

◆ 个案报道

Cardiac primary epithelioid hemangioendothelioma: Case report
心脏原发性上皮样血管内皮瘤 1 例刘 峰^{1,2}, 曹 亮^{1,2}, 胡 瑞^{1,2}, 李 瑞^{1,2}, 陈梓娴², 郭顺林^{2*}

(1. 兰州大学第一临床医学院, 甘肃 兰州 730000; 2. 兰州大学第一医院放射科, 甘肃 兰州 730000)

[Keywords] heart neoplasms; hemangioendothelioma, epithelioid; magnetic resonance imaging

[关键词] 心脏肿瘤; 上血管内皮瘤, 上皮样; 磁共振成像

DOI: 10.13929/j.issn.1003-3289.2022.11.036

[中图分类号] R732.1; R445 [文献标识码] B [文章编号] 1003-3289(2022)11-1751-02

患者男, 28 岁, 胸闷气短 1 天, 加重半天; 既往体健。查体未见明显异常。实验室检查: 脑利钠肽 (brain natriuretic peptide, BNP) 138.9 pg/ml, 血清铁蛋白 1137 ng/ml, 三碘甲状腺原氨酸 79.2 ng/dl。经胸超声心动图 (transthoracic echocardiography, TTE): 右心房内见 66 mm × 53 mm × 50 mm 类圆形中-低回声肿物, 形态尚规则,

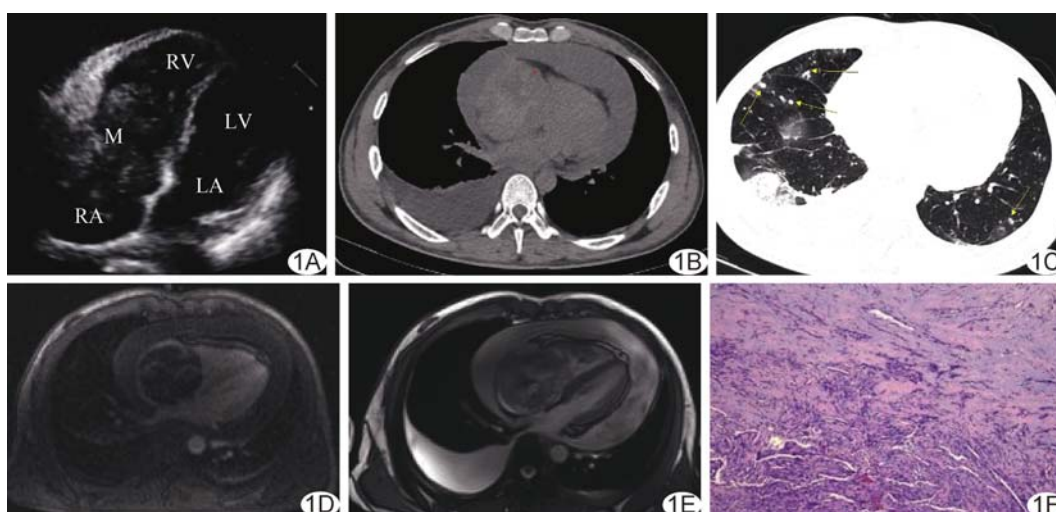


图 1 心脏原发性上皮样血管内皮瘤伴双肺多发转移 A. 超声心动图 (RV: 右心室; RA: 右心房; LV: 左心室; LA: 左心房; M: 肿物); B. 胸部平扫纵隔窗 CT 图; C. 胸部平扫肺窗 CT 图 (箭示结节灶); D. 心脏延迟强化 MR T1WI; E. 心脏平扫 MR T2WI; F. 病理图 (HE, ×400)

活动度小 (图 1A), 心包见无回声暗区; 提示右心房实质性占位病变 (性质待定)、大量心包积液。胸部平扫 CT: 右心房增大, 内见 74 mm × 65 mm 混杂高密度肿物, 边界不清 (图 1B); 双肺多发结节灶, 部分呈磨玻璃密度 (图 1C), 纵隔多发肿大淋巴结。心脏 MRI: 右心房 7.9 cm × 7.1 cm 混杂信号分叶状肿物, 呈 T1WI 等信号、T2WI 稍低信号, 边界欠清, 弥散加权成像 (diffusion weighted imaging, DWI) 高信号, 延迟强化呈不均匀强化 (图 1D); 肿瘤侵犯并突破右心房前侧壁, 累及心包及升主动脉 (图 1E); 双肺见多发异常强化信号; 提示右心房占位、考虑恶性肿瘤 (血管肉瘤可能性大), 大量心包积液, 双肺转移可能。行全麻下开胸探查术, 左心房、主动脉根部、右心房及部分右心室表面见菜花状肿物, 触之易出血, 上、

