

前纵隔炎性肌纤维母细胞瘤 1 例误诊原因分析

Misdiagnosis of anterior mediastinal inflammatory myofibroblastoma: report of one case

盛佳敏¹,夏家栋²,姚克林²

(1. 浙江中医药大学,浙江 杭州 310000;2. 绍兴文理学院附属医院,浙江 绍兴 312000)

SHENG Jia-min¹, XIA Jia-dong², YAO Ke-lin²

(1. Zhejiang Chinese Medicine University, Hangzhou 310000, China;

2. Hospital Affiliated to Shaoxing College of Arts and Sciences, Shaoxing Zhejiang 312000, China)

[关键词] 肿瘤,肌组织;纵隔肿瘤;体层摄影术,X线计算机

[中图分类号] R734.5;R814.42

[文献标识码] B

[文章编号] 1008-1062(2024)04-0294-02

DOI:10.12117/jccmi.2024.04.017

病例 女,48岁,因“前胸部疼痛、全身乏力4天”入院。患者4天前无明显诱因下出现前胸部疼痛,疼痛较剧,NSR评分5分,活动后加重,伴全身乏力,晨轻暮重,休息后不可缓解,无发热,无胸闷气急等其他症状。查体未见特殊阳性体征。实验室检查:铁蛋白491.48 ng/mL,CA125 69.1 U/mL,其他肿瘤标志物CA199、CEA、AFP等及生化检查均为阴性。

胸部CT平扫及增强:前上纵隔软组织团块,截面大小约66 mm×50 mm,病灶内密度混杂,可以测及脂肪密度,CT值较低处约-36 HU,未见钙化,边界不清,增强扫描呈轻度-中度强化,邻近无名静脉受压变扁,病灶与心包粘连,心包膜增厚(图1-4)。影像诊断:前上纵隔占位,考虑胸腺瘤或畸胎瘤。

患者行纵隔肿物切除术,前纵隔见大小约9 cm×7 cm×5 cm的不规则肿块,质硬,肿瘤完全侵犯左侧无名静脉及部分前心包,双侧纵隔胸膜受累,同时累及左侧膈神经,心包少量积液,双侧胸膜轻度粘连。术后病理:(前纵隔)纤维脂肪组织内可见淋巴组织、嗜酸性粒细胞、浆细胞、组织细胞浸润,间质胶原化并见增生的纤维细胞、肌纤维母细胞;周围组织内可见残存的胸腺组织,考虑炎性纤维/肌纤维母细胞瘤样增生。免疫组化:SMA(+),Desmin(-),CD34(-),CD68(组织细胞+),CD38(浆细胞+),S-100(-),CK(Pan)(-),VIM(+),CD117(-),ALK(-),Ki-67(10%+),CD3(部分+),CD20(部分+),CD21(-),CD23(-),EBER(-)(图5)。

