

• 病例报告 •

原发性子宫 B 细胞淋巴瘤超声表现 1 例报告

王慧慧, 许幼峰, 林珊虹, 张盛敏

doi:10.3969/j.issn.1671-0800.2024.05.035

【中图分类号】 R737.33 【文献标志码】 B 【文章编号】 1671-0800(2024)05-0681-03

原发性子宫 B 细胞淋巴瘤是一种罕见恶性肿瘤,起源于子宫 B 淋巴细胞^[1]。以往仅有从临床及病理学角度的个案报道,有关超声造影表现特征的报道较少。宁波大学附属第一医院收治 1 例原发性子宫 B 细胞淋巴瘤患者,现将该患者常规超声及超声造影表现、鉴别诊断进行总结,以提高对子宫 B 细胞淋巴瘤的认识和诊断,现报道如下。

1 病例

患者,女,59 岁,因“绝经 5 年,下腹胀半年,阴道出血 6 d,发现盆腔肿物 1 d”入院。查体:腹部膨隆,无压痛,可触及巨大包块(来源盆腔)。妇科检查:盆腹腔触及巨大包块,质硬,边界清,固定,底部达脐下,无压痛。实验室检查:糖类抗原 125(CA125)44.2 U/ml ↑,高危型 HPV16/18 DNA 检测:0.183,余阴性。

常规超声:宫体明显增大,回声减低,大小 117 mm×116 mm×155 mm,内部回声欠均,见封三图 9A;CDFI 示周边内部见较丰富血流,见封三图 9B;RI 0.48 见封三图 9C。内膜线清晰,宫腔内见不均质回声,CDFI 未见明显血流。

超声造影:穿刺左侧肘正中静脉,建立静脉通道,调整机器进入造影模式后经肘静脉团注声诺维(SonoVue, Bracco 公司)2.4 ml,继而注入 10 ml 0.9%氯化钠注射液,增强早期对比剂 12 s 开始显影(图 1A),对比剂光点从浆膜层逐渐向内膜快速灌注,呈“烟花样”快速弥漫性高增强,28 s 达峰(图 1B),强度高于周围肌层,增强晚期 55 s 开始消退为低增强,肿块内始终见部分无增强区(图 1C),5 min 后对比剂完全消退。

腹部增强 CT:子宫体积明显增大,较大横截面 170 mm×115 mm,呈软组织密度影,内见斑片状低密

度灶(图 2A),增强后病灶呈明显不均匀强化(图 2B)。

盆腔 MR 增强:盆腔可见大小 131 mm×120 mm×126 mm 团片状肿物影,T₁WI、T₂WI 示等信号影,其内信号不均(图 2C),可见条状 T₁WI 示高信号影,T₂WI 示高信号及低信号影,T₂W-FS 示稍高信号影,DWI 示弥散受限高信号影,增强可见强化信号影,其内信号不均(图 2D),与子宫分界不清。

术后病理结果:(1)大 B 细胞淋巴瘤伴 IRF4 重排(图 3A);(2)弥漫性大 B 细胞淋巴瘤,生发中心表型。免疫组化:Ki-67(+70%);P16(克隆号 E6H4):(+),PAX-8(+),CD10(+);CD20(克隆号 L26):(+),PAX-5(+),Bcl-6(+70%),Mum-1(+),Bcl-2(+70%),见图 3B。

本研究经宁波大学附属第一医院医学伦理委员会批准,豁免签署知情同意书。

2 讨论

淋巴瘤是一种起源于淋巴系统的恶性肿瘤,而原发性女性生殖道淋巴瘤相对较为少见,其中 B 细胞淋巴瘤是原发性女性生殖道淋巴瘤中主要病理类型。女性生殖道淋巴瘤好发部位依次为卵巢、宫颈、宫体^[1-3]。本例患者为罕见的原发性宫体 B 细胞淋巴瘤,表现为绝经后阴道异常流血,腹胀、盆腔包块,常规超声检查发现子宫弥漫性增大,回声减低,CDFI 示内部见较丰富血流,RI 0.48,内膜线清晰。这些常规超声声像图表现与强坤坤等^[4]报道相符。子宫淋巴瘤的内膜可显示完整,呈现“内膜漂浮征”,这是由于淋巴瘤是以单一细胞增殖为主的疾病,且结外淋巴瘤病变起源于脏器间质,因而脏器内原有的血管等解剖结构在疾病早期可不受影响。