下腔静脉, 右心室内及主动脉根部见大块肿物, 质硬, 均已无法切除, 遂切取少量标本送检。术后病理: 光镜下肿瘤组织界限较清, 实质部分由大小不等血管构成, 部分呈分支状, 肿瘤细胞部分呈上皮样或异型性, 排列密集, 组织充血、水肿, 部分间质黏液样变性, 局部见出血 (图 1F); 免疫组织化学: CD34 (++++), CD31 (++++), FLI-1 (++++), Ki-67 (30%+)。病理诊断: (心脏) 上皮样血管内皮瘤 (epithelioid hemangioendothelioma, EHE)。临床诊断: 心脏 EHE, 双肺多发转移。

讨论 EHE 是起源于原始内皮细胞的罕见血管源性恶性肿瘤, 可原发于肺、胸膜、肝脏、软组织及骨骼, 心脏罕见, 其中位于右心房内者居多; 临床症状主要取决于肿瘤位置及大小。心脏 EHE 可致咯血、心悸、胸痛及呼吸窘迫, 亦可无明显症状,

[基金项目] 2019 年兰州大学第一医院院内基金 (ldyyyn2019-78)。

[第一作者] 刘峰 (1998—), 男, 江西赣州人, 在读硕士。E-mail: liufeng2290@163.com

[通信作者] 郭顺林, 兰州大学第一医院放射科, 730000。E-mail: guoshunlin@msn.com

[收稿日期] 2022-04-20 [修回日期] 2022-06-28

影像学表现不具特异性。本例 EHE 位于右心房, 侵及心包及升主动脉; BNP 升高应与肿瘤侵犯心肌有关。本病需与心脏血管瘤及黏液瘤相鉴别。确诊依靠病理学检查。

¹⁸F-FDG PET/CT findings of primary cryptorchidism choriocarcinoma with multiple lung metastases: Case report

1 例原发隐睾绒毛膜癌伴多发肺转移¹⁸F-FDG PET/CT 表现

杨晓楠¹, 姜雯雯¹, 张 静¹, 丁 彬², 王康宁¹, 房 娜¹, 王艳丽^{1*}

[1. 青岛大学第二临床医学院(青岛大学附属青岛市中心医院)分子影像科 PET/CT 中心, 2. 病理科, 山东 青岛 266042]

[Keywords] cryptorchidism; choriocarcinoma; tomography, X-ray computed; positron-emission tomography

