

P16(小灶+);原位杂交 EBER/2(-)、HPV6/11(-)。病理诊断:(甲状腺左叶)低分化鳞状细胞癌。

讨论 原发性甲状腺鳞状细胞癌(primary squamous cell carcinoma of the thyroid, PSCCT)在甲状腺恶性肿瘤中占比<1%,临床罕见,好发于老年女性,多以颈部肿块或声音嘶哑就诊,恶性程度高,进展快,预后较差;多认为系由鳞状上皮化生

或甲状舌管内鳞状上皮细胞发育不完整并恶变所致。本例表现为边界、形态不清的实性低回声,侵及甲状腺被膜、气管、迷走神经、颈内静脉等周围结构,造影显示肿块向心性高增强,弹性值增加,提示恶性肿瘤。鉴别诊断包括乳头状癌、滤泡癌、髓样癌、淋巴瘤及未分化癌等,多模态超声可提高鉴别特异度和敏感度,确诊需依靠病理学。

Composite hemangioendothelioma of left iliac wing: Case report 左髂骨翼复合性血管内皮瘤 1 例

贺银付,李清婉,普宗胜,高德培

(云南省肿瘤医院放射科,云南 昆明 650118)

[Keywords] bone neoplasms; ilium; hemangioendothelioma; diagnostic imaging

[关键词] 骨肿瘤; 髂骨; 血管内皮瘤; 诊断显像

DOI:10.13929/j.issn.1003-3289.2022.06.040

[中图分类号] R733.3; R445 [文献标识码] B [文章编号] 1003-3289(2022)06-0956-01

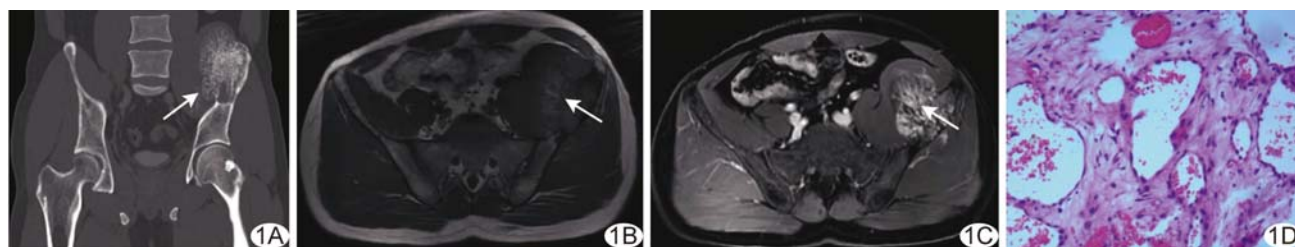


图1 左髂骨翼复合性血管内皮瘤 A. 骨盆 CT 图(箭示病灶); B、C. 骨盆 MR T1WI(B, 箭示左髂骨翼病灶内放射状低信号)及增强 T1WI(C, 箭示无强化区); D. 病理图(HE, ×200)

患者男,40岁,左髌无明显诱因间歇性隐痛7个月余,自行口服布洛芬后未见缓解;既往无特殊病史。查体:骨盆左侧触及肿块,较深在,质硬,边界不清,压痛(+);骨盆分离试验阴性。实验室检查:恶性肿瘤特异生长因子升高(70 U/ml)。骨盆CT:左髂骨翼见8.2 cm×7.0 cm×8.6 cm以成骨为主的混合性骨质破坏灶,内见稀疏粗大骨小梁,呈“日光放射状”,髂腰肌及腰大肌受压移位(图1A)。骨盆MRI:左髂骨翼病灶呈T1WI稍低、T2WI混杂信号,内见“日光放射状”低信号,弥散加权成像呈高信号,表现弥散系数 $1.98 \times 10^{-3} \text{ mm}^2/\text{s}$,与周围肌肉组织分界清晰;增强后病灶强化程度高于邻近正常肌肉组织,其内低信号区未见强化(图1B、1C)。影像学诊断:左髂骨翼肿块,考虑血管源性肿瘤。行左髂骨肿块切除+钉棒系统内固定术,术中见左髂骨翼灰红色肿块,质硬,与邻近肌肉组织分界清楚。术后病理:左髂骨翼12.0 cm×10.0 cm×11.0 cm质硬病灶,剖面呈灰红色;光镜下见大量碎骨组织和增生血管,散在梭形细胞(图1D);免疫组织化学:CK(-),Vim(+),Ki-67(约

20%+),CD34(+),CD31(+),F8(+),D2-40(-),Flt-1(+);苦味酸-酸性品红染色示纤维组织(+)。病理诊断:左髂骨翼复合性血管内皮瘤(composite hemangioendothelioma, CHE)。

讨论 CHE为罕见中度恶性血管源性肿瘤,生物学行为介于血管瘤和血管肉瘤之间,由良性、中间性或恶性成分中的至少2种以不同比例混合而成,网状血管内皮瘤样和上皮样血管内皮瘤样混合模式最为常见,多发生于四肢皮肤及皮下,少见复发、转移。骨CHE影像学多表现为单纯溶骨性骨质破坏,呈不均匀稍低T1WI、高T2WI信号,增强后不均匀强化,¹⁸F-FDG PET/CT呈FDG高摄取。本例呈以成骨为主的混合性骨质破坏,且恶性肿瘤特异生长因子升高,提示肿瘤血管生成显著。鉴别诊断:①骨肉瘤,多于15~25岁发病,骨质破坏常伴软组织肿块形成,多见模糊不规则针状或絮状瘤骨;②软骨肉瘤,溶骨性、膨胀性骨质破坏灶,瘤骨内多见特征性环状或弧状钙化,病灶常形成软组织肿块,内可见钙化,增强扫描肿瘤边缘及间隔明显强化。本病确诊需依靠病理学检查。

[第一作者] 贺银付(1996—),男,云南昆明人,在读硕士,医师。E-mail: 1397972084@qq.com

[收稿日期] 2022-01-14 [修回日期] 2022-04-10