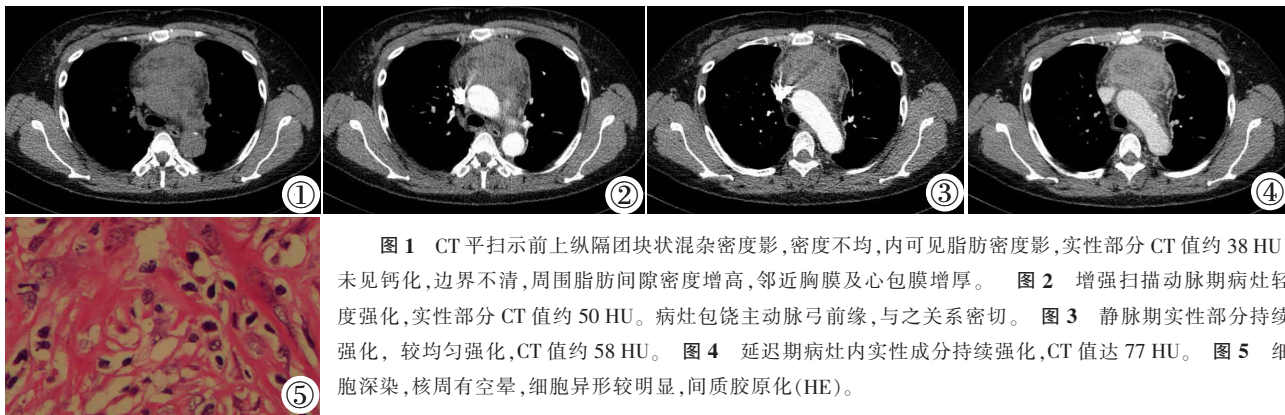


图1 CT平扫示前上纵隔团块状混杂密度影,密度不均,内可见脂肪密度影,实性部分CT值约38 HU,未见钙化,边界不清,周围脂肪间隙密度增高,邻近胸膜及心包膜增厚。图2 增强扫描动脉期病灶轻度强化,实性部分CT值约50 HU。病灶包绕主动脉弓前缘,与之关系密切。图3 静脉期实性部分持续强化,较均匀强化,CT值约58 HU。图4 延迟期病灶内实性成分持续强化,CT值达77 HU。图5 细胞深染,核周有空晕,细胞异形较明显,间质胶原化(HE)。

讨论 炎性肌纤维母细胞瘤(Inflammatory myofibroblastic tumor, IMT)是一种间叶源性肿瘤,有潜在复发可能,以往命名不统一,2002年WHO软组织肿瘤分类将其正式命名为IMT,归为纤维母细胞/肌纤维母细胞肿瘤^[1]。IMT好发部位为肺部,发生于前纵隔者罕见,易与前纵隔常见的肿瘤如胸腺瘤、胸骨后甲状腺肿等混淆。本病好发于儿童和青少年,男女发病率相仿,发生于纵隔的IMT大多为女性患者^[2]。IMT的临床表现根据发生部位不同及肿块大小而各异,发生于肺部的IMT可表现为咳嗽、咯血、胸闷、气短等,本例患者因胸痛及肌无力症状就诊,胸痛可能是由于病灶与胸膜、心包膜粘连,导致胸膜、心包膜炎性渗出,大量浆细胞、淋巴细胞浸润引

起。IMT引起重症肌无力的临床表现罕见。

IMT的影像表现缺乏特异性,发生的部位不同,病灶可以出现不同的征象。结合刘伟南等^[3]报道的7例纵隔IMT和吕绍茂等^[4]报道的2例纵隔IMT及其他文献分析,纵隔IMT的CT表现如下:①肿块密度:密度均匀或不均匀的肿块,由于纵隔内空间较狭窄,发生于纵隔内肿块一般较小,小的肿块多密度均匀。本例患者肿块巨大,密度不均匀,瘤内可测及脂肪密度,可能是由于肿瘤生长过大,将前纵隔的脂肪卷入病灶内。也正是由于病灶内含成熟脂肪,病灶密度明显不均,且发病部位为前上纵隔,我们将本例肿瘤误诊为畸胎瘤。纵隔IMT内囊变、坏死、出血及钙化少见,出现坏死、出血时提

[收稿日期] 2023-08-01;[修回日期] 2023-09-01

[作者简介] 盛佳敏(1992-),女,浙江绍兴人,住院医师。E-mail:812807904@qq.com

[通信作者] 盛佳敏,浙江中医药大学,310000。E-mail:812807904@qq.com

示病灶有丝分裂旺盛,生长活跃,进展为上皮样炎性肌纤维母细胞肉瘤,预后不良。②肿块与周围结构的关系:纵隔 IMT 大多形态不规则,边界不清,周围脂肪间隙密度增高,纵隔内大血管丰富,纵隔 IMT 常与周围血管粘连紧密,邻近胸膜、心包膜增厚、粘连,类似炎症表现,可能与 IMT 瘤内炎性渗出、浸润密切相关,具有一定的特征性。③肿块的强化特点:据文献报道^[4],IMT 的强化方式多样,不同的强化方式与肿块内纤维细胞、炎症细胞含量不同,肿瘤间质排列方式不同等相关。由于 IMT 恶性程度一般较低,生长较缓慢,坏死率低,因此,IMT 大多表现为均匀强化,持续上型强化。本例纵隔 IMT 表现为中度均匀强化,延迟强化,渐进性强化,这可能与病变内含丰富的纤维组织及毛细血管有关,属于 IMT 的主要强化方式之一,具有特征性。