[关键词] 隐睾; 绒毛膜癌; 体层摄影术, X 线计算机; 正电子发射断层显像

DOI: 10.13929/j.issn.1003-3289.2022.11.037

[中图分类号] R737.21; R817.4 [文献标识码] B [文章编号] 1003-3289(2022)11-1752-01

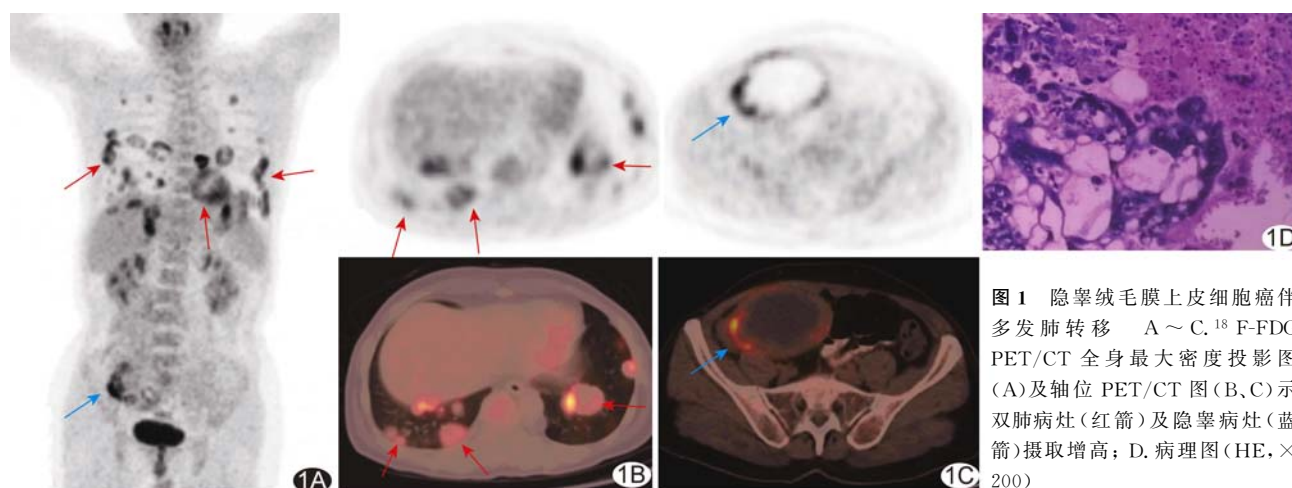


图 1 隐睾绒毛膜上皮细胞癌伴多发肺转移 A~C. ¹⁸F-FDG PET/CT 全身最大密度投影图(A)及轴位 PET/CT 图(B、C)示双肺病灶(红箭)及隐睾病灶(蓝箭)摄取增高; D. 病理图(HE, ×200)

患者男, 49 岁, 腹痛 3 个月, 食欲欠佳、干咳、低热 1 周; 既往无特殊病史。查体: 双肺呼吸音减低; 右下腹部触及 10 cm×6 cm 质硬包块, 活动度差, 无明显压痛; 阴囊右侧空虚, 未扪及右侧睾丸。实验室检查: 血清 β-人绒毛膜促性腺激素 > 3 000 mIU/L。胸部 CT: 双肺多发类圆形软组织密度肿块, 以胸膜下为著, 最大直径约 3.9 cm, 边界清晰, 平均 CT 值约 26 HU; 盆腔右侧 10.6 cm×6.8 cm 椭圆形软组织密度肿块, 边缘可见钙化, CT 值约 30 HU; 右侧阴囊空虚。全身¹⁸F-FDG PET/CT: 双肺病灶呈环状摄取增高, 最大标准摄取值(maximum standard uptake value, SUV_{max})为 7.9; 盆腔肿块呈环状摄取增高, SUV_{max}为 7.0(图 1A~1C)。影像学综合诊断: 原发隐睾恶性肿瘤并双肺转移。行全麻下盆腔肿物切除术。术后病理: 11.5 cm×7.0 cm×5.0 cm 红褐色肿物, 质脆; 光镜下见大量细胞滋养层细胞及合体滋养层细胞, 异型性明显,

伴明显出血及坏死(图 1D); 免疫组织化学: CK(+), HCG(+), p63(+), HPL(+), inhibin(-), CD30(-), CD117(-), AFP(-), OCT4(-)。病理诊断: 隐睾绒毛膜上皮细胞癌。

讨论 睾丸绒毛膜癌是由合体滋养层细胞、细胞滋养层细胞及中间型滋养层细胞组成的睾丸恶性肿瘤, 常转移至肺、肝、胃肠道、脑和肾上腺。隐睾患者发生风险较高, 与睾丸自身发育异常及腹腔内局部温度过高、血运障碍、内分泌功能失调等有关。原发隐睾绒毛膜癌发病率极低而预后极差, 因癌灶无法突破白膜且常伴内部出血坏死, 平扫 CT 多见阴囊空虚, 同侧腹股沟区域或盆腔内见边界清晰的类圆形囊实性肿块, PET/CT 呈边缘环状摄取异常增高, 中央为出血坏死区。本病需与睾丸胚胎性癌相鉴别, 后者甲胎蛋白多呈阳性, 且预后更差。血清 β-HCG 升高对于诊断绒毛膜癌具有重要意义, 确诊仍依赖于病理学检查。

[基金项目] 青岛市 2016 年度医药科研指导计划(2016-WJZD047)。

[第一作者] 杨晓楠(1999—), 男, 山东东营人, 在读硕士。E-mail: yxn991011@163.com

[通信作者] 王艳丽, 青岛大学第二临床医学院(青岛大学附属青岛市中心医院)分子影像科 PET/CT 中心, 266042。E-mail: wangyanli1105@163.com

[收稿日期] 2022-05-12 [修回日期] 2022-08-23