

肝恶性淋巴瘤超声造影表现1例

虞梅, 倪娟, 翟凌云, 汪茂文

上海市徐汇区大华医院超声科, 上海 200237

[关键词] 肝恶性淋巴瘤; 超声造影; 诊断

DOI: 10.3969/j.issn.1007-3969.2015.06.013

中图分类号: R735.3⁺4 文献标志码: A 文章编号: 1007-3639(2015)06-0479-02

1 临床资料

患者, 男性, 80岁, 于2014年9月22日因腔隙性脑梗塞、高血压3级而入院。体征: 神清, 近2个月来纳差, 体重略减轻, 偶有恶心想, 近2周感觉右上腹胀痛。曾于2014年3月20日因前列腺肥大住院治疗; 无肝炎病史, 肝功能正常。常规腹部超声诊断结果显示, 肝、胆、胰、脾、肾未见明显异常。2014年9月23日, 常规行腹部超声诊断结果显示, 肝内数个低回声区, 形态不规则, 最大范围回声区为98 mm × 87 mm(图1)。病灶区彩色血流信号稀疏, 但肝内管道走向未见改变。肝超声造影: 经肘静脉团注SonoVue 2.0 mL, 肝内低回声区于动脉期16 s开始与正常肝组织同步增强, 整个造影期均呈不均匀增强(图2)。2014年9月29日行增强CT诊断, 结果显示, 肝脏多发乏血供结节影伴左右叶大片状低密度影, 考虑为MT伴部分梗塞可能(图3)。9月23日实验室检查, 结果显示, 甲胎蛋白(AFP)为3.00 ng/L(0.89~8.78 ng/L), 糖类抗原CA50为1 042.56(0~25.00)U/mL, CA19-9为2 567.00(0~39.00)U/mL, 白细胞为 7.31×10^9 ($3.97 \times 10^9 \sim 9.15 \times 10^9$)

个/L [中性粒细胞占81.5%(50.0%~70.0%), 淋巴细胞占9.3%(20.0%~40.0%), 淋巴细胞绝对值为 0.68×10^9 ($0.8 \times 10^9 \sim 4.0 \times 10^9$)个/L], 血小板计数为 106×10^9 ($85 \times 10^9 \sim 303 \times 10^9$)个/L, 平均血小板体积11.5(6.5~12.0)fL。患者于9月30日对肝内病灶行超声引导下穿刺活检。组织病理学诊断结果发现, 肿瘤细胞呈弥漫性分布, 细胞较大, 呈圆形或不规则形, 细胞核大浓染等。诊断为原发性肝脏恶性淋巴瘤(primary hepatic lymphoma, PHL)。

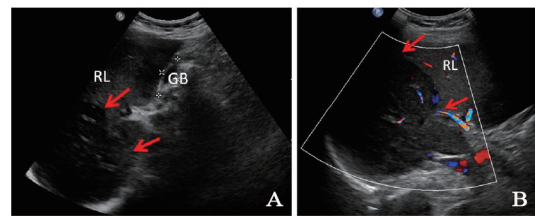


图1 2014年9月22日超声图像

Fig. 1 Ultrasound diagnosis in Sep. 22th, 2014

A: Conventional ultrasound showed a hypoechoic lesion (arrows) in the right lobe of the liver; B: Color Doppler flow imaging showed spotty blood flow signal in the lesion (arrows).

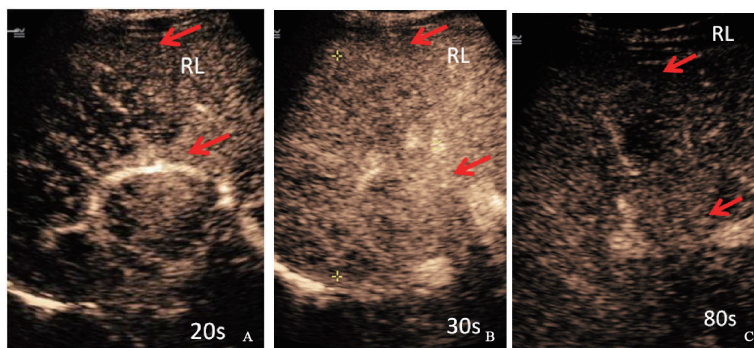


图2 注入造影剂后不同时间肝超声造影分析

Fig. 2 Contrast-enhanced ultrasound displayed the lesion with inhomogeneous hypoenhancement at different time after the injection of contrast agent

