

一组 CT 误诊病例的分析

葛鸿慧,刘玉林

关键词:影像诊断;误诊

中图分类号:R730.4

文献标识码:A

文章编号:1000-8578(2002)06-0492-02

本文收集经病理证实,CT 误诊的一组(8 例)病例,分析讨论其误诊原因,报告如下:

例 1,男,29 岁。左面部肿块 2 年余,近来渐增大,伴鼻塞、间断性涕血。CT 扫描:左上颌窦内巨大分叶状肿块,密度极不均匀,窦内侧壁变薄,前壁变薄并破坏,后外侧壁及下颌牙槽大部破坏缺损。窦后脂肪间隙上部消失,下部可见(图 1)。诊断:左上颌窦恶性肿瘤。手术病理:肿瘤组织大片坏死出血,其中见大量扩张血管残影,伴少数炎性细胞浸润,为血管瘤伴出血感染。

分析:本例有恶性病变征象,初看貌似恶性肿瘤,仔细观察,也有良性肿块征象可寻,如窦壁骨质虽破坏广泛,但多为受压变薄吸收破坏,破坏区边缘较光整,提示肿瘤呈膨胀生长;病史较长,说明肿瘤生长缓慢。此例仅作平扫,也是工作不足之处。

例 2,女,45 岁。右侧上颌牙痛并右上面部肿胀 6~7 月。抗炎后好转,但病情多次反复。CT 扫描:右上颌窦扩大,其内见软组织肿块,CT 值 33~45Hu,中央低密度区内隐约见一小液平。窦壁受压变薄,部分骨破坏,下颌牙槽骨破坏边缘略不规则(图 2)。诊断:右上颌窦癌。手术见窦腔囊性肿块内大量陈旧性血凝块,有囊壁。病理:右上颌窦动脉瘤样骨囊肿。

分析:上颌窦动脉瘤样骨囊肿少见,虽然本例局部有骨破坏边缘不规则之恶性病变征象,但肿块边缘大部光整;肿块内出现液—液平面,为此病特征性 CT 表现,因此对此征认识不足,也未仔细观察发现而贸然下结论误为癌肿。

例 3,女,32 岁。鼻塞 4 月,右面部肿胀 1 月。CT 扫描:右上颌窦窦腔无扩大,窦内致密影由内侧壁骨破坏区突向鼻腔,鼻中隔无明显移位。诊断:右上颌窦癌侵犯鼻腔。开窗活检术探查:上颌窦窦腔粘膜增厚,内含淡黄液体,窦腔内侧壁骨破坏,前壁骨质增生。病理:右上颌窦慢性炎症,送检组织见少许腺体及坏死炎性渗出物。

分析:文献提出:原发慢性上颌窦炎的骨破坏常发生在上颌窦壁内的正常解剖缺损区,如上颌裂孔(位于内侧壁),而且为局灶性^[1],多能见发病诱因^[2]。此例病变占位效应不明显,窦内病变沿正常解剖缺损区向鼻腔蔓延为较典型的炎性病变特征,因此对此缺乏认识,又未重视结合临床而误诊。

例 4,男,53 岁。右牙痛伴面部肿胀近 2 年。体检:右上磨牙松动,叩痛明显,触诊翼腭窝处有约 2×2cm 大小肿块,固定,边界不清。CT 扫描见右上颌窦巨大肿块,CT 值 26.9~31.8Hu,膨胀生长,窦壁骨质受压变薄,外侧壁骨破坏缺损,边缘较光整(图 4)。诊断:右上颌窦占位病变,囊肿或其他良性肿瘤可能。手术病理:右上颌窦高分化平滑肌肉瘤。

例 5,男,52 岁。左鼻血涕,面部隆起,左眼突一年余。抗炎治疗效果不佳。CT 扫描:左上颌窦内类圆形肿块,CT 值 28Hu,窦腔膨隆扩大,前、内壁受压变薄断裂,骨质破坏。病变外侵不明显(图 5)。诊断为良性肿块,囊肿可能。穿刺细胞学诊断:左上颌窦鳞状细胞癌。

分析:以上二例均因未考虑到“恶性病变也可出现良性病变的征象”,观察 CT 片不全面,且过分依赖 CT 值测定而误诊。如其中例 5,肿瘤除部分有膨胀性生长外,同时部分有浸润性生长的迹象(上颌牙槽骨破坏呈虫蚀样),未引起注意。

例 6,男,39 岁。右耳垂下肿块 2 月余。体检:腮腺区肿块,质中、活动。CT 扫描:右腮腺后方一 25.4×21.8mm 大小之肿块,边缘光滑,密度均匀,CT 值 61.3Hu(图 6)。诊断:右腮腺良性肿瘤可能。手术病理:右腮腺慢性淋巴结炎。

