❖个案报道

Undifferentiated embryonal sarcoma of liver：Two cases report
肝未分化胚胎性肉瘤 2 例

宋　辉[1,2]，王荣品[2]

（1.遵义医学院，贵州 遵义　563003；2.贵州省人民医院放射科，贵州 贵阳　550002）

［Key words］ Liver；Sarcoma；Tomography，X-ray computed　［关键词］ 肝脏；肉瘤；体层摄影术，X 线计算机

DOI：10.13929/j.1003-3289.201611130

［中图分类号］ R735.7；R814.42　［文献标识码］ B　［文章编号］ 1003-3289(2017)05-0801-02

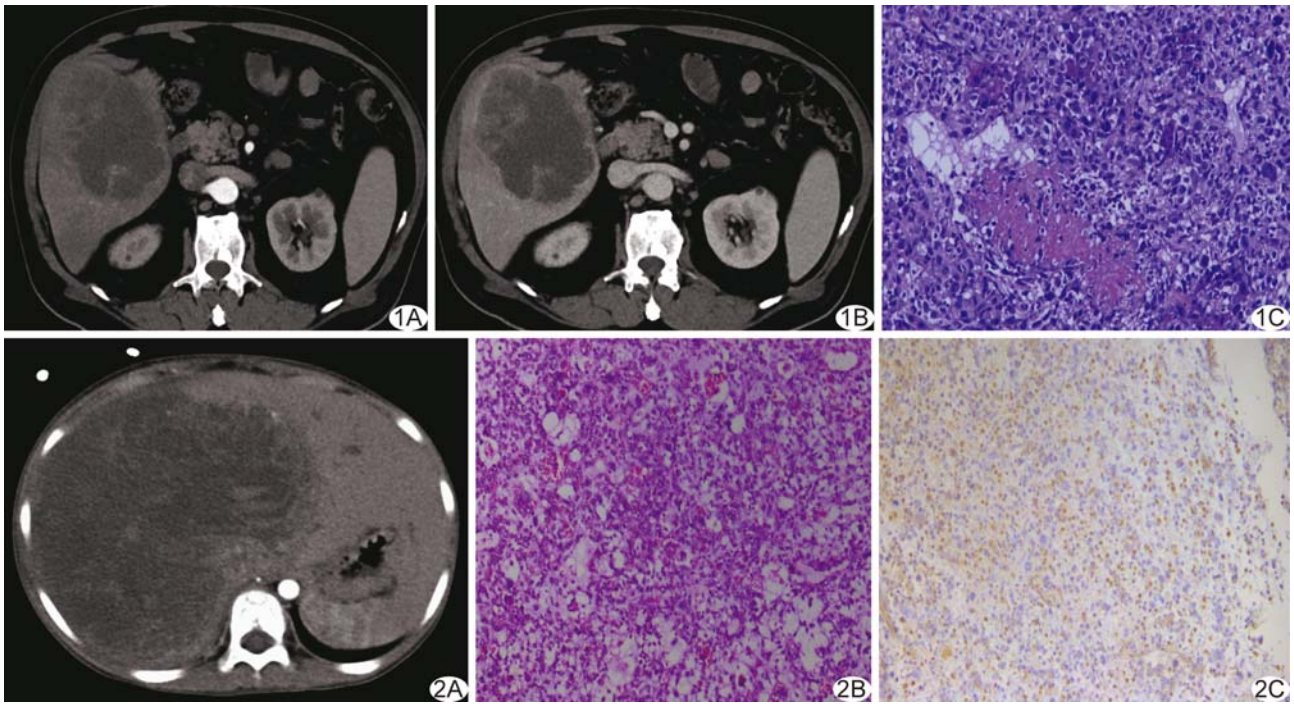


图 1　病例 1　A、B. CT 增强示动脉期(A)肿瘤实性成分强化程度低于实质期(B)；C. 病理图(HE，×200)　**图 2**　病例 2　A. CT 增强动脉期示病变内见岛状及片状不均匀性强化；B. 病理图(HE，×200)；C. 免疫组化(×100)染色图

