

脾脏多灶性硬化性血管瘤样结节性转化 1 例

Multifocal sclerotic angiomatous nodular transformation of the spleen: report of one case

狄 聪¹, 吴文芳², 陈月芹¹

(1. 济宁医学院附属医院医学影像科, 山东 济宁 272000; 2. 济宁市第一人民医院放射科, 山东 济宁 272000)

DI Cong¹, WU Wen-fang², CHEN Yue-qin¹

(1. Department of Medical Imaging, the Affiliated Hospital of Jining Medical College, Jining Shandong 272000, China;

2. Department of Radiology, the First People's Hospital of Jining, Jining Shandong 272000, China)

[关键词] 组织细胞瘤, 良性纤维性; 脾肿瘤; 磁共振成像

[中图分类号] R733.2; R445.2

[文献标识码] B

[文章编号] 1008-1062(2024)02-0149-02

DOI:10.12117/jccmi.2024.02.020

病例 女, 55 岁, 腹痛 2 d, 加重 12 h 入院。实验室检查无异常。既往无肿瘤病史。CT: 脾脏增大、形态不规则, 其内多发团块状、类圆形稍低密度影, 边界较清晰, 增强扫描呈渐进性强化。MRI: 脾脏内多发类圆形结节、团块影, T₁WI、DWI 均为不均匀低信号, T₂WI 以低信号为主, 增强扫描动脉期呈边缘强化, 门脉期向中心呈辐条状强化, 延迟期中央瘢痕部分可见强化、另可见中央裂隙状低信号区。术后病理: 脾硬化性血管瘤样结节性转化 (Sclerosing angiomatoid nodular transformation, SANT)。免疫组化: CD31(+), CD34(局部+)。

讨论 脾脏 SANT 是一种罕见的脾脏良性血管增生性病变, 由 Martel 等^[1]于 2004 年首次命名。目前其发病原因、机制尚不明确, 临床没有典型表现, 多于体检时偶然发现。SANT 的病理特征为多发性血管瘤样结节伴有中央星状纤维瘢痕及含铁血黄素沉积^[2]。

SANT 以孤立性多见, 多灶性偶发。李海超等^[3]收集 2004—2021 年 11 月国内外公开发表的 SANT 共 407 例, 发现多灶性 SANT 仅有 24 例, 占比 5.9%。由于多灶性 SANT 文献报道极少, 目前关于该病的影像学表现主要由归纳孤立性 SANT

得来^[4-6], CT 表现为实性、椭圆形或分叶状边界清楚的低密度结节或肿块, 可伴钙化; MRI 表现为 T₁WI 等或稍低信号, T₂WI 呈不均匀低信号, 中央可见“裂隙状”低信号区, DWI 呈低信号; “辐轮征”是其典型强化方式, 即增强扫描时, 肿块周边环形强化从周边向中心呈辐条状分布的辐条样强化方式, 部分病灶延迟期中央可见低信号 (裂隙征)。本例为多灶性 SANT 合并肝多发囊肿, 结节超过 10 个 (最大者直径约 6.1 cm), 影像学与孤立性 SANT 大致相仿。根据 Lewis 等^[7]报道 SANT 多见于中年女性, 男女比例 1:1.3, 而 Cao 等^[8]文献报道中多灶性 SANT 更倾向发生于男性, 这与孤立性 SANT 有所不同。SANT 合并腹内外肿瘤的病例高达 14%, 在 Cao 等^[8]文献报道中 6 例多灶性 SANT 有 4 例合并其他病变 (特发性骨髓纤维化、多灶性钙化纤维性假瘤、胰腺黏液性囊腺瘤和肝囊肿), 无合并恶性肿瘤病例, 122 例孤立性 SANT 病例中有 26 例 (21.3%) 合并其他疾病, 15 例 (12.3%) 合并恶性肿瘤, 由此可见多灶性 SANT 合并其他疾病的发生率高于孤立性 SANT, 而合并恶性肿瘤的发生率反而低于孤立性 SANT, 这种现象有可能与多灶性 SANT 病例数少有关, 也有可能孤立

