

[7]Wen B, Kong W, Zhang Y, et al. Association Between Contrast-Enhanced Ultrasound Characteristics and Molecular Subtypes of Breast Cancer[J]. J Ultrasound Med, 2022, 41(8): 2019-2031.

[8]Nagao T, Kinoshita T, Hojo T, et al. The differences in the his-

topological types of breast cancer and the response to neoadjuvant chemotherapy: the relationship between the outcome and the clinicopathological characteristics[J]. Breast, 2012, 21(3): 289-295.

纵隔巨大脉管瘤误诊为包裹性胸腔积液 1 例

Giant mediastinal hemangioma misdiagnosed as encapsulated pleural effusion: report of one case

谭品, 谢娟娟, 龙湘党, 敖琨, 张萍

(湖南师范大学附属第一医院湖南省人民医院, 湖南长沙 410000)

TAN Pin, XIE Juan-juan, LONG Xiang-dang, AO Kun, ZHANG Ping

(Hunan Provincial People's Hospital, the First Affiliated Hospital of Hunan Normal University, Changsha 410000, China)

【关键词】 纵隔肿瘤; 胸腔积液; 超声心动描记术; 体层摄影术, X 线计算机

【中图分类号】 R734.5; R561.3; R540.45; R814.42 【文献标识码】 B 【文章编号】 1008-1062(2024)06-0450-02

DOI:10.12117/jcemi.2024.06.016

病例 男, 19 岁, 因“胸闷、气促 18 d, 加重 3 d”来我院呼吸内科就诊。查体: 左下胸叩诊呈浊音。血常规: 红细胞计数 $1.9 \times 10^9 L^{-1}$, 中性粒细胞百分比 71.7%, 血红蛋白 119 g/L; 实验室检查: 癌胚抗原 2.1 mg/mL。经胸超声心动图检查: 左侧胸腔内包裹性液暗区, 内透声差, 可见多条分隔, 内另充满细弱回声点, 夹杂絮状稍高回声, 范围约 $100 \text{ mm} \times 91 \text{ mm}$, 超声提示左侧胸腔包裹性积液(图 1)。胸部增强 CT: 左纵隔旁大片包裹性无强化混杂密度灶(图 2), 考虑胸腔积液合并积血或肿瘤性病变可能, 左侧胸膜少许增厚、粘连。超声引导下左侧胸腔穿刺引流, 引出血性液体 50 mL, 诊断性胸水检测: 色红, 透明度浑浊, 李凡他试验(+), 凝固性阴性, 红细胞计数 $3\,414\,000 \times 10^6 L^{-1}$, 白细胞计数 $12\,000 \times 10^6 L^{-1}$, 中性粒细胞百分比 79%, 总蛋白 36 g/L, 葡萄糖 5.56 mmol/L, 乳酸脱氢酶 191.18 U/L, 腺苷脱氢酶 9.1 U/L, 结核/非结核分枝杆菌

核酸检测-分子诊断检测阴性。因患者引流出少量血性液体后胸痛难忍, 故未予继续引流。后转至胸外科, 行全麻下胸腔镜下左胸探查术。术中见左侧胸腔巨大肿物, 大小约 $165 \text{ mm} \times 80 \text{ mm} \times 15 \text{ mm}$, 肿物附着于左侧前纵隔, 蒂部位于胸腺及无名静脉左侧、肺动脉主干左前方, 于肿物表面切开小口可见大量暗红色血性液体涌出。术后病理:(前纵隔)壁样组织 1 块, 外壁光滑, 囊内壁呈网状, 上附多个灰白小结节, 质稍硬; 光镜下见大小不等管腔样结构, 部分区域为血管, 部分为淋巴管, 管内含少许淋巴液及淋巴组织(图 3)。病理诊断:(前纵隔)脉管瘤。术后 1 月复查胸部 CT 未见明显异常。

讨论 脉管瘤又称血管淋巴瘤, 是一种罕见的先天性血管及淋巴管系统良性畸形, 组织学特征为血管及淋巴管囊状扩张, 起源于间充质组织^[1], 通常沿疏松组织间隙蔓延生长, 多表现为多房囊性或囊实性, 以囊性为主, 少数表现为完全

