

左上臂尺神经滤泡性淋巴瘤一例

姚雅双, 李晓娜, 韩殊曼, 贾俊凡, 史瑞清, 刘莹, 彭志刚

【关键词】 淋巴瘤, 滤泡性; 尺神经; 体层摄影术, X 线计算机; 磁共振成像

【中图分类号】 R733.4; R322.85; R814.4; R445.2 【文献标识码】 D

【文章编号】 1000-0313(2026)02-0237-02

DOI:10.13609/j.cnki.1000-0313.2026.02.021

开放科学(资源服务)标识码(OSID):

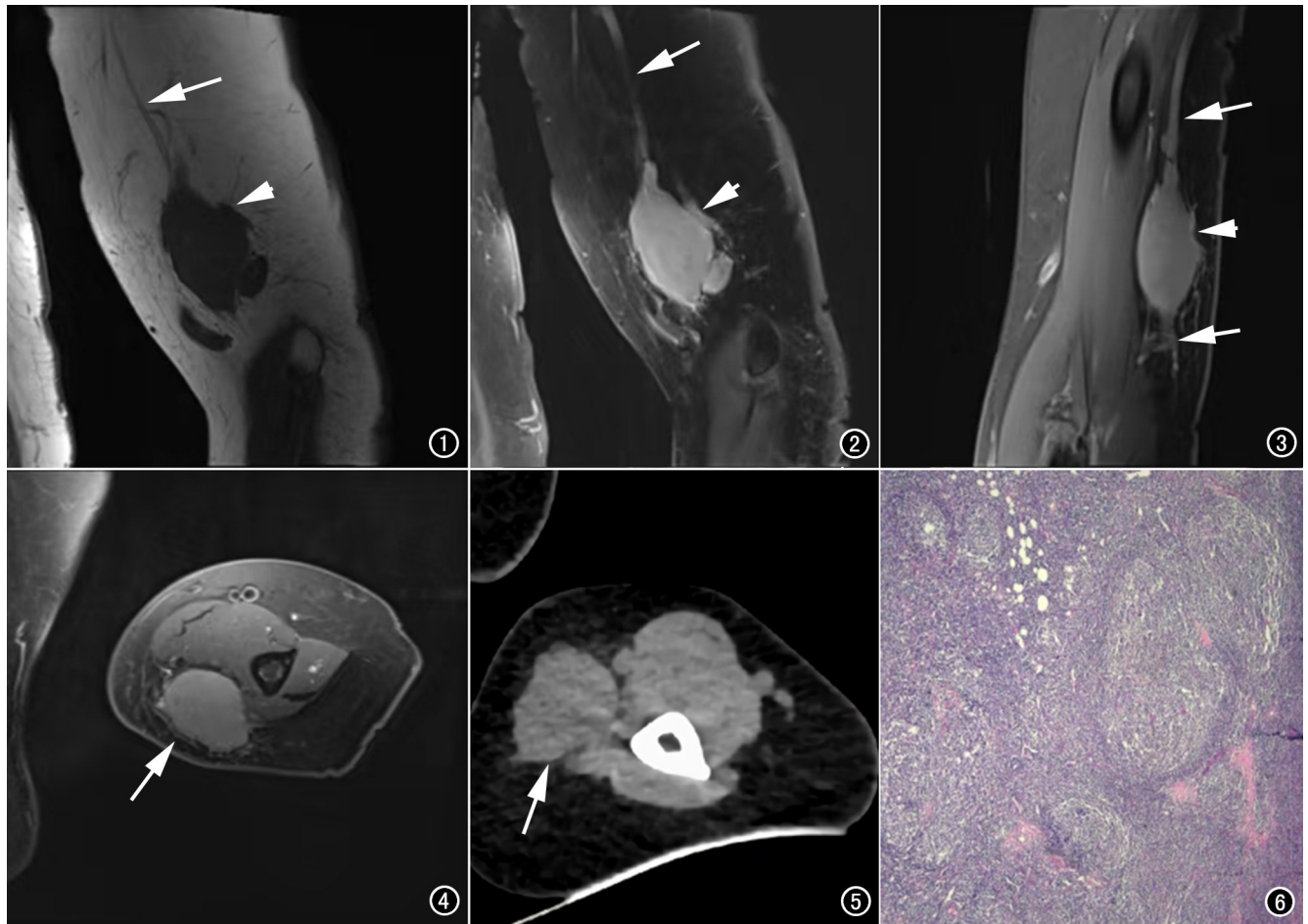


图 1 肱骨下段(左)MRI 图。T₁WI 示左侧肱骨下段软组织内病灶(箭)呈低信号,上缘见尺神经(箭头)与之相连。图 2 肱骨下段(左)MRI 图。T₂WI-FS 示病灶(箭)呈高信号,上缘见尺神经(箭头)与之相连。图 3 肱骨下段(左)MRI 图。T₂WI-FS 示病灶(箭)呈高信号,上下缘见尺神经(箭头)与之相连。图 4 肱骨下段(左)MRI 图。T₂WI-FS 横断面上见病灶椭圆形(箭),呈高信号。图 5 肱骨下段(左)CT 平扫图。示椭圆形肿物影(箭),CT 值约 35HU。图 6 滤泡性淋巴瘤病理图(HE 染色×40)。镜下见淋巴组织明显增生,形成大小不等的滤泡样结构,滤泡内细胞排列密集,细胞核深染。

作者单位:050051 石家庄,河北医科大学第三医院医学影像科

作者简介:姚雅双(2000-),女,河北泊头人,硕士研究生,住院医师,主要从事神经影像学工作。

通讯作者:彭志刚, E-mail: hbydsy2022@163.com

基金项目:河北省医学科学研究课题计划(20240020)