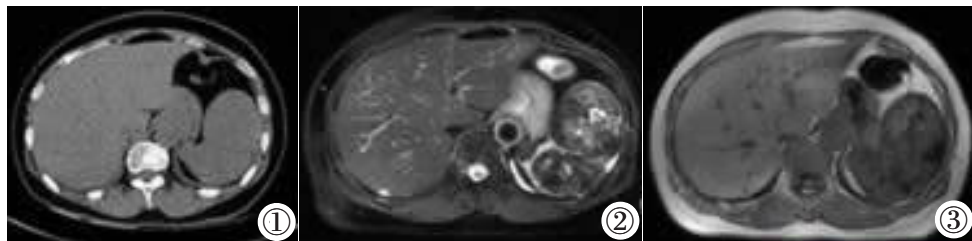


图 1 CT 平扫脾脏增大, 其内多发团块状稍低密度灶。图 2 T₂WI 病灶以低信号为主。图 3 T₁WI 呈等及低信号。

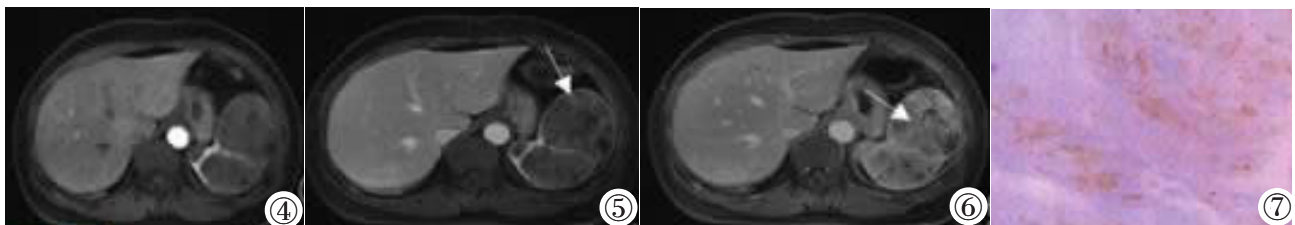


图 4-6 增强扫描从周边向中心强化, 可见“辐轮征”(白箭)。图 7 病理切片 (HE): 镜下见纤维组织将毛细血管分隔成大小不等的结节状血管巢, 血管巢间纤维组织胶原化、玻璃样变性。

[收稿日期] 2023-06-24

[作者简介] 狄聪 (1989-), 男, 山东济宁人, 主治医师。E-mail: Ling_xiyizhi@126.com

[通信作者] 陈月芹, 济宁医学院附属医院医学影像科, 272000。E-mail: 2955951004@qq.com

[基金项目] 山东省自然科学基金面上项目 (ZR2021MH109)。

性 SANT 与多灶性 SANT 发病机理方面确实存在差异, 需要我们积累更多病例进一步考证。

SANT 需与脾脏以下病变相鉴别: ①脾脏血管瘤: 增强扫描呈充填式强化, 但无“辐辏征”且强化程度高于 SANT, T₂WI 及 DWI 均呈高信号, 易与 SANT 鉴别; ②窦岸细胞血管瘤: 常为多发, T₂WI 因铁质沉积呈“雀斑征”, DWI 呈高信号, SANT 典型者强化呈“辐辏征”、且 DWI 呈低信号; ③错构瘤: 含脂肪和钙化是其特征性表现, 而 SANT 无脂肪成分; ④血管肉瘤: 是一种高度恶性的血管源性肿瘤, 常见出血、坏死、囊变, 而 SANT 坏死、囊变罕见; ⑤转移瘤: 有原发恶性肿瘤病史, 典型者可见“牛眼征”。

当影像学检查发现脾脏有多个病灶时, 合并腹内或腹外其他疾病, 临床医生和放射科医生应考虑到多灶性 SANT 的可能性。

[参考文献]

- [1]侯珏, 黄丽萍. 常规超声及超声造影诊断脾硬化性血管瘤样结节性转化[J]. 中国医学影像技术, 2021, 37(12):1806-1808.
[2]Gaeta R, Donati F, Kauffmann EF, et al. A splenic IgG4+ sclerosing angiomatoid nodular transformation (SANT) treated by hemisplenectomy: A radiologic, histochemical, and immunohisto-

chemical study[J]. Appl Immunohistochem Mol Morphol, 2020, 28(5): e40-e46.

- [3]李海超. 脾脏硬化性血管瘤样结节性转化临床回顾性分析[D]. 济南: 山东大学, 2022.
[4]杨淑辉, 李亚卓, 钟燕, 等. 脾脏硬化性血管瘤样结节性转化的 CT 和 MR 影像学特点(附 6 例报告)[J]. 山东医药, 2022, 62(24):71-73.
[5]Chen NX, Wang ML, Wang HX, et al. Sclerosing angiomatoid nodular transformation of the spleen: multimodality imaging features and literature review [J]. BMC Med Imaging, 2023, 23(1): 50.
[6]Nomura R, Tokumura H, Katayose Y, et al. Sclerosing angiomatoid nodular transformation of the spleen: lessons from a rare case and review of the literature [J]. Intern Med, 2019, 58(10): 1433-1441.
[7]Lewis RB, Lattin GE Jr, Nandedkar M, et al. Sclerosing angiomatoid nodular transformation of the spleen: CT and MRI features with pathologic correlation [J]. AJR, 2013, 200(4): W353-360.
[8]Cao Z, Wang Q, Li J, et al. Multifocal sclerosing angiomatoid nodular transformation of the spleen: a case report and review of literature[J]. Diagn Pathol, 2015, 10: 95.

