

◇ 经验交流

Pericardial ectopic thymoma: Three cases report
心包异位胸腺瘤 3 例

周 青, 韩 蕾, 柯晓艾, 周俊林*

(兰州大学第二医院放射科 兰州大学第二临床医学院 甘肃省医学影像重点实验室, 甘肃 兰州 730030)

[Keywords] thymoma; pericardium; tomography, X-ray computed

[关键词] 胸腺瘤; 心包; 体层摄影术, X 线计算机

DOI: 10.13929/j.1003-3289.201902130

[中图分类号] R736.3; R814.42 [文献标识码] B [文章编号] 1003-3289(2019)07-1115-02

胸腺瘤起源于胸腺上皮细胞, 约 96% 发生于前上纵隔。位于非前上纵隔的胸腺瘤称为异位胸腺瘤 (ectopic thymoma, ET), 仅占胸腺瘤的 2%~4%, 较罕见, 多异位于颈部、肺部、胸膜、甲状腺、心包及中后纵隔^[1], 易误诊。胸腺瘤异位于心包者更罕见, 现就我院 3 例心包 ET 报道如下。

1 病例介绍

病例 1, 患者男, 36 岁, 因“胸闷气短伴咳嗽咳痰 1 月余”入院。心脏 CT: 中纵隔肿块密度不均, 其内可见环状钙化, 最大径 12.6 cm, 边界不清, 压迫心脏及血管, 肺动脉受压明显, 伴心包积液及胸腔积液 (图 1A、1B)。影像学诊断: 考虑恶性畸胎瘤。行纵隔病灶切除术, 术中探查肿瘤大小约 10 cm×8 cm×6 cm, 包绕主动脉、肺动脉干及上腔静脉, 外有包膜似壁层心包, 考虑为心包肿物; 自心尖部打开包膜至主动脉根部, 肿物为鱼肉状, 内有坏死, 部分心肌受侵犯。术中病理考虑为恶性肿瘤 (小细胞癌/淋巴瘤), 因肿瘤广泛侵犯心脏大血管, 无法完全切除, 遂实施减瘤术, 切除大部分肿瘤后发现包膜为壁层心包。病理诊断: (心包) B3 型胸腺瘤 (图 1C)。

病例 2, 患者男, 57 岁, 因“胸闷气短伴咳嗽 1 月余”入院。胸部 DR 发现右心缘肿块 (图 2A)。胸部 CT: 右心缘囊实性占位, 最大径 13.3 cm, 边界清楚, 密度不均, 大部分呈囊性低密度, CT 值 18 HU, 内见不规则实性部分, CT 值 52 HU, 压迫右肺、心脏及大

血管; 增强后呈轻度渐进性强化, 动脉期及静脉期 CT 值分别为 62 HU、73 HU, 囊性低密度区无明显强化 (图 2B)。影像学诊断: 考虑恶性间皮瘤。行心包病灶切除术, 术中探查心包饱满, 主动脉外心包增厚变硬, 表面不平整, 切开肿块吸出约 600 ml 淡黄色透明液体, 扩大切口见心包内形状不规则肿物自左侧向右侧生长, 肿瘤组织与主动脉粘连紧密。病理诊断: (心包) B3 型胸腺瘤。

病例 3, 患者女, 63 岁, 因“胸痛伴恶心、腹胀 1 个月”入院。患者曾于 7 年前接受胸腺瘤切除术。胸部 CT: 左心缘小结节病灶 (图 3), 密度均匀, 边界清晰。影像学诊断: 结合病史, 考虑转移瘤。行胸腔镜下心包旁病灶切除术, 术中见心包旁直径约 3 cm 肿块, 有包膜, 逐步剥离肿物, 术中快速冰冻, 提示恶性肿瘤。病理诊断: (心包) B1 型胸腺瘤, 结合病史, 考虑为胸腺瘤复发。

2 讨论

胚胎发育时期胸腺起源于第 3、4 对咽囊腹侧内胚上皮, 后逐渐移至前上纵隔。ET 被认为起源于胸腺发育过程中移位的胸腺组织^[2], 这个理论可以解释发生于颈部、甲状腺、气管旁及心包的 ET, 但由于肺及胸膜发育较胸腺早, 所以发生于肺及胸膜的 ET 被认为起源于干细胞^[3]。ET 较罕见, 发病年龄与胸腺瘤相似, 多为中老年, 婴幼儿少见, 最常见异位于颈部^[1,4], 而异位于心包者罕见^[5-6]。

[基金项目] 兰州市人才创新创业项目 (2016-RC-58)。

[第一作者] 周青 (1991—), 女, 甘肃平凉人, 在读硕士。研究方向: 胸腹部影像学。E-mail: 408027919@qq.com

[通信作者] 周俊林, 兰州大学第二医院放射科 兰州大学第二临床医学院 甘肃省医学影像重点实验室, 730030。E-mail: lzuzjl601@163.com

[收稿日期] 2019-02-26 [修回日期] 2019-06-05

ET 与前上纵隔胸腺瘤具有相同组织病理学分型,分别为 A、AB、B1、B2、B3 和 C 型。Jeong 等^[7]在此分型基础上简化为包括 A、AB、B1 的低危型和包括 B2、B3 的高危型及胸腺癌(C 型),各型预后不同,高危型胸腺瘤及胸腺癌具有更高的侵袭性。本组 3 例中,2 例原发心包 ET 为 B3 型,而 1 例复发者为 B1 型胸腺瘤。既往研究^[8]报道,约 1/3 胸腺瘤患者伴发重症肌无力,但本组 3 例均未发现重症肌无力表现。

