

毗邻心脏 B<sub>2</sub> 型囊性胸腺瘤 1 例Type B<sub>2</sub> cystic thymoma adjacent to the heart: report of one case

杨雷,肖飞,郑光美,胡培,肖彬,郑霜,景红霞

(湖北医药学院附属人民医院超声影像中心,湖北 十堰 442000)

YANG Lei, XIAO Fei, ZHENG Guang-mei, HU Pei, XIAO Bin, ZHENG Shuang, JING Hong-xia

(Department of Ultrasound, Renmin Hospital, Hubei University of Medicine, Shiyan Hubei 442000, China)

[关键词] 胸腺瘤;超声心动描记术;体层摄影术,X线计算机

[中图分类号] R736.3;R540.45;R814.42

[文献标识码] B

[文章编号] 1008-1062(2024)11-0829-02

DOI:10.12117/jccmi.2024.11.018

**病例** 女,29岁,因外院行辅助生殖技术术前心脏彩超发现邻近心脏囊性肿物1周入院诊治。无特殊症状,无阳性体征。超声心动图示右房顶部右侧见大小4.5 cm×2.3 cm无回声结构,界清(图1);超声造影肿块未见增强(图2)。胸部增强CT示:前中纵隔偏右见5.6 cm×2.5 cm类椭圆形光滑低密度影(图3a),含少部分实性成分(图3b),呈轻度强化,考虑胸腺瘤可能。后行胸腔镜下纵隔病损切除术,术中探查见肿物位于右前纵隔,呈囊性改变,包膜完整,与周围组织界限清楚,右侧胸腔未见明显积液。病理结果显示:纵隔肿物切面大部分呈囊性,液清亮,囊壁厚0.2~0.4 cm,内壁灰红不光滑,实性区切面灰白。镜下提示B<sub>2</sub>型囊性胸腺瘤(图4)。术后患者恢复良好,复查胸部CT平扫未见明显异常(图5)。

**讨论** 胸腺瘤是起源于胸腺上皮的少见肿瘤,发病率为0.15/10万,其生长缓慢但多具有侵袭性<sup>[1-2]</sup>,囊性胸腺瘤为特殊类型胸腺瘤,较为罕见,其特征为胸腺瘤全部或大部分呈囊性。目前多认为胸腺瘤的慢性炎症会影响其血液供应,使肿瘤血管周围间隙扩大融合,最终导致胸腺瘤呈囊性改

变;或在原胸腺囊肿的壁上胸腺瘤发展和增殖而形成囊性胸腺瘤<sup>[3]</sup>。患者多表现为胸痛、胸闷、干咳、呼吸困难等压迫或侵犯症状。在囊性胸腺瘤中重症肌无力发生率相对较高,但本例患者无明显临床症状,仅因心脏彩超发现肿物前来就诊。

影像学检查是诊断胸腺瘤的重要手段,超声并非胸腺瘤的常规检查方式,但无明显症状、毗邻心脏的胸腺瘤常被超声心动图发现。当超声首诊发现毗邻心脏肿物时,需考虑纵隔来源可能,通过观察其边界、内部回声及血供情况<sup>[4]</sup>,可对其作出初步判断,对于边界清楚的囊性或囊实性肿物,需考虑胸腺来源可能。本例超声只显示了肿物囊性部分,因而超声造影病灶未见增强。CT是评估该疾病的常规影像技术,覆盖了整个胸部视野,对肿瘤的范围、边界及侵犯能提供进一步的解剖学评估,并可提供有关肿瘤增强程度等信息,也为临床分期和治疗方案提供可靠依据<sup>[2-5]</sup>。囊性胸腺瘤多表现为形态较规则、边界清晰的低密度肿块影,多位于大血管和心脏前面,呈轻度不均匀强化。