分析:腮腺良性肿瘤与淋巴结炎影像上常常无特异表现,二者不易鉴别,因思路太窄,诊断时只考虑肿瘤性病变。

例 7,女,49 岁。左耳垂下肿块一月余,外院腮腺造影提示左腮腺淋巴上皮瘤,治疗后好转,但仍有肿块。体检:肿块质硬,边界不清,无压痛。CT 扫描:左腮腺增大,形态无异常改变,密度较对侧稍高,均匀。注射造影剂后均匀增强(图 7)。诊断:左侧腮腺肿大,炎性病变可能。穿刺细胞学:腮腺恶性肿瘤(未

收稿日期:2002-01-31;修回日期:2002-06-16

作者单位:430079 武汉,湖北省肿瘤医院放射科 CT 室

分类)。

分析:文献报道,大部分腮腺炎腺体体积增大,密度均匀增高^[3]。此例 CT 表现为腮腺体积增大,无明显肿块征象,易误为炎症,而临床触诊有恶性肿瘤指征被忽视。

例 8,男,55 岁。张口受限,左颈部肿块半年。体检:颈部肿块质硬、固定。CT 扫描:鼻咽腔变形,其左侧巨大肿块,咽旁间隙消失(图 8)。诊断:左咽旁间隙恶性肿瘤侵犯颞下窝、鼻腔、左上颌窦、筛窦及翼腭窝,左颈深上组淋巴结肿大。鼻咽镜活检病理:低分化鳞癌。

分析:鼻咽癌为常见恶性肿瘤,诊断并不困难。此例误诊在定位,原因为观察 CT 片不全面。判断肿瘤源于鼻咽,还是咽旁间隙,取决于肿块与咽旁间隙之间的关系。此例较上层咽旁间隙大部闭塞看不清,若仔细观察并结合较下层,则见咽旁间隙明显受压变狭外移,提示肿块源于鼻咽侧壁而非咽旁间隙。

讨论

影像诊断过程一般包括 4 步:首先是发现,其次是分析,第三是综合,最后是意见,任何一环节的疏忽,考虑不周或经验不足均可导致误诊,总结 8 例 CT 误诊原因,主要有以下几个方面:

(1) 缺乏有关“疾病病理生理及临床”的基础知识而进入诊断分析误区。误区一,一看到有骨破坏便认为是恶性肿瘤,忽视了良、恶性病变均可出现骨破坏,且各自具有其骨破坏的不同特点,因而未仔细分辨这些不同之处。误区二,一看到肿块呈膨胀性生长就以为是良性病变,而未认识到膨胀性生长方式虽为良性肿瘤特性,但在上颌窦恶性肿瘤也颇为常见,瘤体可“部分呈浸润性生长,部分呈膨胀性生长,两种生长方式可在同一病例同时存在^[4]。

(2) 观察 CT 片时不仔细、不全面,以致于恰恰能

说明问题的层面被忽视。

(3) 不熟悉人体正常解剖,影像知识贫乏、粗浅、经验少、思路窄,对具有特征性的,有诊断价值的 CT 表现认识不足,或视而不见,或看到想不到。如:动脉瘤样骨囊肿 CT 常能显示肿块内的液—液平面^[5],上颌窦炎性病变骨破坏常发生在窦壁内的正常解剖缺损区等。

