[收稿日期 2015-09-06][本文编辑 黄晓红]