与常规超声相比,超声造影能够客观评估病变的微血管灌注,从而判断病灶内部血供情况,并清晰地观察到病灶与周围组织的界限,为诊断提供更多

作者单位: 315010 宁波,宁波大学附属第一医院

通信作者: 张盛敏,Email: nbsmzhang@163.com

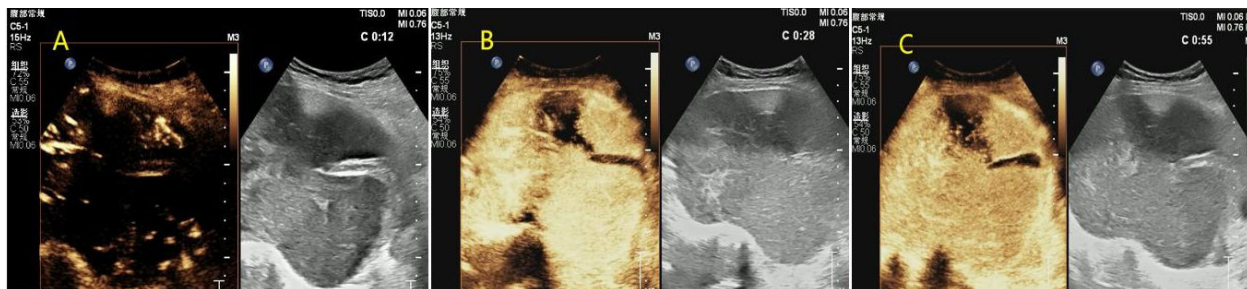
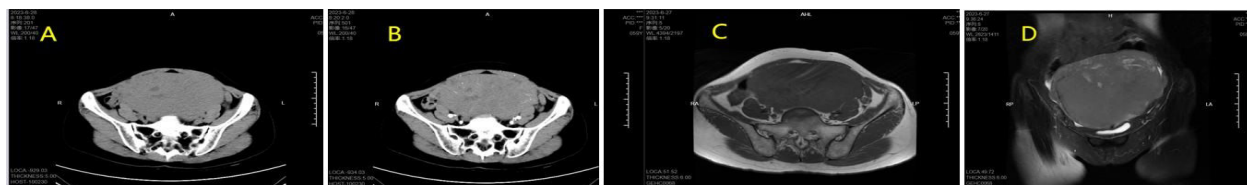


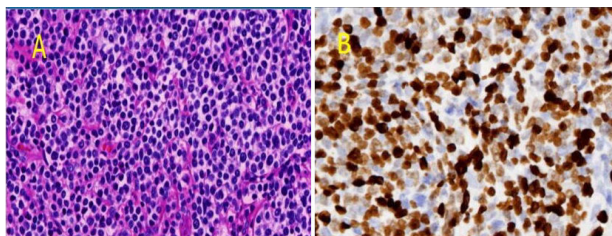
图1 经腹部获得的子宫体病变的超声造影图像

注:A为增强早期,对比剂12s开始显影,对比剂光点从浆膜层逐渐向内膜快速灌注;B为呈“烟花样”快速弥漫性高灌注,28s达峰;C为增强晚期,55s开始消退为低增强,肿块内开始终见部分无增强区



注:A为CT平扫可见盆腔巨大占位;B为CT增强动脉期轻度强化,见多发细小动脉;C为MRI平扫示子宫体积增大;D为MRI增强呈轻中度强化

图2 CT平扫加增强图像及MRI平扫加增强图像



注:A为肿瘤组织由弥漫增生小至中等大小瘤细胞组成(HE染色,×400);B为免疫组化染色(×400)