囊性胸腺瘤需与其他纵隔囊性疾病相鉴别,心包囊肿多

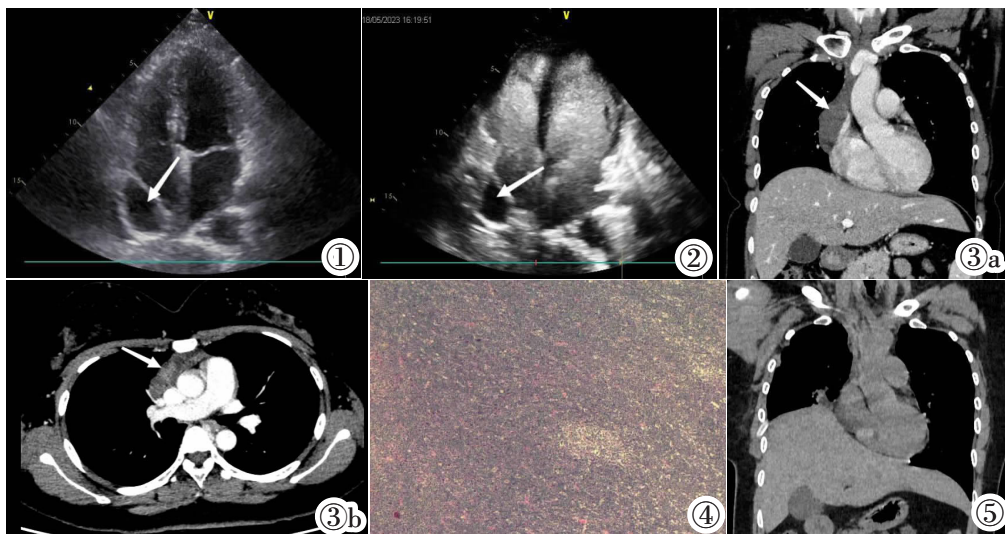


图1 超声心动图:右房顶部右侧见一无回声结构(箭头),界清。图2 超声造影:肿块(箭头)未见增强。图3 胸部增强CT:冠状位重组示(图3a)前中纵隔低密度影(箭头),横断位(图3b)示含少部分实性成分(箭头),呈轻度强化。图4 病理结果。纵隔肿物切面大部分呈囊性,液清亮内壁灰红不光滑,实性区切面灰白;镜下见肿瘤性上皮细胞与不成熟的T淋巴细胞混合(HE染色)。图5 术后胸部CT冠状位重组:未见明显肿块残留。

[收稿日期] 2024-01-03;[修回日期] 2024-01-28

[作者简介] 杨雷(1998-),女,湖北荆州人,在读硕士研究生。E-mail:1905809371@qq.com

[通信作者] 景红霞,湖北医药学院附属人民医院超声影像中心,442000。E-mail:20351424@qq.com

[基金项目] 湖北医药学院研究生院科技创新项目(NO.YC2024051)。

见于心膈角,但也可发生在心包的任何部位,有时与完全囊性变的胸腺瘤难以鉴别。胸腺囊肿囊壁光滑且多无分隔;囊性胸腺瘤多见纤维分隔及囊内结节;此外,胸腺囊肿随呼吸运动纵隔形态改变而变形是其特征性影像表现之一。囊性淋巴瘤囊腔为单房或多房,壁薄且实性成分少见,易发生感染或出血,表现为肿瘤体积迅速增大,囊液浑浊,囊壁增厚并出现明显强化。囊性畸胎瘤多可见脂肪、牙齿、骨骼、毛发等成分,有助于鉴别诊断<sup>[6]</sup>。

囊性胸腺瘤的治疗方式以手术切除为主,根据手术病理结果决定是否辅助放疗。其中经剑突下入路胸腔镜手术在胸腺瘤切除手术中具有创伤小、恢复快、术后并发症少等优点<sup>[7]</sup>。因囊性胸腺瘤大多包膜完整,多无胸腔积液、心包积液、周围组织侵犯、淋巴结肿大或远处脏器转移;且肿瘤以囊性成分为主,实性瘤体成分较少,恶性程度相对较低<sup>[8]</sup>,因此预后较好。

#### 【参考文献】

[1] Artal-Cortes AF, Verdun-Aguilar J, Marquez-Medina D. Opening

windows for thymic tumors[J]. J Thorac Oncol, 2023, 18(2): 136-138.

[2] Scorsetti M, Leo F, Trama A, et al. Thymoma and thymic carcinomas[J]. Crit Rev Oncol Hematol, 2016, 99: 332-350.

[3] Sakaguchi Y, Komatsu T, Takubo Y, et al. Resected case of giant cystic thymoma with spontaneous intracystic hemorrhage[J]. Surg Case Rep, 2019, 5(1): 30.

[4] 陈静,何佳林,刘影,等. 经胸超声在诊断纵隔肿瘤中的应用价值[J]. 心肺血管病杂志, 2021, 40(5): 477-480.

[5] 王亨强,黄壮士,李荣耀,等. 胸腺瘤 Masaoka 分期与 CT 特征相关性分析[J]. 中国临床医学影像杂志, 2019, 30(10): 694-697.

[6] Carter BW, Benveniste MF, Madan R, et al. ITMIG classification of mediastinal compartments and multidisciplinary approach to mediastinal masses[J]. Radiographics, 2017, 37(2): 413-436.

[7] 张科,童继春,吴奇勇. 经剑突下胸腔镜技术在胸腺瘤切除术中的应用[J]. 中国微创外科杂志, 2018, 18(2): 107-109.