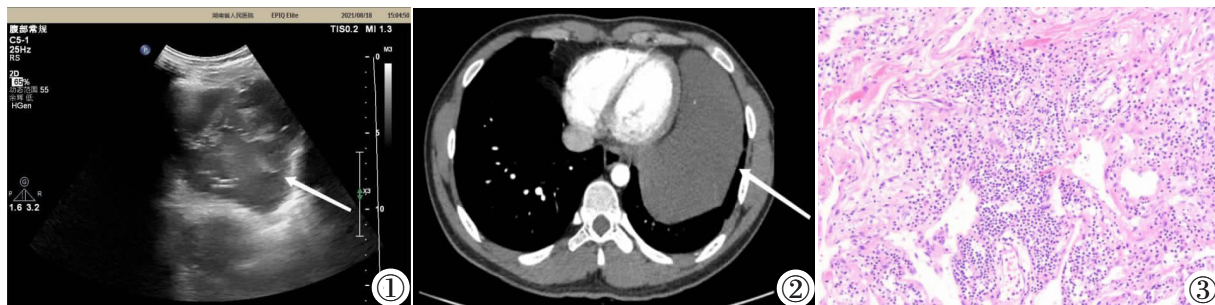


图 1 经胸超声心动图显示纵隔内可见一包裹性液暗区, 呈高低回声不等的混杂回声, 内可见多条分隔(箭头示)。图 2 胸部增强 CT 显示左纵隔旁大片包裹性混杂密度灶, 无明显强化(箭头示)。图 3 光镜下纵隔肿块内可见散在管腔样结构, 即血管及淋巴管成分(HE 染色)。

【收稿日期】 2023-10-24; 【修回日期】 2023-12-06

【作者简介】 谭品(1998-), 女, 湖南娄底人, 在读硕士研究生。E-mail: tpp1965226401@163.com

【通信作者】 谢娟娟, 湖南师范大学附属第一医院湖南省人民医院, 410005。E-mail: xiejuanjuan1003@163.com

【基金项目】 湖南省卫生健康委员会科研项目(202109021022)。

囊性^[2]。血管瘤好发于头部和颈部,纵隔血管瘤文献报道极少,其临床表现多与肿瘤的大小及位置有关,早期患者通常无明显症状,随着肿瘤生长,可出现一些压迫症状,如纵隔血管瘤可致胸闷、气促、面颈部肿胀等^[3]。若纵隔肿瘤周边有少许积液长期刺激胸膜,则可引起胸膜慢性炎症表现。肿瘤标志物检测、影像学检查结合病理结果可排除恶性肿瘤侵犯胸膜可能^[4]。包裹性胸腔积液可由多种疾病引发,通常由胸膜炎致胸膜腔内液体渗出形成积液所致,当胸膜粘连时,可将液体局限性包裹。包裹性胸腔积液早期以炎症反应为主,晚期多为压迫表现^[5],较易与本病例混淆。本病例通常还需与以下疾病相鉴别:①神经母细胞瘤,儿童多见,多为后纵隔实质性包块,多伴钙化,后期可向周边侵犯,多数血供丰富;②侵袭性胸腺瘤,小儿少见,为前纵隔的软组织肿块,常伴胸膜及心包侵犯,多为血行转移,血供较少;③淋巴瘤,儿童多见,常跨中线向前纵隔两侧生长,瘤体血管多见“包埋征”,多为淋巴转移,血供丰富;④畸胎瘤,儿童多见,多位于前中纵隔,内成分混杂,血供较少^[6-7]。

分析本例血管瘤误诊为包裹性胸腔积液的原因可能为:①本例患者既往体健,病程较短,临床症状缺乏特异性。②本例患者超声及增强 CT 显示纵隔内巨大病灶,内部影像学表现与包裹性较黏稠的胸腔积液类似,缺乏显著特异性,结合实验室检查结果在术前误诊,且患者既往未行影像学检查,缺乏原始对比。③诊断医师对本病的认识不够,仅重点观察心脏自身形态、结构及功能,忽略了心脏周围组织的病变,对血管瘤的影像学诊断经验不足,思维固化,通常首先考虑为常见疾病。