纵隔 IMT 需要与胸腺瘤、畸胎瘤、淋巴瘤及神经鞘瘤等相鉴别:①胸腺瘤:胸腺瘤好发于前上纵隔,典型的临床表现为重症肌无力,非侵袭性胸腺瘤多表现为孤立的结节影,一般比较小,边界清楚,密度均匀,侵袭性胸腺瘤需与 IMT 鉴别,表现为边界不清,形态不规则,密度不均匀的肿块影,多见囊变、坏死,部分可见钙化,易侵犯周围大血管、胸膜、心包膜等,增强扫描明显不均匀强化^[5]。侵袭性胸腺瘤的血管侵犯、胸膜、心包膜受累与纵隔 IMT 类似,而纵隔 IMT 低坏死率的特征和“慢进慢出”的强化方式可与之鉴别。②畸胎瘤:典型的畸胎瘤含有多种成分,如骨骼、牙齿、毛发、脂肪等,诊断较为容易,且畸胎瘤大多表现为良性,形态较规则,边界较清楚,较少出现心包和胸膜侵犯。③淋巴瘤:淋巴瘤通常以中纵隔淋巴结肿大常见,表现为密度均匀,强化一致的肿块,特征

性的表现为增强后血管漂浮征,纵隔 IMT 可出现与之相仿的影像表现,光从 CT 上较难鉴别,但绝大多数淋巴瘤患者除纵隔淋巴结肿大外还可出现颈部、腹膜后等其他区域的淋巴结肿大,临床有发热的表现,当两者鉴别困难时可行 MRI 或 PET-CT 进一步检查。④神经鞘瘤:发生于后纵隔的 IMT 还需与神经鞘瘤相鉴别,神经鞘瘤大多无明显临床表现,CT 表现为边缘光整的肿块,沿神经走行分布,病灶多见囊变,增强扫描表现为中心延迟强化、边缘低强化,囊变区不强化。而纵隔 IMT 边界不清,密度大多较均匀,可与之相鉴别。

综上所述,纵隔 IMT 具有一定的临床及影像特征性,临床可表现为类似炎症的特点,如发热、胸痛等,CT 多呈现密度均匀,边界不清,增强后渐进性强化的肿块。近年来纵隔 IMT 的报道逐渐增多,但是误诊误治率仍非常高,提高对纵隔 IMT 影像表现的认识是诊断和治疗的关键。

[参考文献]

- [1]Fletcher CD, Unni KK, Mertens F. World health organization classification of tumours. Pathology and genetics of tumours of soft tissue and bone[M]. Lyon: IARC Press, 2002: 47-107.
- [2]刘伟南,刘晋波,贺中杰,等. 纵隔炎性肌纤维母细胞瘤的螺旋 CT 表现(附 7 例分析)[J]. 中国 CT 和 MRI 杂志,2015,13(5):52-55.
- [3]吕绍茂,段少银,韩丹,等. 炎性肌纤维母细胞瘤影像学表现与病理学分析[J]. 中国临床医学影像杂志,2010,21(5):331-335.
- [4]张克宇,陈力. 腹膜后炎性肌纤维母细胞瘤的影像学诊断进展[J]. 医学影像学杂志,2020,30(8):1490-1493.
- [5]李剑雄,林国成. 侵袭性胸腺瘤与非侵袭性胸腺瘤的螺旋 CT 诊断[J]. 放射学实践,2011,26(6):597-600.

妊娠期乙状结肠巨大肿瘤合并卵巢转移超声所见 1 例

Large sigmoid neoplasm with ovarian metastases during pregnancy found by ultrasound: report of one case

舒欣,禹鑫,郭良云(南昌大学第二附属医院超声科,江西 南昌 330006)

SHU Xin, YU Xin, GUO Liang-yun

(Department of Ultrasound, the Second Affiliated Hospital of Nanchang University, Nanchang 330006, China)

[关键词] 乙状结肠肿瘤;肿瘤转移;超声检查,多普勒,彩色;磁共振成像

[中图分类号] R735.35;R445.1;R445.2 [文献标识码] B [文章编号] 1008-1062(2024)04-0295-02

DOI:10.12117/jccmi.2024.04.018

病例 女,33岁,孕25周,孕1产0,因大便次数增多、不成形5月余伴便血2次入院。产科情况:宫高21cm,腹围87cm,先露:头位,胎心147次/分,宫颈评分4分。实验室检查:红细胞 $3.38 \times 10^{12} L^{-1}$,血红蛋白87g/L;肿瘤标记物:甲胎

蛋白126.1ug/L,癌胚抗原(CEA)10.93ug/L,糖类抗原19-9(CA19-9)49.7U/mL,糖类抗原125 21.4U/mL。大便常规:大便潜血(2+)。

超声显示:孕子宫左侧腹盆腔内探及大小约106mmx

[收稿日期] 2023-08-24

[作者简介] 舒欣(1998-),女,湖北武汉人,在读硕士研究生。E-mail:sx2016129236@163.com

[通信作者] 郭良云,南昌大学第二附属医院超声科,330006。E-mail:gly_0417@126.com