

◆ 个案报道

Myeloid sarcoma of left tibial nerve initially presenting as isolated peripheral neuropathy: Case report

左侧胫神经髓系肉瘤表现为孤立性周围神经病变 1 例

邢 森¹, 谭 颖², 蒋 玲², 黄小燕², 樊晓锋³

(1. 重庆大学附属三峡医院放射科, 2. 超声科, 3. 病理科, 重庆 404000)

[Keywords] tibial nerve; sarcoma, myeloid; ultrasonography; magnetic resonance imaging

[关键词] 胫神经; 肉瘤, 髓系; 超声检查; 磁共振成像

DOI: 10.13929/j.issn.1003-3289.2022.11.042

[中图分类号] R739.43; R445 [文献标识码] B [文章编号] 1003-3289(2022)11-1757-02

患者男, 48 岁, 左踝及左足跟部疼痛、麻木 3 个月; 急性髓系白血病史 5 年, 经骨髓移植术后达到临床完全缓解。查体: 左踝及左足跟部红肿、压痛, 活动受限, 叩击左侧踝管出现足部麻木, 蒂内尔(Tinel)征阳性, 左侧足趾运动感觉减退。实验室检查: 白细胞计数 $17.04 \times 10^9/L$, 中性粒细胞百分比 75.90%, C 反应蛋白 11.71 mg/L。双下肢 MRI+左踝关节增强 MRI: 左胫神经、足底外侧神经及周围鞘膜广泛增粗、增厚, 最大径约 1.20 cm, T1WI 呈稍低、T2WI 呈高信号(图 1A), 弥散加权成像(diffusion weighted imaging, DWI)显示弥散受限; 增强后病变明显强化(图 1B); 提示炎性病变可能。超声: 左胫神经中下段明显增粗, CDFI 探及血流信号(图 1C); 考虑良性肿瘤。行椎管内麻醉下左踝管切开减压术及左胫神经探查、松解术, 术中见左踝管处胫神经增粗近于成人中指, 且明显硬化, 周围鞘膜亦呈硬化样变性增厚; 局部软组织渗出、肿胀。术后病理: 光镜下见纤维组织中的小圆形肿瘤细胞呈条索状及小片状浸润性生长, 胞浆较少, 核深染, 异型程度较高, 核分裂象多见(图 1D); 免疫组织化学: MPO(+), CD34(灶性+), CD99(+), Ki-67(80%+), CD3(-), CD20(-), Syn(-), S-100(-), TdT(-)(图 1E)。病理诊断: (左胫神经) 髓系肉瘤(myeloid

