

• 病例报道 •

脾原发性炎性肌纤维母细胞瘤一例

宋坤

【中图分类号】R814.42 【文献标识码】D 【文章编号】1000-0313(2011)07-0802-01

病例资料 患者,男,42岁,因B超体检发现脾脏占位性病变入院1周,无恶心、呕吐,无畏寒、发热,无腹痛、腹胀、腹泻,无乏力消瘦。查体:心肺(-),肝脾肋下未触及肿大,腹平软,无压痛。实验室检查:PLT $561 \times 10^9/L$, WBC $7.3 \times 10^9/L$, RBC $4.77 \times 10^9/L$ 。CT:脾脏大小正常,中上极近脾门处可见一大小约 $9.0 \text{ cm} \times 7.0 \text{ cm}$ 软组织肿块,与正常脾脏分界不清,其内密度不均匀,可见多发类圆形低密度坏死区。增强后动脉期(延迟 25 s)示肿块实性部分强化,CT 值约 55 HU(图 1);门脉期(延迟 60 s)示肿块实性部分进一步明显强化,CT 值约 110 HU(图 2),低于同层面脾脏密度;低密度坏死灶无明显强化,其周围及内部可见分隔样强化。腹腔内未见淋巴结肿大。CT 诊断:脾脏占位性病变,淋巴管瘤可能。

行腹腔镜下脾脏切除,术中所见:脾脏大小约 $20.0 \text{ cm} \times 15.0 \text{ cm}$,脾中上极有直径约 7.5 cm 大小肿块,包膜完整,光滑,质中等,脾周围有部分粘连。

病理检查:肿块处脾组织正常结构消失,肿瘤内梭形细胞增生,排列疏松,部分区域排列紧密,呈束状或编织状排列,其中有大量血管和浆细胞、淋巴细胞和嗜酸性粒细胞浸润,肿瘤内有缺血性坏死,其余脾组织轻度淤血(图 3)。免疫组织化学检查:梭形细胞区 Vimentin(+),梭形细胞区 SMA(+),组织细胞 CD163(+),CK(-),S-100(-),CD21(-),CD23(-)。病理诊断:脾炎性肌纤维母细胞瘤。

讨论 炎性肌纤维母细胞瘤(inflammatory myofibroblastic tumor, IMT)是一种罕见的肿瘤,WHO 软组织肿瘤国际组织学分类专家组将其定义为由分化的肌纤维母细胞性梭形细胞组成、常伴有大量浆细胞和(或)淋巴细胞的一种肿瘤,既往又称为炎性假瘤。IMT 病理表现多为良性,但有些病例可表现为局部浸润生长、复发和远处转移,故可定为交界性生物学特征。IMT 临床少见,多发生于肺部,也可见于身体的任何部位,如皮肤下、心脏等,而原发于脾脏的则更少见。

脾脏 IMT 的发病年龄范围较广,多见于中年人,男女无明显差异。一般无明显症状或出现非特异性症状,主要表现为左上腹不适。部分患者可出现发热、乏力、便秘、血尿、体重减轻、贫血和血沉加快等症状。腹部超声、CT 扫描体检时发现脾内占位,常被误诊为恶性肿瘤。脾脏 IMT 至今病因和发病机制不明,文献报道其可能与下列因素有关:①与自身免疫反应^[1];②是一种内源性或外源性过敏原引起的变态反应^[2];③可能发生于手术及外伤后,感染、贫血等因素引起的反应性改变^[3];④可能与 EB 病毒感染有关。在 CT 诊断上应与以下疾病相鉴别:①脾淋巴管瘤。CT 显示脾脏常呈弥漫性增大,脾内成单个或多发类圆形低密度灶,密度不均,其内见纤维间隔形成,常以多

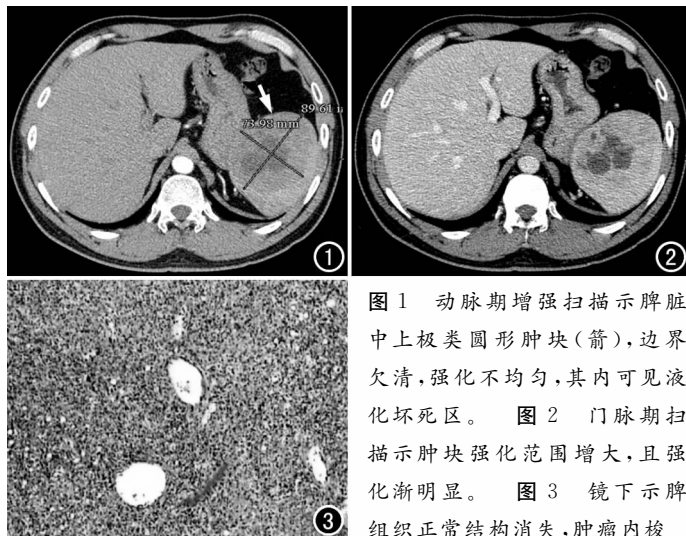


图 1 动脉期增强扫描示脾脏中上极类圆形肿块(箭),边界欠清,强化不均匀,其内可见液化坏死区。图 2 门脉期扫描示肿块强化范围增大,且强化渐明显。图 3 镜下示脾组织正常结构消失,肿瘤内梭

形细胞增生,排列疏松,部分区域排列紧密,呈束状或编织状排列,其中有大量血管和浆细胞、淋巴细胞和嗜酸性粒细胞浸润($\times 100$, HE)。

房性病变存在,增强扫描纤维间隔及边缘区成不均匀强化;②脾血管瘤。增强后病灶均匀强化,且随时间延迟逐步充填变为等密度;③脾转移瘤。多数肿瘤边界不清,增强扫描轻-中度强化,可有典型“牛眼征”表现,如有肿瘤史则鉴别不难。

脾脏 IMT 属于中间性(偶有转移性)的间叶组织肿瘤^[4]。脾切除是主要的治疗手段,预后良好,现在国内外已全面开展腹腔镜脾切除术,效果良好。大多数患者术后恢复良好,但有报道少数病例出现 IMT 术后复发或转移,尤其以肝转移多见^[5]。

参考文献:

- [1] Nasir A, Budhrani SS, Hafner GH, et al. Inflammatory pseudotumor of the spleen associated with a cavernous hemangioma diagnosed at intra-operative cytology: report of a case and review of literature[J]. In Vivo, 1999, 13(11): 87-92.
- [2] Thomas RM, Jaffe ES, Zarate-Orsorio A, et al. Inflammatory pseudotumor of the spleen. a clinicopathologic and immunophenotypic study of eight cases[J]. Arch Pathol Lab Med, 1993, 117(9): 921-926.
- [3] Variami E, Terpos E, Vgenopoulou S, et al. Inflammatory pseudotumor of the spleen: a case report and review of the literature[J]. Ann Hematol, 1999, 78(12): 560-563.
- [4] 朱雄增. 软组织肿瘤 WHO 最新分类特点[J]. 临床与实验病理学杂志, 2003, 19(1): 94-95.
- [5] Chen HW, Lai EC, Huang XJ, et al. Inflammatory myofibroblastic tumours of the spleen and liver[J]. Asian J Surg, 2008, 31(1): 25-28.

(收稿日期: 2010-12-27)

作者单位: 312000 浙江, 绍兴市人民放射科

作者简介: 宋坤(1979-), 男, 山东临沂人, 主治医师, 主要从事 CT 及 MR 诊断工作。