[8] 肖刚,胡玉川,段世军,等. 囊性胸腺瘤的临床及 MRI 特征[J]. 放射学实践, 2020, 35(2): 165-169.

## 儿童左膈下异位肝误诊为隔离肺 1 例

### Misdiagnosis of left subphrenic ectopic liver in children as pulmonary sequestration: report of one case

吴美仙,程广明,覃慧,杨柳艳,韦浩,江露,覃文华

(广州市妇女儿童医疗中心柳州医院放射科,广西柳州 545616)

WU Mei-xian, CHENG Guang-ming, QIN Hui, YANG Liu-yan, WEI Hao, JIANG Lu, QIN Wen-hua

(Department of Radiology, Liuzhou Hospital of Guangzhou Women and Children's Medical Center,

Liuzhou Guangxi 545616, China)

【关键词】肝;异位;儿童;体层摄影术,X线计算机

【中图分类号】R657.3;R814.42 【文献标识码】B

DOI:10.12117/jccmi.2024.11.019

【文章编号】1008-1062(2024)11-0830-02

**病例** 女,8月22天,因“发现肺部肿物8月余”入院,患者母亲孕检时超声发现患儿左侧肺部肿物,其母亲孕期无特殊,出生后至今患儿未出现呼吸急促,未发生肺炎,生长发育情况良好,系第2胎足月娩出,出生体质量3.25 kg,否认出生时有窒息、抢救史,生后即母乳喂养,按时添加辅食,生长发育与正常同龄儿相仿。查体:胸廓无畸形,两肺叩诊呈清音,未闻及干湿性啰音。血常规五分类:白细胞数 $8.53 \times 10^9/L$ ,血红蛋白 $97 g/L$ ;超敏C反应蛋白 $>5.00 mg/L$ ,C反应蛋白 $12.63 mg/L$ 。

腹部CT平扫及增强检查示:左膈下软组织肿块,密度尚均匀,病灶大小约 $22 mm \times 8 mm \times 22 mm$ ,病灶与周围组织分界尚清晰,平扫CT值32 HU,增强动脉期明显强化,内见迂曲血管影,延迟期病灶强化尚均匀,CT值138 HU,腹腔干分支进入病灶内,病灶左侧旁可见提前显影静脉,呈粗大瘤样扩张,直径约5 mm,并向下汇入门静脉主干;病灶周围骨质未见破坏征象。

手术记录:左膈下、胃小弯右后、腹主动脉左侧可见一红色肿块,其下后方可见由腹腔干发出的供血管,直径约3 mm。大体病理:灰褐色不规则组织一块,大小约 $30 mm \times 20 mm \times 12 mm$ ,病理诊断:肿物内见肝组织,考虑肝组织异位。

【收稿日期】2024-03-01;【修回日期】2024-03-29

【作者简介】吴美仙(1987-),女,广西柳州人,主治医师。E-mail:514481012@qq.com

【通信作者】覃文华,广州市妇女儿童医疗中心柳州医院放射科,545616。E-mail:lzqwh267@126.com

**讨论** 异位肝组织是指发生在肝脏以外且解剖学上与肝脏无联系的肝组织<sup>[1]</sup>,临床罕见,国内外文献报道极少。异位肝组织多发于胆囊,其次为腹膜后、肝周韧带、胰腺、脾脏、胸腔与十二直肠韧带,这是异位肝组织形成机制与解剖结构协同作用的结果<sup>[2]</sup>,异位肝组织是肝脏的发育异常,其原因可能是附加的肝叶,由于其连接的血管蒂退化,成为肝脏本身无联系的异位组织或者当胚胎初期的肝组织没有完全突入腹腔或在突入腹腔的过程中残留的部分胚胎细胞继续发育为成熟的肝组织<sup>[3]</sup>。但由于异位肝组织与正常肝组织仅存在位置异常,多数患者并无典型临床症状,仅有少部分患者因毗邻脏器被压迫提示异常症状,所以目前临床难以直接诊断异位肝组织<sup>[4]</sup>。

异位肝组织一般密度均匀,部分病灶内部可见囊变或钙化,李向阳等<sup>[5]</sup>报道42例异位肝组织供血动脉主要为左或右肝动脉延续,也有肝固有动脉、肠系膜上动脉。叶外型隔离肺可见于腹腔内或腹膜后区域,供血动脉为腹主动脉上段,偶可见冠状动脉、胸廓内动脉、腹腔动脉、胃左动脉、膈动脉、肋间动脉等,引流静脉多回流到奇静脉、半奇静脉,也可至上下腔静脉。本病例病灶形态不规则,密度均匀,增强扫描渐进性