病例 1，患者男，70 岁，1 个月前因受凉后出现咳嗽、咳痰，反复发热入院。实验室检查：白细胞增高至 30.38×10^9/L，余均正常。上腹部 CT：平扫肝右叶见一类圆形病变，约 10.0 cm×9.9 cm，密度低于正常肝实质，边缘模糊，内可见分隔；增强后病变以囊性为主，边界与肝组织分界清，呈浅分叶状，内见散在多发岛状及片状强化，实性成分动脉期、门静脉期、实质期 CT 值分别为 59、72、63 HU(图 1A、1B)；CT 诊断为肝右叶肿瘤性病变。行 B 超引导下穿刺病理活检，镜下见恶性肿瘤伴大量坏死，肿瘤由不规则上皮样细胞及星形细胞组成，异型性明显，可见瘤巨细胞，见较大范围坏死区(图 1C)。免疫组化：Vimentin(＋)、CD10(＋)、CD68(＋)。病理诊断：肝未分化胚胎性肉瘤(undifferentiated embryonal sarcoma of liver，UESL)。

病例 2，患儿女，9 岁。阵发性右上腹痛 2 个月，腹胀 20 天。查体：腹部膨隆，腹壁静脉显露，肝浊音界扩大。实验室检查均正常。上腹部 CT：平扫肝右叶见一巨大低密度占位性病变，约 22 cm×15 cm，密度不均；增强扫描呈囊实性强化，内见多发岛状及碎片状或条索样不均匀强化，动脉期强化程度略低于同期肝实质；门静脉期强化稍高于动脉期，边缘与正常肝组织分界清楚(图 2A)。行肝右叶切除术，术中见肝右叶肿块与腹膜粘连，包块呈囊实性，囊内组织坏死出血，呈鱼肉样改变。术后病理：HE 染色部分细胞胞质内见嗜伊红小体(图 2B)；免疫组化：CK(＋)、Vimentin(＋)、Desmin(少数细胞＋)、HHF-35(少数细胞＋)、

［第一作者］宋辉(1993－)，男，重庆人，在读硕士。

E-mail：815302115@qq.com

［收稿日期］2016-11-27　［修回日期］2017-02-18

WT-1(＋)、Caldesmon(＋)、CD56(＋)，见图 2C。病理诊断：UESL。

讨论　UESL 是发生于肝脏的罕见高度恶性间叶源性肿瘤，具有起病隐匿、术前确诊率低、术后易复发、预后差等特点。本病多发生于儿童和青少年，临床主要症状为右上腹肿块伴隐痛、发热等，肿瘤多位于肝右叶，体积较大。本文病例 2 符合以上表现；病例 1 为高龄，临床症状不典型，且肿瘤较小，提示发生于成人的 UESL 较儿童更为隐匿。2 例患者的肝功能及甲胎蛋白均正常，是因为瘤细胞及间质内为不含甲胎蛋白的嗜酸小体。其实验室检查缺乏特异性诊断标志物，所以肝右叶巨大囊实性占位且肝功能及甲胎蛋白正常需考虑 UESL 的可能。CT 检查对 UESL 有较高的诊断价值，平扫表现为肿瘤以囊性成分为主，内可见多发结节样、条索样稍高密度影，边界清楚；增强扫描动脉期肿瘤实性部分轻、中度强化，门静脉期及延迟期呈持续强化。CT 表现无特异性，确诊需依靠病理。

鉴别诊断：①肝囊腺癌，多发生于 30～50 岁女性，CT 表现为肝多房囊性为主占位性病变，壁内有乳头状突起样改变，囊壁厚薄不均，增强后囊壁均匀强化；②肝脓肿，临床表现常有发热、肝区疼痛，CT 增强多呈环形强化，环壁厚度较均匀，周边常有水肿。

Anterior mitral valve blood cyst：Case report
二尖瓣前叶血性囊肿 1 例

邓佳奇，蔡登华，杨礼睿

（贵州省人民医院放射科，贵州 贵阳　550002）

[**Key words**]　Heart neoplasms；Mitral valve；Cysts；Tomograph，X-ray computed；Echocardiography