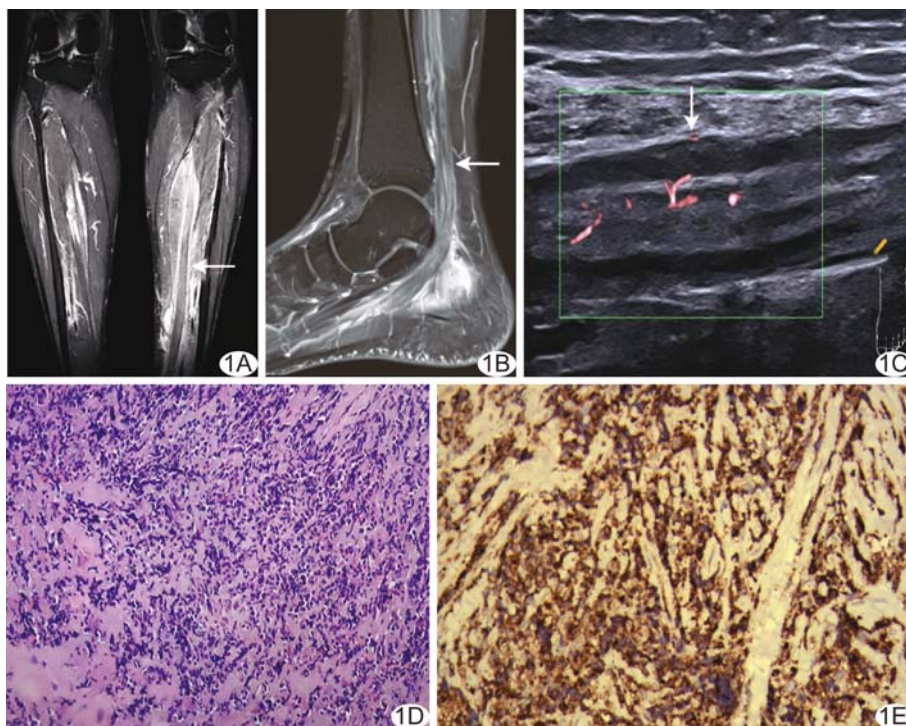


图 1 左胫神经髓系肉瘤 A. 双下肢冠状位 T2WI; B. 左踝关节矢状位增强 T1WI; C. 左侧胫神经下段 CDFI; D. 病理图(HE, $\times 100$); E. MPO 免疫组化染色图($\times 200$) (箭示病灶)

sarcoma, MS)。

讨论 MS 是血液系统恶性肿瘤, 常与急性髓系白血病相关, 表现为软组织、淋巴结及骨组织等髓外实体肿块, 罕见单独累及周围神经者。孤立性周围神经 MS 影像学表现缺乏特异性, 可见受累神经及周围鞘膜广泛性增粗、增厚, MR T1WI 呈稍低信号、T2WI 呈高信号, DWI 弥散受限(ADC 明显降低), 增

[第一作者] 邢森(1990—), 男, 湖北恩施人, 本科, 医师。E-mail: senxing99@163.com

[收稿日期] 2022-04-16 [修回日期] 2022-07-16

强后明显强化;MPO 是其特性标志物,绝大部分呈阳性,发现阴性结果时应结合病史进行综合分析。鉴别诊断:①炎性神经病变,DWI 弥散受限不明显;②吉兰-巴雷综合征,急性期受

累神经周围可见渗出性病变,但神经无明显增粗,且受累神经各向异性分数及 ADC 均升高;③放射性神经损伤,有放射治疗史。最终确诊有赖于病理学检查。

Primary positive CD5 diffuse large B cell lymphoma of left breast: Case report 左乳原发性 CD5 阳性弥漫大 B 细胞淋巴瘤 1 例

熊思宁¹,付鹏刚¹,吴清²,郭瑞¹,王丹¹,马静^{1*}

[1. 石河子大学医学院第二附属医院(新疆生产建设兵团医院)医学影像科,新疆 乌鲁木齐 830002;

2. 新疆医科大学第三附属医院(新疆维吾尔自治区肿瘤医院)影像科,新疆 乌鲁木齐 830011]

[Keywords] breast neoplasms; lymphoma, large B-cell, diffuse; CD5 antigens; magnetic resonance imaging

[关键词] 乳腺肿瘤;淋巴瘤,大 B 细胞,弥漫性;CD5 抗原;磁共振成像

DOI:10.13929/j.issn.1003-3289.2022.11.043

[中图分类号] R737.9; R445.2 [文献标识码] B [文章编号] 1003-3289(2022)11-1758-01

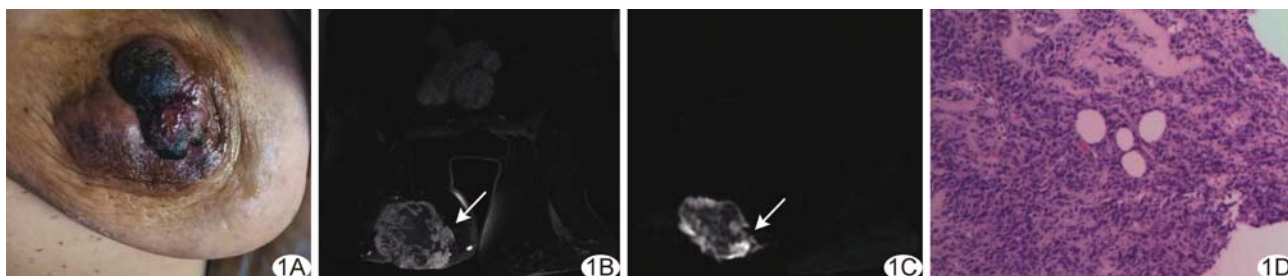


图1 乳腺原发性 CD5 阳性弥漫大 B 细胞淋巴瘤 A. 左乳照片; B. 胸部增强轴位 T1WI; C. 胸部轴位 DWI; D. 病理图(HE, ×100) (箭示病灶)