肝门部神经鞘瘤 1 例

Schwannoma in the porta hepatis: report of one case

徐石巧¹, 范光明², 周楠², 杜明良², 韦莎莎²

(1. 贵州中医药大学, 贵州 贵阳 550003; 2. 贵州中医药大学第二附属医院放射科, 贵州 贵阳 550003)

XU Shi-qiao¹, FAN Guang-ming², ZHOU Nan², DU Ming-liang², WEI Sha-sha²

(1. Guizhou University of Traditional Chinese Medicine, Guiyang 550003, China; 2. Department of Radiology, the Second Affiliated Hospital of Guizhou University of Chinese Medicine, Guiyang 550003, China)

[关键词] 神经鞘瘤; 肝肿瘤; 体层摄影术, X 线计算机

[中图分类号] R735.7; R814.42 [文献标识码] B

DOI:10.12117/jccmi.2024.02.021

[文章编号] 1008-1062(2024)02-0150-02

病例 男, 74 岁, 因“右上腹疼痛 3 天”入院。查体: 巩膜及皮肤黄染, 右上腹压痛, 肝脾肋下未扪及, 莫非氏征阳性。实验室检查: 白细胞计数 $11.97 \times 10^9/L$, 中性粒细胞绝对值 $8.36 \times 10^9/L$; 谷草转氨酶 109 U/L, 谷丙转氨酶 287 U/L, 总胆红素 $171.1 \mu\text{mol/L}$, 直接胆红素 $103.3 \mu\text{mol/L}$, 间接胆红素 $67.8 \mu\text{mol/L}$, 总胆汁酸 $658.8 \mu\text{mol/L}$ 。影像学检查: 上腹部 CT 平扫示胆囊体积增大, 胆囊壁增厚毛糙。肝门部可见一结节状稍低密度灶, 最大径约为 3.3 cm, 边界较清晰, 病灶平均 CT 值约为 11 HU(图 1)。增强后动脉期病灶壁呈轻度强化, 其内亦见轻度强化的分隔影, 病灶平均 CT 值约为 16 HU。门脉期病灶壁及其分隔呈持续强化, 病灶平均 CT 值约为 27 HU(图 2~4)。上腹部 MRI 平扫示肝门部病灶在 T₁WI 上呈低信号, 压脂 T₂WI 上呈不均匀高信号, 内见多发小分隔使病灶呈蜂窝状改变, 增强后病灶壁及其内分隔呈中度持续强化(图 5~8)。MRCP 示肝门部受压, 肝内胆管明显扩张, 呈“枯枝样”改变

(图 9)。术中见胆总管、门静脉、肝动脉之间可见一肿块, 质地韧, 大小约 3.3 cm×2.0 cm, 与胆总管界限不清。切断胆总管, 将肿瘤剥离切取送病检。病理表现: 大体病理表现肝门部梭形细胞肿瘤, 肿瘤细胞疏密相间, 其中密集的梭形细胞排列呈“栅栏”状, 无明显核分裂(图 10); 免疫组化标记: S-100(弥漫+), Ki67(3%~5%+), CD56(+), CD34(-), CD99(灶+), CD117(-), GFAP(-), Bcl-2(灶+)。病理诊断为: 肝门部神经鞘瘤。

讨论 神经鞘瘤起源于髓鞘施万细胞, 是一种常见的神经源性肿瘤^[1], 可发生于任何有神经分布的区域, 以头、四肢、颈部和躯干较多见, 很少发生在腹腔, 肝门部更是罕见。郭成伟等^[2]提出胆管管壁上密集的自主神经纤维分支是肝门部发生神经鞘瘤的解剖基础。肝门部神经鞘瘤的发病人群以 50~80 岁的中老年人为主, 无显著的性别差异。肝门部神经鞘瘤无特异性临床表现, 也可无任何明显临床症状^[3]。肿瘤生长缓

[收稿日期] 2023-06-26; [修回日期] 2023-08-09

[作者简介] 徐石巧(1998-), 女, 贵州毕节人, 在读硕士研究生。E-mail: 841704422@qq.com

[通信作者] 范光明, 贵州中医药大学第二附属医院放射科, 550003。E-mail: 79173042@qq.com