

腹膜后血管滤泡性淋巴结增生症一例

常莎 王长龙 陈大和

【中图分类号】R733.4 【文献标识码】D 【文章编号】1000-0313(2002)05-0459-01

病例资料 患者,女,24岁,反复右上腹胀痛1年。疼痛为无诱因持续性腹痛数几分钟,无放射痛,时隔数天反复发作。体检心肺及神经系统无明显异常。肿瘤五项及生化检查各项指标均在正常值范围。

B超示门静脉后方,下腔静脉前方实性占位性病变,考虑:肝尾叶肿瘤可能、不排除腹膜后肿瘤(肿块内血流丰富)。

CT示右侧腹膜后肿块,位于胰头后方,右肾上及下腔静脉之前方,平扫密度均匀,CT值42.8HU,范围约4.5cm×3.5cm(图1)。三期动态增强扫描,动脉期、肿块明显异常强化(图2)。门脉期及延时期、密度逐渐减低。肿块与胰头似有界限,对腔静脉有压迫(图3、4)。诊断为腹膜后占位病变。

胃肠钡餐透视检查见十二指肠降段外缘外来性弧形压迹,考虑为腹膜后肿瘤压迫。

一致。

手术与病理:术中见肿物中等硬度,4cm×4cm×6cm大小,包膜完整,位于肝十二指肠韧带右后方,下腔静脉前方,右肾左前上方,胰头上后缘。肿瘤血运丰富,由肝动脉、胃十二指肠动脉双重供血。术后诊断:腹膜后肿物、淋巴瘤?病理标本见肿物灰白色,包膜完整,切面灰白色,质软,鱼肉状。镜下所见:肿物实质由小淋巴细胞样细胞弥漫排列,细胞大小一致,偶见核分裂,可见较大核仁的细胞,间质少,小血管增生,可见似胸腺小体样结构(图5)。结合免疫组化结果,诊断为腹膜后肿瘤,符合血管滤泡性淋巴结增生(透明血管型)。

讨论 血管滤泡性淋巴结增生症,1965年由Castleman首先报道,目前趋向于称Castleman病或良性巨淋巴结增生症。70%发生于纵隔内,发生于后腹膜腔或肠系膜部者较少见,发

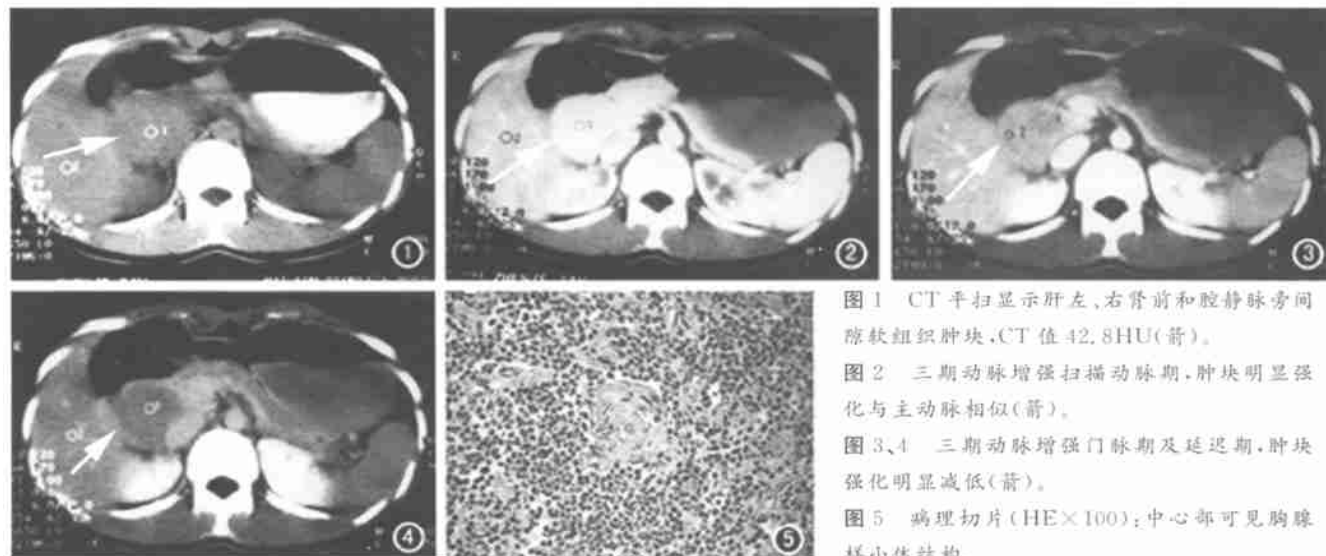


图1 CT平扫显示肝左、右肾前和腔静脉旁间隙软组织肿块,CT值42.8HU(箭)。

图2 三期动脉增强扫描动脉期,肿块明显强化与主动脉相似(箭)。

图3、4 三期动脉增强门脉期及延时期,肿块强化明显减低(箭)。

图5 病理切片(HE×100);中心部可见胸腺样小体结构。

起源,该病亦称血管瘤性淋巴性错构瘤。既可为无症状的单个淋巴结发生病变,也可为具有全身症状的多部位淋巴结发生病变。上腔静脉血栓形成,是与Castleman病相关的一种少见的表现。大体病理:病灶可分叶,有包膜、切面呈鱼肉状、质软。根据细胞形态及血管增生情况分为透明血管型(90%)和浆细胞型,后者极少血管显示,镜下见胸腺小体样结构,具有特征性诊断意义。

该病发病年龄广泛,无性别差异,透明血管型多无临床症状。CT显示病灶为圆形或分叶状,边界清楚及光滑的均匀密度软组织肿块,偶可出现钙化灶,增强后透明血管型明显强化,类似主动脉增强密度,本例增强后动脉期的CT值达149.2HU。而浆细胞型有强化,但强化程度不高,此与病理类型的血供相

病原因尚不明了,有人认为与炎症有关,也有认为是错构瘤性

本例CT检查虽然病灶强化过程特点为“快进快出”,根据其位置可排除肝癌,但因其少见,需与淋巴瘤、转移瘤或其他血供丰富或血管性病变鉴别,如嗜铬细胞瘤(无功能性)、血管瘤等,故术前诊断困难。该病变为良性,单发病变手术切除可达到治愈。

参考文献

- 1 仲明根. 腹腔淋巴瘤的病理类型和临床表现[J]. 实用外科杂志, 1998, 8(11): 562-564.
- 2 王成林, 林贵. 罕见病少见病的诊断治疗[M]. 北京: 人民卫生出版社, 1999. 575-576.
- 3 蒋亚平, 周康荣, 徐松涛. 胸腹部巨大淋巴结增生症的CT和MR诊断[J]. 临床放射学杂志, 2001, 20(11): 831.
- 4 Dhirga H. Castleman's disease and superior vena thrombi: a rare presentation and a review of the literature[J]. Mt Sinai J Med, 2001, 68(6): 410-416.

作者单位: 570208 海口, 市人民医院放射科
作者简介: 常莎(1949~), 男, 辽宁人, 副主任医师, 主要从事心胸及神经系统影像诊断工作。