·病例报道·

原发胸壁混合细胞型经典霍奇金淋巴瘤一例

孟楠，王红霞，金兴兴，柳计强，韩东明

【关键词】 胸壁；霍奇金病；体层摄影术，X 线计算机

【中图分类号】R323.21；R814.42；R733.1 【文献标识码】D 【文章编号】1000-0313(2018)06-0653-02

DOI：10.13609/j.cnki.1000-0313.2018.06.024 开放科学(资料服务)标识码(OSID)

病例资料 患者，男，30 岁，因胸部间断疼痛 1 年余，发现胸壁肿物进行性增大 2 个月余入院。体格检查：胸壁见一直径约 8 cm 的圆形肿物，局部皮肤发红，质韧，活动度差，触之不痛，由肿物下缘向上推可有疼痛感，听诊可有血管杂音。实验室检查：血常规、血生化、肿瘤标记物检查未见异常。胸部彩超：右胸壁皮下肌肉层内低回声团块，性质待定；胸部 CT 平扫：前上胸壁偏右见较大丘状软组织肿块，密度较均匀，大小为 66.4 mm×26.8 mm×92.1 mm，周围脂肪间隙浑浊，与右侧胸大肌分界不清(图 1)，临近胸骨骨质增生硬化(图 2)，胸骨后方软组织影增厚。增强后病变呈不均匀中等强化，内见小血管穿行(图 3)。于 2016 年 10 月在新乡医学院第一附属医院行胸壁肿物切除术。手术所见：肿物质脆呈鱼肉状，与周围组织粘连紧密无明显界限，且与胸大肌、胸小肌关系密切。肿物下方紧贴胸骨及肋软骨，近肋骨处未向胸腔内延伸。

病理结果：骨骼肌浸润，细胞稀疏，有一定异型性，见核分裂像，间质粘液样变伴炎性细胞浸润，见薄壁血管。免疫组化结果显示：CD163(＋)，CD20(－)，CD3(－)，CD34(－)，Ki-67(＋25－50％)Lysozyme(＋)，MPO(－)，S-100(＋)，SMA(－)，Vimentin(＋)，CD10(－)，CD1a(＋)，CD68(＋)，CD99(－)，CK(－)，ALK(－)，CD15(－)，CD45(－)，EMA(散在＋)，GranzymeB(－)，MUM-1(＋)，PAX-5(＋)，TIA-1(－)，CD4(＋)。重染：CD30(＋)。形态学结合免疫组化，考虑经典霍奇金淋巴瘤，符合混合细胞型(图 4)。

讨论 混合细胞型霍奇金淋巴瘤约占经典霍奇金淋巴瘤的 30％，其组成以 R-S 细胞为主，并伴有嗜酸细胞、淋巴细胞、浆细胞等多种细胞。年龄、性别、白细胞计数等是影响预后的重要因素[1]。本病主要在儿童和老年人中发病[2]，好发于颈部、锁骨上、纵隔等处的淋巴结，年轻患者罕见，原发于胸壁者更甚。本例病变起源于胸壁肋间淋巴组织，根据其特征，可归于体表隆起型[3]。其发病原因可能与 EB 病毒感染[4]、免疫缺陷和遗传因素有关。

本病影像学表现缺乏特异性。CT/MR 平扫多表现为等/略低密度或稍长 T_1、稍长 T_2 软组织肿块影，周围脂肪间隙多浑浊，肿块较大时可出现斑片状低密度/低信号坏死区，临近组织受压或受侵，相应骨骼可出现破坏，增强后病变多呈不均匀中等强化，血供丰富者可见小血管穿行。

该病诊断需与胸壁常见良恶性病变进行鉴别。胸壁脂肪瘤，由成熟脂肪细胞组成，包膜常完整，CT/MR 显示为边缘清晰、均匀一致的脂肪密度/信号影[5]。

胸壁结核，与肺结核密切相关，CT/MR 显示为软组织密度/信号影，增强后呈环形强化，部分病变内可见钙化[6]。③胸壁神经鞘瘤，来源于肋间神经或脊神经根，CT/MR 显示为密度均匀，边缘光滑软组织密度/信号影，肿瘤较大时可见坏死区，增强扫描呈均匀

作者单位：453100 河南，新乡医学院第一附属医院磁共振科

作者简介：孟楠(1990－)，男，河南驻马店人，硕士，住院医师，主要从事中枢神经系统与体部 MR/CT 诊断工作。

通讯作者：韩东明，E-mail，625492590@qq.com

定的价值。若入院前患者昏迷无法得知中毒的来源，根据影像表现肺内及腹部的血管旁的渗出表现也要高度怀疑相思豆中毒，临床再根据血象检查发现红细胞的凝集及溶血反应基本可以得出诊断意见，对指导接下来的治疗也是大有裨益的。综上，CT 平扫相思豆中毒肺内及腹部主要表现为肺内的磨玻璃样渗出改变、胸腔积液、腹部的肠系膜浑浊及腹膜增厚。

参考文献：

[1] 王利春，王景林. 相思豆毒素研究及应用[J]. 生物技术通讯，2004，15(2)：186.