图3 病理图片

的客观依据。静脉子宫超声造影按对比剂灌注与消退时间,分为增强早期和增强晚期2个时相^[5]。本病例超声造影的表现:增强早期,病灶于12s开始,对比剂光点自浆膜层向内膜呈“烟花样”快速弥漫性高增强,28s达峰;增强晚期,病灶于55s开始缓慢消退消退为低增强,5min后对比剂完全消退,对比剂整体灌注与消退模式与董鹏等^[6]报道相一致。病灶对比剂灌注先于周围正常肌层,且呈“烟花样”快速弥漫性高增强,这是由于淋巴瘤血管高度增生,丰富的新生微血管同时向内膜蔓延汇合,呈现出整体弥漫性增强^[7-8]。值得关注的是本例患者病灶内出现的部分无灌注区,这是以往文献报道中较少出现的征象^[9],查阅资料发现这可能是由于肿瘤较大,引起组织内扩张的小动脉阻塞导致病灶坏死^[10]。而常规超声声像图往往观察不到这一征象。

原发性子宫B细胞淋巴瘤在常规超声中表现为子宫体弥漫性增大,肌层回声明显减低,这种表现缺乏特异性,因此需要其他疾病经行鉴别,具体包括:

(1) 子宫内膜间质肉瘤。子宫内膜间质肉瘤是起源于内膜间质细胞的恶性肿瘤,病变亦呈弥漫性回声减低,血流丰富,但特征表现为子宫内膜明显破坏,与子宫肌层分界不清,且周边缺乏完整包膜,整体内呈蜂窝样回声^[11],这是因为间质细胞肿瘤组织结构较疏松;(2) 子宫内膜癌。当中晚期子宫内膜癌累及肌层时,病变处肌层亦呈回声减低,血流丰富,但是观察发现此时子宫内膜往往边界不清,而子宫淋巴瘤早期通常不累及子宫内膜而向深部浸润,边界多清晰,呈“内膜漂浮征”。因此“内膜漂浮征”是一个重要的鉴别特征,有助于区分子宫淋巴瘤和其他子宫恶性肿瘤^[12]。子宫内膜癌与淋巴瘤的超声造影鉴别:增强早期、中晚期子宫内膜癌表现为呈快速高增强,造影剂开始灌注时间和造影剂达峰时间均早于正常肌层,在增强晚期,子宫内膜癌呈快退低增强,内膜与受累肌层分界不清,并且增强后病灶范围可能会扩大^[5],这一征象有助于鉴别诊断。

利益冲突 所有作者声明无利益冲突

参考文献

- [1] NASIOUDIS D, KAMPAKTSIS P N, FREY M, et al. Primary lymphoma of the female genital tract: An analysis of 697 cases[J]. Gynecol Oncol, 2017, 145(2): 305-309.
- [2] 梅长林, 葛均波, 徐永健, 等. 内科学[M]. 8版. 北京: 人民卫生出版社, 2014: 593-601.
- [3] LAGOO A S, ROBBY S J. Lymphoma of the female genital tract: current status[J]. Int J Gynecol Pathol, 2006, 25(1): 1-21.

- [4] 强坤坤,罗红,宋清芸,等.以女性生殖系统病变为首发症状的 14 例淋巴瘤的超声表现[J].中国临床医学影像杂志,2023,34(7): 500-503.
- [5] 中国医师协会超声医师分会.中国超声造影临床应用指南[M].北京:人民卫生出版社,2017:177-188.
- [6] 董鹏,林元强,滕登科,等.子宫弥漫性大 B 细胞淋巴瘤常规超声及超声造影表现一例[J].中华医学超声杂志(电子版),2020,17(3): 287-289.
- [7] NIU X, JIANG W, ZHANG X, et al. Comparison of contrast-enhanced ultrasound and positron emission tomography/computed tomography(PET/CT) in lymphoma[J]. Med Sci Moni. 2018, 24:5558-5565.
- [8] 卢叶君,张津楠,张剑,等.常规超声与超声造影及定量分析在鉴别转移性淋巴结和淋巴瘤中的诊断价值[J].中国超声医学杂志, 2022,38(9):1021-1025.
- [9] 胡君,张莹,唐薇,等.老年女性子宫弥漫大 B 细胞淋巴瘤一例[J].浙江中西医结合杂志,2023, 33(7): 645-646,650.
- [10] 王晓荣,张荣,宋涛,等.超声造影灌注缺损征象在可疑恶性颈部淋巴结中的应用价值[J].中国超声医学杂志,2017,33(9):776-779.
- [11] 杨萌,姜玉新,戴晴,等.子宫肉瘤的超声征象与病理学对照研究[J].中国医学影像技术,2006, 22(10): 1588-1591.
- [12] PARK S B, LEE Y H, SONG M J, et al. Sonographic findings of uterine cervical lymphoma manifesting as multinodular lesions[J]. Clin Imag, 2012, 36(5): 636-638.