血管瘤最终确诊以病理学检查为“金标准”。但不可否认的是超声和增强 CT 等影像学检查在确定肿瘤生长范围和侵袭性上具有较高价值,从而有助于术前手术策略的制定。其中增强 CT 可以识别肿瘤中血管密集区或靠近重要血管的区域^[8]。故通过此例误诊案例和文献复习,希望给影像工作者诊断纵隔血管瘤提供帮助。

[参考文献]

- [1]Li X, Zhang Y, Sun H, et al. Hemolymphangioma of the transverse mesocolon: a case report and literature review [J]. *Transl Cancer Res*, 2021, 10(8): 3849-3855.
- [2]邹红群. 血管淋巴管瘤的影像征象及病理特征探讨[J]. *中外医疗*, 2020, 39(8): 193-195.
- [3]Chen Q, Xia J. A giant hemolymphangioma of the pancreas: A case report and literature review[J]. *Medicine(Baltimore)*, 2018, 97(41): e12599.
- [4]李璐,项尖尖,王宝华,等. 超声检查胸膜增厚对胸腔积液良恶性鉴别诊断的意义[J]. *影像研究与医学应用*, 2019, 3(22): 209-210.
- [5]周钱辉,范洁玲,彭红,等. 外伤性肺囊肿继发性慢性感染误诊为胆固醇性包裹性胸腔积液 1 例及文献复习[J]. *中南大学学报(医学版)*, 2017, 42(5): 591-595.
- [6]邓丹. 超声在儿童纵隔肿瘤中的应用价值[D]. 重庆:重庆医科大学, 2020.
- [7]汤静,姚瑶,何四平,等. 以胸部侵犯为首发的儿童淋巴瘤的临床病理及 MSCT 分析[J]. *中国临床医学影像杂志*, 2021, 32(7): 481-484.
- [8]Teng Y, Wang J, Xi Q. Jejunal hemolymphangioma: A case report[J]. *Medicine(Baltimore)*, 2020, 99(4): e18863.

孤立性心包结核瘤 1 例

Solitary pericardial tuberculoma: report of one case

冯冬¹, 邹君鑫¹, 黄茜¹, 尹兴斌¹, 黄辉¹, 张艳翎², 张燕²

(1. 贵州医科大学, 贵州 贵阳 550004; 2. 贵州医科大学附属医院影像科, 贵州 贵阳 550004)

FENG Dong¹, ZUO Jun-xin¹, HUANG Qian¹, YIN Xing-bin¹, HUANG Hui¹, ZHANG Yan-lin², ZHANG Yan²

(1. Guizhou Medical University, Guiyang 550004, China;

2. Department of Radiology, the Affiliated Hospital of Guizhou Medical University, Guiyang 550004, China)

[关键词] 结核瘤; 心包; 超声心动描记术; 体层摄影术, X 线计算机; 磁共振成像

[中图分类号] R732.1; R542.1; R540.45; R814.42; R445.2 [文献标识码] B [文章编号] 1008-1062(2024)06-0451-03

DOI:10.12117/jcemi.2024.06.017

病例 女, 28 岁, 因“胸闷、气促半年, 加重半月”入院。既往 7 年前确诊肺结核, 窦性心律不齐 3 年。体格检查: 体温 36.6℃, 脉搏 93 次/min, 呼吸 20 次/min, 血压 88 mmHg/52 mmHg (1 mmHg≈0.133 kPa), 心前区稍隆起, 剑突下未见异常搏动, 心界正常, 心率 93 次/min, 各瓣膜区未闻及明显杂音。

心电图: 窦性心律不齐, 平均心律 75 次/min, 短 P-R 间期。经胸超声心动图(图 1): 右室心尖靠右后方低回声团块, 形态规则, 大小约 45 mm×44 mm, 其内可见多发强回声斑块, 右室心尖区局部受压; CDFI: 病灶无血流信号。进一步行 CT 检查, 胸部 CT 示双肺未见明显异常, 纵隔窗矢状位示(图 2)

[收稿日期] 2023-10-20; [修回日期] 2023-11-13

[作者简介] 冯冬(1997-), 女, 贵州遵义人, 在读硕士研究生。E-mail: 1925576534@qq.com

[通信作者] 张燕, 贵州医科大学附属医院影像科, 550004。E-mail: zoeo40900@live.cn

[基金项目] 贵州医科大学附属医院博士科研启动基金项目(gyfybsky-2021-49)。