[**关键词**]　心脏肿瘤；二尖瓣；囊肿；体层摄影术，X 线计算机；超声心动描记术

DOI：10.13929/j.1003-3289.201609134

[**中图分类号**]　R732.1；R445　[**文献标识码**]　B　[**文章编号**]　1003-3289(2017)05-0802-01

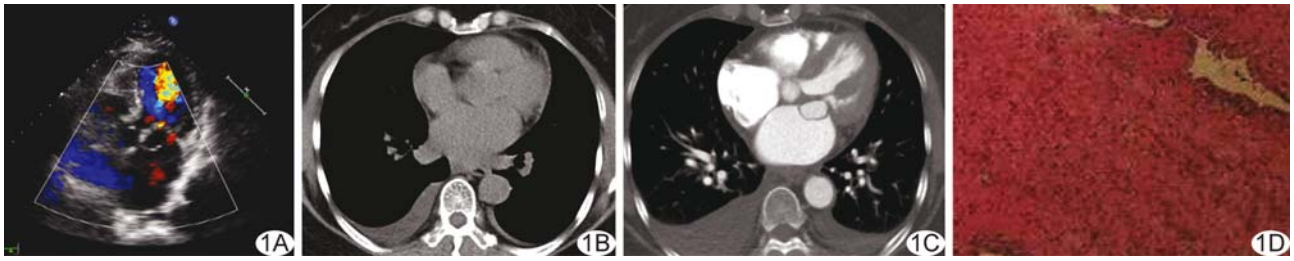


图 1　二尖瓣前叶血性囊肿　A. 超声心动图；B. CT 平扫图像；C. CT 增强扫描图像；D. 病理图(HE，×100)

患者女，63 岁，2 个月前出现活动后胸闷、气短、心悸、乏力等症状，休息后缓解，近 1 周咳嗽加重，口服“甘草片”效果不明显。超声：二尖瓣瓣口左心房面见 17 mm×9.8 mm 无回声团块附着于二尖瓣前叶瓣体根部，活动度低，该团块于舒张期脱入二尖瓣瓣口，致二尖瓣狭窄、开放受限、关闭欠佳(图 1A)；超声提示：左心房内囊性肿块，性质待定。CT：二尖瓣前瓣根部见一囊袋状结构影，约 22 mm×17 mm，舒张期病灶突向左心房，收缩期似见一蒂状影与病灶相连，病灶平扫密度与心脏密度相似，CT 值为 42 HU，动脉期增强扫描病灶 CT 值 526 HU(图 1B、1C)；CT 提示：二尖瓣前瓣处囊袋状结构影，考虑二尖瓣血液充盈性囊肿。二尖瓣囊肿切除术中见二尖瓣前叶一囊袋状结构，囊体突向左心房面。术后病理检查见二尖瓣肿物囊壁多为胶原纤维，厚壁内散在小囊腔，腔内衬以扁平或立方细胞，囊壁内散在纤维母细胞增生，囊腔内有血栓及血块。免疫组化：CD34(＋)，CD31(＋)，D2-40(－)，间皮抗体(－)，血内皮细胞(＋)，淋巴管内皮及间皮(－)。病理诊断：(二尖瓣)血性囊肿。

讨论　血性囊肿是与血管相通的囊肿，组织学表现为囊性肿物，内有血液，囊壁为纤维结缔组织，可有黏液变性或钙化，内壁可衬内皮细胞。其形成原因为瓣膜形成过程中血流冲击瓣膜表面的裂隙，后期裂隙未愈合，由于炎症刺激、缺氧等引起瓣膜组织玻璃样变性，韧性下降，开闭过程中血流冲击，致使瓣膜撕裂形成囊袋状结构。心脏血性囊肿临床罕见，多位于瓣膜或乳突肌等处。超声对囊肿性质及分型存在一定难度，心脏 CT 检查有助于准确了解病灶的大小、性质及与周围血管的关系等信息。本例患者术前超声未能明确囊肿的成分。CT 平扫囊肿呈等密度，CT 增强后见与左心房相通的囊袋状结构呈高密度，与心脏大血管密度相似。本病主要应与黏液瘤相鉴别。黏液瘤 CT 平扫多为均匀软组织密度，增强后与心肌强化程度类似，可伴或不伴钙化。

[**第一作者**] 邓佳奇(1992—)，女，贵州毕节人，本科，医师。

E-mail：286090629@qq.com

[**收稿日期**] 2016-09-27　[**修回日期**] 2016-12-28