患者女,74 岁,发现左乳结节 6 个月,初起约蚕豆大,后逐渐增大,表面皮肤破溃 2 个月,外院乳腺钼靶提示左乳癌可能;既往高血压、糖尿病 20 年余。查体:左乳中央区 10 cm×10 cm 凸起包块,质韧,活动度尚可,轻度压痛,局部红肿、皮温升高,周边呈橘皮样改变,中心见约 4 cm×4 cm 破溃,上覆黑痂,伴轻度渗出(图 1A);全身浅表淋巴结未触及明显肿大。实验室检查未见明显异常。胸部 MRI:左乳中央区 7.9 cm×7.1 cm×7.8 cm 混杂低 T1、稍高 T2 信号肿块,边界尚清,可见分叶;增强后呈不均匀环形强化,内见动脉分支穿行(图 1B);时间-信号曲线(time intensity curve, TIC)呈平台型,早期快速增强;弥散加权成像(diffusion weighted imaging, DWI)示病灶边缘弥散受限,表观弥散系数(apparent diffusion coefficient, ADC)为 $0.6 \times 10^{-3} \text{ mm}^2/\text{s}$,内部弥散未见明显受限(图 1C);诊断:左乳肿块,考虑乳腺影像报告和数据库系统(breast imaging reporting and data system, BI-RADS)5 类。行左乳肿块穿刺活检。病理:光镜下见纤维结缔组织中淋巴样细胞浸润,细胞大小中等、弥漫排列(图 1D);免疫组织化学:ER(-),PR(-),Her-2(-),Ki-67(70%+),AR(-),P53(70%+),CK5/6(-),P63(-),AE1/AE3(CK)(-),GATA 3

(-),E-cadherin(-),P120(-);病理诊断:(左乳)非霍奇金 B 细胞淋巴瘤,符合 CD5 阳性弥漫大 B 细胞淋巴瘤(diffuse large B cell lymphoma, DLBCL)。经骨髓穿刺活检排除淋巴瘤骨髓侵犯。临床诊断:原发性左侧乳腺 CD5 阳性 DLBCL,侵及皮肤。

讨论 乳腺原发性淋巴瘤(primary breast lymphoma, PBL)约占乳腺恶性肿瘤的 0.04%~0.50%、非霍奇金淋巴瘤的 0.38%~0.70%;多为单侧无痛性肿物,一般不侵及乳头及皮肤,DLBCL 为其最常见病理类型。乳腺原发性 CD5 阳性 DLBCL 占乳腺 DLBCL 的 5%~10%,侵袭性强,预后不良。本例左乳肿块轻度压痛并侵及皮肤,可能与淋巴回流障碍导致皮肤改变及 Ki-67 高表达相关;MRI 示病灶内部信号不均,且存在弥散不受限及强化不明显区,可能与肿瘤生长迅速及其内坏死、液化不完全有关,亦与 Bcl-2(+)及 Ki-67 高表达相符;病灶呈环形强化与边缘弥散受限相对应,表明病灶边缘处肿瘤细胞排列较密集;肿瘤生长迅速,可见典型动脉分支穿行表现,即“血管穿行征”,且 TIC 呈平台型,高度提示淋巴瘤。本病需与乳腺癌鉴别,后者病灶形态不规则、边缘呈“毛刺征”,内可见钙化,ADC 一般高于本病,血管常受侵而表现为“残根征”。确诊需依赖病理学检查。

[基金项目] 兵团财政科技计划项目(2020AB024)。

[第一作者] 熊思宁(1996—),女,重庆人,在读硕士,医师。E-mail: 987344405@qq.com

[通信作者] 马静,石河子大学医学院第二附属医院(新疆生产建设兵团医院)医学影像科,830002。E-mail: missingshz@163.com

[收稿日期] 2022-04-12 [修回日期] 2022-06-29