非侵袭性 ET 的 CT 征象为圆形或椭圆形肿块,包膜完整,密度均匀,少见囊变、坏死,周围脂肪间隙清楚;增强后呈均匀强化;侵袭性 ET 的 CT 征象为边缘不清的分叶状或不规则肿块,包膜不完整,周围脂肪沉积,肿瘤内可见弧形钙化;增强扫描呈不均匀强化;并可见胸膜增厚、胸腔积液、心包积液及心脏大血管被压迫、推移。本组 3 例中,2 例原发 B3 型胸腺瘤体积较大,密度不均,边界不清,压迫周围组织,其中 1 例可见环形钙化。而 1 例复发转移的 B1 型胸腺瘤表现为小结节,边界清楚,密度均匀。此外,心包 ET 需与其他恶性肿瘤鉴别:①纵隔淋巴瘤,多呈多个淋巴结融合,病灶密度均匀,钙化少见,多有邻近淋巴结肿大;增强扫描呈轻中度强化;②畸胎瘤,较多位于前纵隔中部,肿瘤实质内含脂肪、骨骼、钙化及软组织成分,呈不均匀强化。本组 3 例中,1 例误诊为恶性间皮瘤,1 例误诊为恶性畸胎瘤。

目前治疗心包 ET 的方式首选手术,对侵袭性 ET 则需辅以术前及术后放化疗;对于不能接受手术的患者,放化疗尤其重要。

总之,心包 ET 除位置异常外,其临床表现、组织病理学分型及影像学表现均与前纵隔胸腺瘤相同,但由于较罕见且临床认识不足,易致误诊。故当发现心包肿瘤,排除其他恶性肿瘤及恶性肿瘤心包转移,尤其是伴重症肌无力时,应该考虑到心包 ET 的可能。

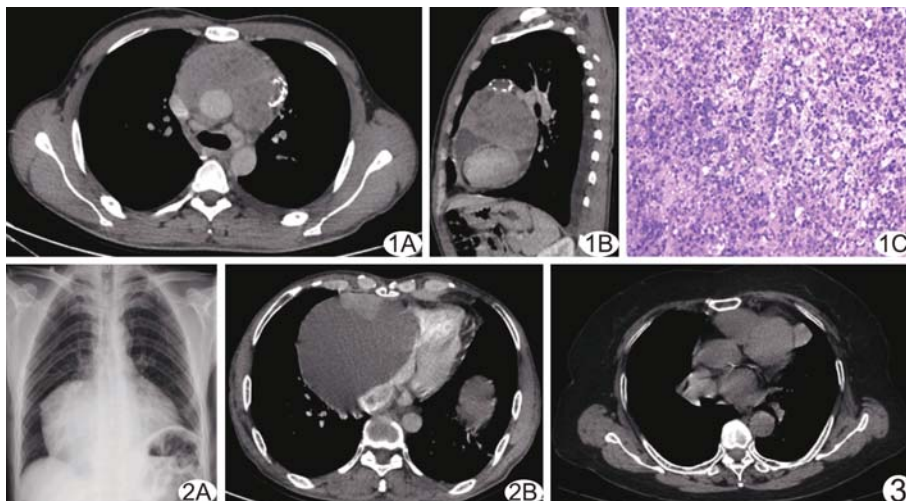


图 1 病例 1 A. 轴位 CT 图像示肿物压迫大血管,密度不均匀,内见环形钙化; B. 矢状位 CT 图显示心包腔内积液; C. 病理图示肿瘤性上皮细胞呈大多角形,核大,染色质稀疏(HE, ×100)

图 2 病例 2 A. 胸部 DR 示右心缘肿物; B. CT 增强静脉期示病灶大部为囊性低密度区,无明显强化,少量不规则形态实性部分呈轻度强化

图 3 病例 3 CT 平扫轴位示左心缘小结节,边界清晰,密度均匀

[参考文献]

- [1] Weissferdt A, Moran CA. The spectrum of ectopic thymomas. *Virchows Arch*, 2016, 469(3):245-254.
- [2] Weissferdt A, Kalhor N, Moran CA. Cystic well-differentiated squamous cell carcinoma of the thymus: A clinicopathological and immunohistochemical study of six cases. *Histopathology*, 2016, 68(3):333-338.
- [3] Marchevsky AM. Lung tumors derived from ectopic tissues. *Semin Diagn Pathol*, 1995, 12(2):172-184.
- [4] 杨宇凌,梁长虹,张金娥,等. 异位胸腺 3 例. *中国医学影像技术*, 2010, 26(2):399-400.
- [5] Arai H, Rino Y, Fushimi K, et al. Pericardial ectopic thymoma presenting with cardiac tamponade: Report of a case. *Surg Today*, 2015, 45(9):1200-1204.
- [6] 樊荣荣,施晓雷,萧毅. 心包异位胸腺瘤影像表现一例. *中华放射学杂志*, 2018, 52(1):65-66.
- [7] Jeong YJ, Lee KS, Kim J, et al. Does CT of thymic epithelial tumors enable us to differentiate histologic subtypes and predict prognosis? *AJR Am J Roentgenol*, 2004, 183(2):283-289.
- [8] 袁东风,谷志涛,梁光辉,等. 胸腺瘤合并重症肌无力患者预后的临床研究. *中国肺癌杂志*, 2018, 21(1):1-7.