(4) 过分依赖 CT 值的测定。

(5) 有些病变影像学上无特异表现,异病同影,异影同病,造成鉴别上的困难又不重视结合临床症状及体征全面分析。

(6) 工作欠缺周全,如该做、能做增强扫描者未作。

(7) CT 的限度。

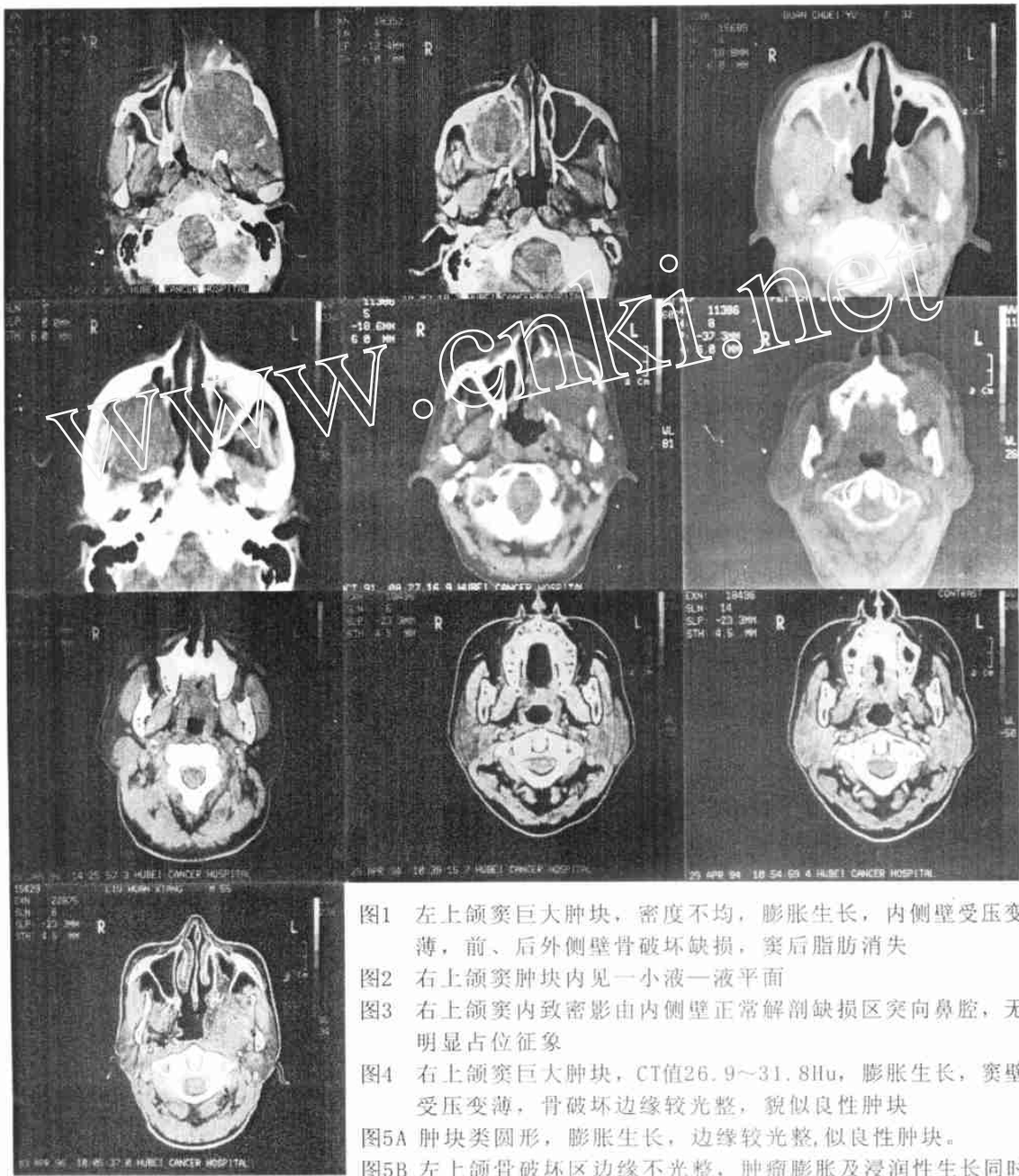
以上分析讨论,提醒我们从中吸取经验教训,只有不断加强学习与钻研,拓宽思路,在诊断工作中认真细致地观察与分辨,把握疾病的自身规律,透过现象看本质,结合临床全面综合分析判断,不断积累经验,才能有意识地避免诊断中的误区,从而提高诊断水平,最大限度地降低误诊率。(本文图见封 2)

参考文献:

- [1] Silver AJ, et al. Theopacified maxillary sinus: CT findings in chronic sinusitis and malignant tumors [J]. Radiology, 1987, 163: 208.
- [2] William E, Clifford A, Darids. Paranasal sinus bone anatomy variations and mucosal abnormalities: CT analysis for endoscopic sinus surgery [J]. Laryngoscope, 1991, 101: 56.
- [3] Akan H, Akay S. CT findings in inflammatory masses of the parotid gland. Report of four cases [J]. Eur J Radiol, 1993, 16: 112.
- [4] 周维榕, 尤易文. 上颌窦癌临床分期和原发部位问题探讨 [J]. 河南肿瘤学杂志, 1993, 6: 251.
- [5] 陈星荣, 沈天真. 全身 CT 和 MRI [M]. 上海医科大学出版社, 1994. 782.

(贺文校对)

一组CT误诊病例的分析



1	2	3
4	5A	5B
6	7A	7B
8		

图1 左上颌窦巨大肿块，密度不均，膨胀生长，内侧壁受压变薄，前、后外侧壁骨破坏缺损，窦后脂肪消失

图2 右上颌窦肿块内见一小液—液平面

图3 右上颌窦内致密影由内侧壁正常解剖缺损区突向鼻腔，无明显占位征象

图4 右上颌窦巨大肿块，CT值26.9~31.8Hu，膨胀生长，窦壁受压变薄，骨破坏边缘较光整，貌似良性肿块

图5A 肿块类圆形，膨胀生长，边缘较光整，似良性肿块。

图5B 左上颌骨破坏区边缘不光整，肿瘤膨胀及浸润性生长同时存在

图6 右腮腺内25.4×21.8mm大小肿块，边缘光滑，密度均匀，CT值61.3Hu。右胸锁乳突肌受压后移

图7A 平扫见左侧腮腺较右侧大，形态无改变，密度稍高，较均匀

图7B 增强扫描，左腮腺轻度均匀强化

图8 鼻咽左侧壁巨大肿块，仔细观察左咽旁间隙前部受压变狭外移