❖个案报道

Chronic granulomatous inflammation of liver and spleen misdiagnosed as lymphoma with ultrasonography：Case report

肝脏及脾脏慢性肉芽肿性炎超声误诊为淋巴瘤 1 例

汪　健[1]，陈　琴[1,2]，罗　俊[2]

（1.遵义医学院研究生院，贵州 遵义　563003；2.四川省医学科学院
四川省人民医院超声科，四川 成都　610072）

[Keywords]　granulomatous disease，chronic；lymphoma；ultrasonography

[关键词]　肉芽肿病，慢性；淋巴瘤；超声检查

DOI：10.13929/j.1003-3289.201804110

[中图分类号]　R735.7；R445.1　[文献标识码]　B　[文章编号]　1003-3289(2019)02-0317-01

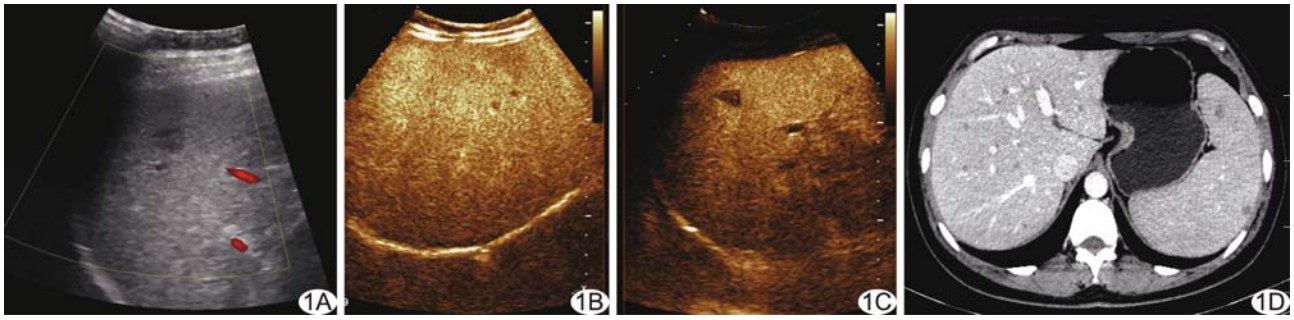


图 1　肝脏及脾脏慢性肉芽肿性炎影像学表现　A.二维超声示脾脏内低回声结节，边界清楚，形态规则，CDFI 未见血流信号；B、C.CEUS 示肝脏(B)及脾脏(C)结节门静脉早期呈低增强；D.增强 CT 示肝脏及脾脏多发结节呈轻度强化

患者女，39 岁，因“体检发现脾脏占位 1 月余”入院；体检时发现脾脏体积增大，无恶心、呕吐，无畏寒、发热，无呼吸困难，无腹泻、便血。查体未见异常。超声：脾大；肝脏及脾脏内见多个低回声结节，最大者约 1.3 cm×1.2 cm，边界清楚，形态规则，CDFI 未见血流信号(图 1A)；CEUS 示肝脏多发结节动脉期呈稍低增强，门静脉早期低增强表现更加明显(图 1B)，延迟期逐渐呈等增强，结节分布于全肝各叶、段，最大径 2～7 mm；脾脏多发结节呈慢进低增强表现(图 1C)。超声诊断：肝脏及脾脏多发低回声结节，淋巴瘤可能性大。CT：肝脏见弥漫分布小结节影，增强扫描呈轻度强化(图 1D)；脾大，其内见多个大小不等类圆形低密度影，增强后轻度强化。CT 诊断：肝脏及脾脏多发占位，考虑淋巴瘤可能。行脾脏切除术＋肝脏结节活检术＋脾静脉成形术，术中见脾脏Ⅱ度增大，表面光滑，下极与周围网膜轻度粘连，脾脏内见多发白色结节，质硬，最大径约 2 cm；肝脏左外叶见白色结节，质硬，最大径约 1 cm。术后病理检查见非干酪样坏死性肉芽肿结节，并可见多核巨细胞。病理诊断：慢性肉芽肿性炎。

讨论　慢性肉芽肿性炎是一种特殊的增生性慢性炎症，以巨噬细胞增生构成境界清楚的结节状病灶为其特征；致病因素多样，如细菌、螺旋体、真菌或寄生虫感染、异物以及原因不明的结节病等，以结核和结节病最多见。本病影像学上通常表现为局灶性病变，但本例二维超声表现为肝脾多发低回声结节，较难与转移瘤及淋巴瘤鉴别。本例 CEUS 表现为动脉期低增强或稍低增强，门静脉期、延迟期低增强或等增强的模式，可排除转移瘤，但与淋巴瘤的增强模式难以区分。肝脏淋巴瘤 CEUS 表现为动脉期不同程度增强，门静脉期廓清，延迟期低增强。在超声检查过程中如遇到类似病例，应结合临床及其他影像学检查，避免误诊。最终确诊依靠病理学检查。

[第一作者]　汪健(1991—)，男，安徽合肥人，在读硕士。E-mail：1115071934@qq.com

[收稿日期]　2018-04-21　[修回日期]　2018-09-14