[2] 褚玲玲，伍芬淑. 1 例相思豆中毒的救治体会[J]. 重庆医学，2008，37(22)：2546.

(收稿日期：2017-05-12 修回日期：2017-06-19)

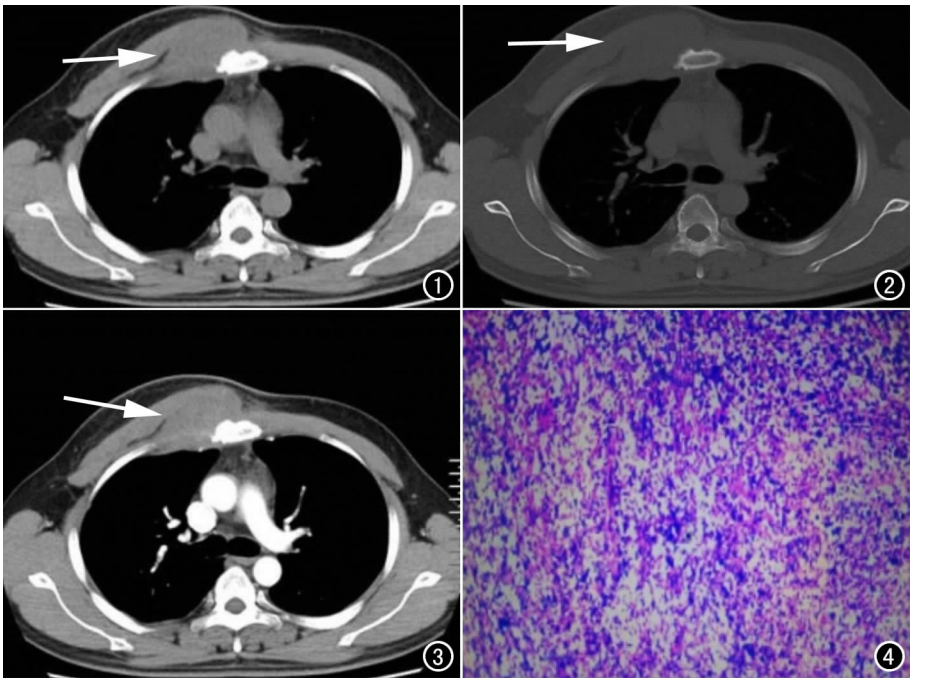

图 1 胸部 CT 平扫软组织窗示前上胸壁偏右较大丘状软组织肿块(箭),周围脂肪间隙浑浊,与右侧胸大肌分界不清。**图 2** 胸部 CT 平扫骨窗示病变临近胸骨骨质增生硬化(箭)。**图 3** 胸部 CT 增强示病变呈不均匀中等强化,内见小血管穿行(箭)。 **图 4** 镜下病理示细胞稀疏,有一定异型性,见核分裂像,间质粘液样变伴炎性细胞浸润,可见薄壁血管。

或不均匀强化,少数肿瘤不强化[7],可伴邻近肋骨骨质压迫吸收表现。

综上,虽然 CT/MR 可较好的显示本病肌层浸润深度、周围软组织及骨质情况,但其影像学表现缺乏特异性,主要依靠其他疾病的特征性影像表现进行排除,因此本病确诊仍需依靠病理及免疫组化。

参考文献:

[1] Ansell SM. Hodgkin lymphoma: 2014update on diagnosis, risk-stratification, and management[J]. Am J Hematol, 2014, 89(7): 771-779.

[2] Vadiman JW. The World Health Organization (WHO) classification of tumors of the hematopoietic and lymphoid tissues: an overview with emphasis on the myeloid neoplasms[J]. Chem Biol Interat, 2010, 184(1/2): 16-20.

[3] 邱森县. 原发性胸壁恶性淋巴瘤四例报告[J]. 临床放射学杂志, 1993, 23(6): 373-374.

[4] Al-Salam S, Awwad A, Sudhadevi M, et al. Epstein-Barr virus infection correlateswith the expression of Cox-2, p16 INK4A and p53 In classic Hodgkin lymphoma[J]. Int JClin Exp Pathol, 2013, 6(12): 2765-2777.

[5] Papakostas T, Tsovilis AE, Pakos EE. Intramuscular lipoma of thethenar: a rare case[J]. Arch Bone Jt Surg, 2016, 4(1): 80-82.

[6] 张在鹏, 刘国兵, 曾俊杰, 等. 胸壁结核的影像学评价[J]. 放射学实践, 2013, 28(7): 767-769.

[7] 朱玉春, 王建良, 邢伟, 等. 胸壁神经鞘瘤的 CT 表现与病理分析[J]. 临床放射学杂志, 2016, 35(5): 723-726.

(收稿日期: 2017-03-23 修回日期: 2017-04-17)