

ventricular arrhythmia on electrophysiology testing: A retrospective analysis[J]. J Nucl Cardiol, 2014, 21(5):913-920.

[33] XU B, LIU L, ABDU F A, et al. Prognostic value of diastolic

dysfunction derived from D-SPECT in coronary artery disease patients with normal ejection fraction [J]. Front Cardiovasc Med, 2021, 8:700027.

Ultrasonic manifestations of axillary hyaline vascular Castleman disease: Case report 腋窝透明血管型卡斯尔曼病超声表现 1 例

于 媛¹, 赵荣梅², 李 丽²

(1. 河北北方学院研究生院, 河北 张家口 075000; 2. 河北省人民医院超声科, 河北 石家庄 050000)

[Keywords] axilla; giant lymph node hyperplasia; ultrasonography

[关键词] 腋; 巨淋巴结增生; 超声检查

DOI: 10.13929/j.issn.1003-3289.2022.07.032

[中图分类号] R551.2; R445.1 [文献标识码] B [文章编号] 1003-3289(2022)07-1102-01

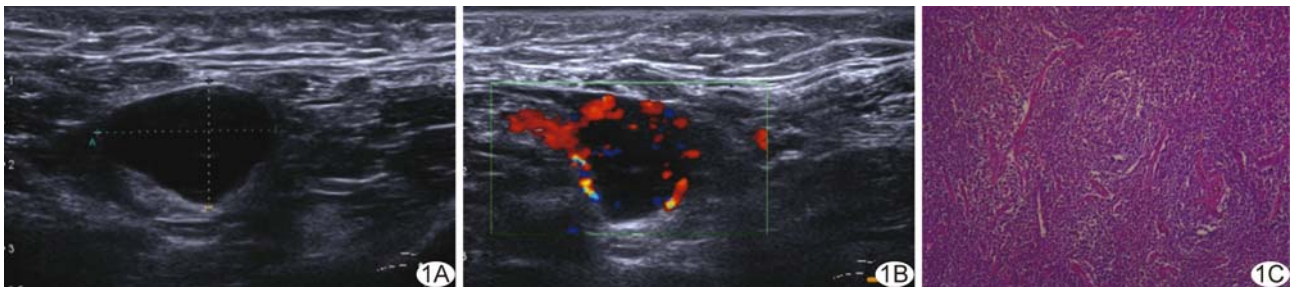


图 1 左腋窝卡斯尔曼病 A. 二维超声声像图; B. CDFI; C. 病理图(HE, ×40)

患者女, 50 岁, 发现左腋下结节 1 年, 无疼痛; 既往体健。查体: 左腋下扪及直径约 2.00 cm 结节, 活动度可, 无压痛, 皮肤表面无红肿。实验室检查均未见明显异常。超声: 左腋下 2.16 cm × 1.61 cm × 1.50 cm 极低回声结节, 边界尚清, 内可见多发点、线状高回声, 淋巴门结构显示不清; CDFI 见其由粗大血管供血, 周边环绕血流信号, 内见短棒状血流信号(图 1A、1B); 提示左腋下实性占位性病变, 肿大淋巴结不排除。行局麻下左腋窝肿物切除术, 术中于左腋窝软组织深处见 2.00 cm × 1.50 cm × 1.00 cm 肿物, 活动度良好, 与周围组织轻微粘连。术后病理: 紫红色肿物, 质脆, 包膜完整, 切面呈灰黄色, 部分淋巴结结构被破坏; 光镜下见淋巴滤泡增生, 生发中心缩小, 内见血管增生, 部分血管壁呈玻璃样变(图 1C); 免疫组织化学: CD21(FDC 网+), CD23(FDC 网+), CD3(滤泡间区+), CD20(滤泡区+), CD79α(滤泡区+), CD43(滤泡间区+), Bcl-2(滤泡间区+), CD5(滤泡间区+), Cyclin D1(散在+), TdT(-), Ki-67(生发中心高表达, 生发中心外约 10%+); 诊断: 透明血管型卡斯尔曼病

(Castleman disease, CD)。临床诊断为左腋窝单中心型 CD。

讨论 CD 是极少见的淋巴组织增生性病变, 常见于中青年, 好发于纵隔。临床将 CD 分为单中心型(unicentric CD, UCD)和多中心型(multicentric CD, MCD)。UCD 一般仅累及单区域内一个或多个淋巴结, 临床症状较轻, 患者多因某部位局部肿大而就诊, 手术治疗后预后较好; MCD 可累及多区域淋巴结, 临床可出现多系统受损症状, 且有恶变倾向, 预后较差、易复发, 需联合放射化学治疗, 待炎症反应改善后行手术切除。UCD 以透明血管型多见, 超声可见椭圆形低回声肿块, 内见密集点、线状高回声, 淋巴门结构多显示不清; 血流较丰富。本病需与以下疾病鉴别: ①淋巴瘤, 无痛性进行性淋巴结肿大, 超声表现为类圆形低回声, 常为多发, 生长快, 易融合, 血供呈淋巴门型; ②淋巴结转移, 淋巴结形态饱满, 可见多发坏死区, 血流信号杂乱, 病史有助于鉴别。发现超声表现为低回声, 内伴点、线状高回声, 淋巴门结构消失, 血流丰富并伴穿支血管的肿大淋巴结时, 应警惕 CD 可能。确诊还需依赖病理学。

[第一作者] 于媛(1992—), 女, 河北石家庄人, 在读硕士, 医师。E-mail: 786469970@qq.com

[收稿日期] 2022-02-22 [修回日期] 2022-06-01