

Clinical and ultrasonic findings of inflammatory pseudotumor-like follicular dendritic cell sarcoma

炎性假瘤样滤泡树突状细胞肉瘤临床及超声表现

陈桂武¹, 谢玉环¹, 刘文芹¹, 廖晓敏², 黄彦¹, 何志忠¹

(1. 南方医科大学附属东莞医院 东莞市人民医院超声科, 2. 病理科, 广东 东莞 523000)

[Keywords] liver; spleen; dendritic cell sarcoma, follicular; ultrasonography

[关键词] 肝; 脾; 树突状细胞肉瘤, 滤泡; 超声检查

DOI: 10.13929/j.issn.1003-3289.2022.07.033

[中图分类号] R733; R445.1 [文献标识码] B [文章编号] 1003-3289(2022)07-1103-03

炎性假瘤样滤泡树突状细胞肉瘤(inflammatory pseudotumor-like follicular dendritic cell tumor, IPT-like FDCT)是起源于生发中心滤泡树突状细胞的低度恶性淋巴造血系统肿瘤,极为罕见,具有炎性假瘤的组织学特征^[1],部分患者可无明显症状或体征,术前准确诊断率低。本研究观察 7 例 IPT-like FDCT 患者临床及超声表现。

1 资料与方法

1.1 研究对象 收集 2006 年 1 月 1 日—2022 年 1 月 31 日 7 例南方医科大学附属东莞医院经术后病理确诊的 IPT-like FDCT 患者,男 2 例,女 5 例,年龄 32~71 岁,中位年龄 61 岁;5 例病灶位于脾,2 例位于肝;5 例无明显症状,2 例表现为腹部不适等(表 1);1 例(序号 5)鼻咽癌史 20 余年;均符合下列诊断标准^[2]:①光镜下见滤泡树突状细胞伴淋巴细胞、浆细胞浸润,形似炎性假瘤;②伴或不伴免疫组织化学(简称免疫组化)示滤泡树突状细胞肉瘤标志物(CD21、CD23、CD35)和/或炎性假瘤标志物(SMA)阳性;③原位杂交 EBER(+).

1.2 仪器与方法 采用 Philips IE33、Toshiba Aplio i500 及 Hitachi HI VISION Ascendus 彩色多普勒超声诊断仪,凸阵探头,频率分别为 1~5 MHz、1~5 MHz 及 1~6 MHz。于仰卧位下扫查腹部,记录病灶大小、回声、边界及后方回声等特征,评估其血流信

号 Adler 分级。

2 结果

7 例肿瘤标志物均未见明显异常。4 例血常规及肝肾功能异常,其中 3 例白蛋白(albumin, ALB)降低,2 例红细胞计数(red blood cell, RBC)及血红蛋白(hemoglobin, HGB)降低,2 例谷丙转氨酶(glutamic-pyruvic transaminase, GPT)及谷草转氨酶(glutamic-oxaloacetic transaminase, GOT)异常,1 例血小板计数(platelet, PLT)降低。见表 1。

5 例脾脏病变超声表现为低或混合不均回声,边界多清晰,其中 1 例病灶内部呈高回声而周边呈低回声,CDFI 未见明显血流信号(图 1);2 例肝脏病灶均呈不均匀低回声,其中 1 例内见点状强回声,周边见环状高回声,CDFI 见点条状、短棒状血流信号,Adler 血流分级Ⅲ级(图 2)。

7 例均为实性病灶,质地多软,可有包膜,部分局部见出血点,偶见可疑梗死或凝固性坏死;光镜下见梭形及卵圆形细胞伴多种炎性细胞浸润;免疫组化示 CD21、CD23、CD35 及 SMA 多为阳性,Ki-67(15%~30%+);原位杂交 EBER 检测均呈阳性。