收稿日期:2024-01-21

(本文编辑:吴迪汉)

肝脏炎性假瘤样滤泡树突细胞肉瘤 1 例报告并文献复习

俞佩佩

doi:10.3969/j.issn.1671-0800.2024.05.036

【中图分类号】 R333.4 【文献标志码】 B 【文章编号】 1671-0800(2024)05-0683-03

肝脏炎性假瘤样滤泡树突细胞肉瘤(inflammatory pseudotumor like follicular dendritic cell sarcoma, IPT-like FDSC)是一种少见的来源于滤泡树突细胞的低度恶性肿瘤,一般指伴有炎性细胞浸润的滤泡树突细胞肉瘤(follicular dendritic sarcoma, FDSC),其形态学表现类似于肝脏炎性假瘤。本文回顾性分析 1 例肝脏 IPT-like FDSC 患者的临床及影像学特征,现报道如下。

1 病例

1.1 一般资料 患者女,21 岁,2020 年 12 月 13 日以“右上腹部胀痛 1 d”入住三门县人民医院。患者既往体质良好,查体:腹软平坦,左上腹及右下腹轻度压痛,无反跳痛;肝脏肋下未及。实验室检查:甲胎蛋白 1.01 ng/ml,癌胚抗原 0.44 ng/ml,糖类抗原 199 2.5 U/ml,糖类抗原 125 7.9 U/ml,糖类抗原 153 8.8 U/ml;血常规白细胞计数 $5.7 \times 10^9/L$,血红蛋白 107 g/L,碱性磷酸酶 62 U/L,超敏 C 反应蛋白 15.9 mg/L, D-二聚体 0.98 mg/L。

1.2 影像学检查 CT 平扫右肝可见一类圆形低密

度肿块,边界尚清,大小约 $5.5 \text{ cm} \times 4.9 \text{ cm} \times 6.0 \text{ cm}$;增强扫描见动脉期病灶边缘实性部分明显强化,CT 值为 134 HU,其中央为大片放射状无强化区,静脉期及延迟期边缘实性部分持续强化,CT 值分别约 123 HU 及 101 HU,其中央坏死区始终未见明显强化;病灶供血动脉为增粗的肝右动脉分支,见图 1。

MRI 平扫显示肝右叶肿块 T_1WI 序列上呈低信号、 T_2WI 序列呈高信号,边界清晰,其中央见斑点状稍短 T_1 、短 T_2 信号;DWI 呈明显高信号,ADC 信号减低,见图 2。增强扫描使用肝脏特异性对比剂钆塞酸二钠(正大天晴药业),动脉期病灶边缘明显强化,中心未见明显强化,门脉期及移行期病灶强化程度减弱,等于同期肝实质,中心未强化区域范围缩小,肝胆期肿瘤不摄取对比剂呈低信号,边界显示更为清晰,见图 2。

1.3 手术与病理 术中探查:腹腔未见腹水,肝脏质地软,肝肿瘤位于右肝后叶,边界清,大小约 $5.5 \text{ cm} \times 5.0 \text{ cm}$,质软,予以右肝后叶切除术。大体病理:切面见一肿块,大小 $6.0 \text{ cm} \times 5.0 \text{ cm} \times 5.0 \text{ cm}$,镜下见肝组织内大量淋巴浆细胞浸润及胖梭形细胞增生,部分胖梭形细胞胞浆透亮,见图 3。免疫组化:CD3(淋巴细胞+)、CD20(淋巴细胞+)、CD21(部分+)、CD23(部分+)、CK(-)、DES(-)、EBER(+)、SMA(部分+)、

基金项目:三门县科技计划项目(22308)

作者单位:317100 浙江省三门,三门县人民医院

通信作者:俞佩佩,Email:yupei@zjsmyy.com