病例资料 患者,女,83岁,主因“发现左上肢肿物1d”就诊于河北医科大学第三医院。肿物大小约5cm×3cm,质韧,边界清,活动度可,腋窝未见明显增大淋巴结影。肱骨下段(左)MRI:软组织内可见一椭

圆形肿物,呈低 T₁ 稍高 T₂ 信号影,肿物生长于尺神经上,上下缘见尺神经影,鼠尾征,肿物近端尺神经增粗,局部信号稍增高,为肿物侵袭尺神经所致(图 1~4)。CT 平扫示左侧肱骨下段内侧软组织内肿物影,约 2.6 cm×3.6 cm×5.3 cm 大小(图 5),CT 值 35 HU。手术及病理(图 6):行左上肢肿物切除术,取左上肢纵行手术切口,肿物位于肌后,拉钩牵拉完整显露肿物,肿物约 6 cm×5 cm×4 cm 大小,包膜完整,肿物长轴与上肢平行,肿物与尺神经关系紧密。术后病理诊断:(左上肢尺神经肿瘤)淋巴造血系统肿瘤,考虑滤泡性淋巴瘤(follicular lymphoma,FL)。免疫组化:CD5(-),CD3(-),CD20(+),Pax-5(+),CD23(+),CD21(FDC+),CD10(+),Bcl-2(+),Bcl-6(弱+),MUM-1(-),Cyclin D1(-),LEF1(-),Ki-67(30%+)。

讨论 FL 是一种低恶性 B 细胞肿瘤,属于非霍奇金淋巴瘤(non-Hodgkin's lymphoma,NHL)。我国 FL 的发病率占 B 细胞 NHL 的 8.1%~23.5%^[1],中位发病年龄 50~60 岁^[2]。淋巴瘤主要累及淋巴结,淋巴结以外如骨、肺等组织极少见^[3]。肿瘤区域个数的增加可提高 FL 患者的危险度分级,因此结外淋巴瘤的诊断对评估 FL 患者病情有重要作用^[4]。FL 累及神经少见,而原发于神经的 FL 罕见,本病例病变发生于尺神经,国内外文献均未见报道。

FL 临床表现主要为无痛性淋巴结肿大,多部位淋巴结受累。而本例患者的肿物为单发,区域也未见明显肿大淋巴结。FL 在影像上表现为多部位、多组淋巴结肿大,部分相互融合,密度均匀,多呈等密度或稍低密度。在 MRI 上表现为 T₁WI 低信号,T₂WI 高信号,边缘清楚。

本例患者肿物位于尺神经上,CT 平扫密度较均匀,未见明显坏死及囊变;MRI 肿物呈低 T₁ 高 T₂ 信号影,沿肿物上下缘见细长的尺神经影,为鼠尾征,该征象是诊断神经鞘瘤的重要征象,故易被误诊为神经

鞘瘤。

神经鞘瘤常见于 20~50 岁,无性别差异,可发生于任何部位^[5],一般边界清楚,有包膜,且肿瘤旁见伴行神经^[6],它的 CT 平扫特点为病变边界清楚,呈软组织密度,密度均匀,也可不均匀;MRI 特点为 T₁WI 低或等信号,T₂WI 不均匀高信号。此例病变生长于尺神经上,密度均匀,但 T₂ 信号较均匀,与神经鞘瘤不符;神经鞘瘤直径一般<5 cm,当肿瘤较大时,通常沿神经干一侧偏心生长,呈分叶状和囊性,伴有实性结节^[7],此例未见以上征象。

CT 和 MRI 检查对于发现 FL 和监测 FL 病情进展有重要作用。由于本例发生在尺神经为罕见位置,故影像诊断也比较困难。本病例提示肿瘤发生在神经上并伴有鼠尾征时,除考虑神经源性肿瘤外,应特别注意 T₂ 信号是否均匀,以及有无分叶、囊变、结节等,从而与 FL 进行鉴别,但确诊仍依赖术后病理。

参考文献:

- [1] 苏文佳,王树叶.滤泡性淋巴瘤的预后分层和治疗进展[J].实用肿瘤学杂志,2020,34(2):189-192.
- [2] 白敏,韩维娥,关涛,等.复发难治滤泡淋巴瘤 1 例并文献复习[J].白血病·淋巴瘤,2022,31(6):371-373. DOI: 10.3760/cma.j.cn115356-20220111-00015.
- [3] 邹月芬,冯阳,徐海.骨原发性淋巴瘤的影像学特点[J].实用放射学杂志,2008,24(8):1072-1074.
- [4] 徐海芸,杨烁慧.能谱增强 CT 诊断继发性骨骼肌滤泡性淋巴瘤的病例分析[J].CT 理论与应用研究,2024,33(22):221-227. DOI: 10.15953/j.ctta.2023.022.
- [5] 龙德云,陈明安,陈和平,等.少见部位神经鞘瘤的临床特点及 CT 表现[J].临床放射学杂志,2006,25(12):1173-1174.
- [6] 曾向廷,郑少燕,吴先衡,等.外周神经源性肿瘤的 MRI 表现[J].放射学实践,2013,28(4):451-454. DOI: 10.13609/j.cnki.1000-0313.2013.04.013.
- [7] Pavlus JD,Carter BW,Tolley MD,et al.Imaging of thoracic neurogenic tumors[J].Am J Roentgenol.2016,207(3):552-561. DOI: 10.2214/AJR.16.16018

(收稿日期:2025-03-15 修回日期:2025-04-13)