3 讨论

IPT-like FDCT 是滤泡树突状细胞肉瘤的罕见亚型,呈低度恶性,生长多缓慢,偶可发生远处转移;好发于中老年女性,多见于脾、肝而少见于胰腺、胃肠道及呼

[第一作者] 陈桂武(1993—),男,广东揭阳人,硕士,医师。研究方向:腹部超声、介入超声。E-mail: 2093096432@qq.com

[收稿日期] 2022-04-03 [修回日期] 2022-05-24

表 1 7 例 IPT-like FDCT 患者一般资料、超声表现及病理结果

患者序号	年龄(岁)	性别	病灶位置	就诊原因	实验室检查	术前超声	术后病理
1	56	女	脾	4 个月前车祸所致淤青恢复迟缓,遂行超声及 CT 检查,提示脾占位	PLT $5.0 \times 10^9/L$, ALB 37 g/L, GPT 101.0 U/L, GOT 53.7 U/L	脾内 81 mm×76 mm 低回声,边界欠清,内部回声不均;CDFI 见点状血流信号,Alder 血流分级 I 级	肿瘤包膜完整,实性,质韧,局部有出血点;光镜下可见梭形及卵圆形肿瘤细胞,伴小淋巴细胞及浆细胞浸润;免疫组化示 CD21(少量+),CD23(少量+),SMA(灶+),Wki-67(约 30%+)
2	61	女	脾	左上腹疼痛 3 周,近 6 日加重	ALB 38.5 g/L	脾内 22 mm×20 mm 低回声,边界清,内部回声不均,后方回声增强;CDFI 未见明显血流信号,Alder 血流分级 0 级	肿瘤包膜完整,实性,质偏软,未见明显出血点;光镜下可见肿瘤边界清晰,由梭形及卵圆形瘤细胞构成,内夹杂大量小淋巴细胞;免疫组化示 CD21(+),CD23(+),Wki-67(约 20%+)
3	69	女	脾	食欲减退、体质量下降 8 个月,腹胀 4 天	RBC $3.4 \times 10^{12}/L$, HGB 89.0 g/L, PLT $372.0 \times 10^9/L$, ALB 31.3 g/L, GPT 6.7 U/L, GOT 12.6 U/L	脾内 81 mm×66 mm 混合回声,边界尚清,内部回声不均;CDFI 见点、条状血流信号,Alder 血流分级 II 级	肿瘤包膜完整,实性,质软,局部呈干酪样;光镜下见梭形及卵圆形肿瘤细胞,伴小淋巴细胞、浆细胞浸润及凝固性坏死;免疫组化示 CD21(灶弱+),CD23(-),CD35(+),SMA(灶+),Wki-67(约 20%+)
4	62	女	脾	体检时,超声提示脾占位	未见明显异常	脾内 41 mm×38 mm 低回声,边界清,内部回声不均;CDFI 未见明显血流信号,Alder 血流分级 0 级	肿瘤包膜完整,实性,质偏软,未见明显出血点;光镜下见梭形及卵圆形肿瘤细胞伴小淋巴细胞及浆细胞浸润;免疫组化示 CD21(+),CD23(+),Wki-67(约 20%+)
5	71	男	脾	体检时,超声提示脾占位	RBC $2.9 \times 10^{12}/L$, HGB 91.0 g/L, ALB 35.3 g/L, GOT 40.4 U/L	脾内 66 mm×55 mm 混合回声,边界清,中央呈高回声、周边呈低回声;CDFI 未见明显血流信号,Alder 血流分级 0 级	肿瘤无包膜,实性,呈胶冻样,见局灶出血点伴可疑梗死;光镜下见梭形及卵圆形细胞肿瘤组成,伴大量淋巴细胞、浆细胞及少量中性粒细胞浸润;免疫组化示 CD21(+),CD23(+),CD35(-),SMA(灶+),Wki-67(约 20%+)
6	35	女	肝	体检时,CT 提示肝占位	未见明显异常	肝 S8 段 65 mm×60 mm 低回声,边界欠清,内部回声不均,可见点状强回声,周边可见环状高回声;CDFI 可见短棒状、点条状血流信号,Alder 血流分级 III 级	肿瘤无包膜,实性,质软,见局灶出血点;光镜下见梭形细胞,伴大量淋巴细胞、浆细胞浸润;免疫组化示 CD21(+),CD23(+),SMA(灶+),Wki-67(约 30%+)
7	32	男	肝	拟行脂肪瘤切除术,术前超声提示肝占位	未见明显异常	肝 S6 段 29 mm×22 mm 低回声,边界清,内部回声不均;CDFI 未见明显血流信号,Alder 血流分级 0 级	肿瘤无包膜,实性,质稍软,见局灶出血点;光镜下见滤泡树突状细胞,伴大量淋巴细胞、组织细胞、浆细胞、免疫母细胞浸润;免疫组化示 CD21(-),CD23(-),CD35(-),SMA(少量+),Wki-67(约 15%+)