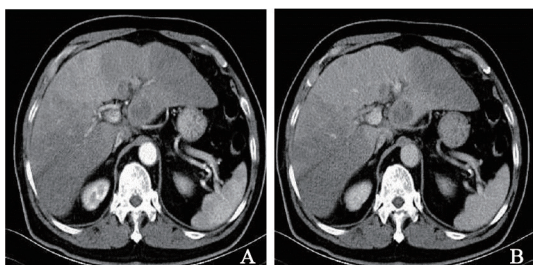


图3 2014年9月28日增强CT图像

Fig 3 Contrast-enhanced CT in Sep. 28th, 2014

A: Arterial phase; B: Portal phase; The 2 pictures both showed irregular shape and normal trace of intrahepatic vessels.

2 讨 论

PHL是指病变局限于肝内、早期无淋巴结及肝外扩散具有淋巴细胞标志的恶性肿瘤^[1], 发病率占肝脏恶性肿瘤的0.1%^[2-3]。其病因学和发病机制尚不清楚, 无特异性临床症状, 临床误诊率高, 往往误诊为原发性肝癌或转移性肿瘤^[4]。PHL临床罕见且不易被认识, 影响疾病的诊断、治疗及预后, 一旦发生肝功能衰竭, 常迅速死亡^[5-6]。该患者从9月22日入院诊断到10月4日死亡仅13 d, 病情演变迅疾, 常措手不及。因此, 我们总结该患者超声造影、增强CT、临床特点及相关实验室检查, 以期达到早期诊断、早期治疗, 提高患者生存率。

有文献报道^[4-6], PHL的病因及发病机制可能与免疫系统异常有关, 也可能与乙肝病毒或丙肝病毒诱发的慢性活动型肝炎在PHL发生、发展中起重要作用。PHL诊断标准不一, 根据国外淋巴瘤的诊断标准: ①临床症状主要为肝脏浸润引起的; ②无其他组织、器官侵犯和远处淋巴结肿大; ③无外周白细胞浸润; ④骨髓像正常。本病例符合上述诊断标准①~③, 年龄82岁男性,

病史中无肝炎病史, 临床表现有恶心、体重下降、右上腹胀痛, 实验室肿瘤标志物异常, 肝功能轻度异常, 肝脏肿块穿刺有淋巴组织浸润。超声造影表现病灶灌注消退快, 符合肝恶性肿瘤的造影特点。CT表现为片状低密度影。超声造影及增强CT均发现肝组织内管道结构未改变, 可能与肝脏汇管区的淋巴细胞诱发肝细胞恶变有关; 实验室检查: AFP在正常范围, CA50、CA19-9等明显增高, 血小板体积略降低。本病例在超声造影、增强CT等影像学上较特征性的表现, 可为PHL的早期发现、早期诊断和早期治疗提供一定的依据。

[参 考 文 献]

- [1] PAGE R D, ROMAGUERA J E, OSBORNE B, et al. Primary hepatic lymphoma: favorable outcome after combination chemotherapy [J]. *Cancer*, 2001, 92: 2023-2029.
- [2] EOM D W, HUH J R, KANG Y K, et al. Clinicopathological features of eight Korean cases of primary hepatic lymphoma [J]. *Pathol Int*, 2004, 54: 830-836.
- [3] SANTOS E S, LE SALVATIERRA J, MORGENZSTERN D, et al. Primary hepatic non-Hodgkin's lymphomas: case report and review of the literature [J]. *Am J Gastroenterol*, 2003, 98: 2789-2793.
- [4] BASCHINSKY D Y, WEIDNER N, BAKER P B, et al. Primary hepatic anaplastic large-cell lymphoma of T-cell phenotype in acquired immunodeficiency syndrome: a report of an autopsy case and review of the literature [J]. *Am J Gastroenterol*, 2001, 96: 227-232.
- [5] MAHER M M, MCDERMOTT S R, FENLON H M, et al. Imaging of primary non-Hodgkin's lymphoma of the liver [J]. *Clin Radiol*, 2001, 56: 295-301.
- [6] 刘玉国, 托帅, 徐克, 等. 原发性肝脏淋巴瘤的临床病理特点及其外科治疗 [J]. *世界华人消化杂志*, 2009, 17(9): 935-939.

(收稿日期: 2015-01-17 修回日期: 2015-05-04)