图 1 序号 5 患者,脾 IPT-like FDCT A. 超声声像图; B. CDFI; C. 病理图(HE,×100)

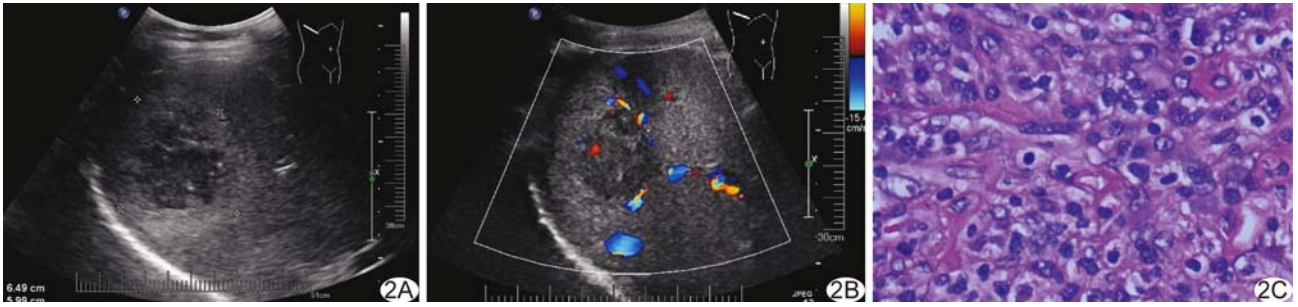


图 2 序号 6 患者, 肝 IPT-like FDCT A. 超声声像图; B. CDFI; C. 病理图(HE, $\times 200$)

吸道等其他部位^[2];患者多无明显症状,常于检查时意外发现,或可表现为腹部不适、偶伴全身症状^[3];部分可见血常规、肝肾功能及肿瘤标志物异常,甚至伴脾功能亢进^[4]。本组 7 例所见与之基本相符。

IPT-like FDCT 超声多呈低或混合回声,边界清晰,内部回声不均,偶可见后方回声增强;CDFI 示短条状血流信号或未见明显血流信号。本组 7 例所见与既往研究^[5]基本一致。

本病应与肌成纤维细胞瘤及淋巴瘤等相鉴别。肌成纤维细胞瘤亦具有炎性假瘤组织学特征;而肌成纤维母细胞瘤好发于眼眶或泪腺,偶可见于肝或脾,超声多表现为低或混合回声,边界较清,CDFI 可探及较丰富血流信号^[6]。淋巴瘤是脾脏常见恶性肿瘤,超声以低回声为主,边界清晰,其内见网状无回声,CDFI 可见点条状血流信号。确诊本病有赖病理学检查。

[参考文献]

- [1] SWERDLOW S H, CAMPO E, HARRIS N L, et al. WHO classification of tumours of haematopoietic and lymphoid tissues[M]. Lyon, France: IARC Press, 2017:476-478.
- [2] JIANG X N, ZHANG Y, XUE T, et al. New clinicopathologic scenarios of EBV+ inflammatory follicular dendritic cell sarcoma: Report of 9 extrahepatosplenic cases [J]. Am J Surg Pathol, 2021, 45(6):765-772.
- [3] MOGRABI M, STUMP M S, LUYIMBAZI D T, et al. Pancreatic inflammatory pseudotumor-like follicular dendritic cell tumor[J]. Case Rep Pathol, 2019, 2019:2648123.
- [4] XUE N, XUE X, SHENG C, et al. Imaging features of inflammatory pseudotumor-like follicular dendritic cell sarcoma of the spleen[J]. Ann Palliat Med, 2021, 10(12):12140-12148.
- [5] LI H L, LIU H P, GUO G W, et al. Imaging findings of inflammatory pseudotumor-like follicular dendritic cell tumors of the liver: Two case reports and literature review [J]. World J Gastroenterol, 2019, 25(45):6693-6703.
- [6] 毛晓楠, 卢再鸣, 郭启勇. 肝脏炎性肌纤维母细胞瘤的影像表现[J]. 中国医学影像技术, 2017, 33(4):554-557.