

Ultrasonic diagnosis of giant inflammatory pseudotumor of spleen: a case report

超声诊断脾脏巨大炎性假瘤 1 例

符叶柳 张植兰 宝波 曾荣 徐世亮

[中图法分类号] R445.1

[文献标识码] B

患者女, 64 岁, 1 年前无明显诱因出现全腹部闷痛不适, 无放射痛, 无恶心、呕吐、腹胀及腹泻等, 后自行缓解, 但 1 年内症状反复出现, 9 d 前再次腹痛, 遂来我院就诊。实验室检查: 红细胞 $3.71 \times 10^{12}/L$, 血红蛋白 101 g/L, 红细胞压积 30.40%, 红细胞平均体积 81.90 fL, 血小板 $263 \times 10^9/L$, 中性粒细胞比率 55.3%, 血生化、心肌酶学、出凝血五项、传染病学及肿瘤十二项检查均未见异常。上腹部 MRI 示: 脾脏内见团块状不均匀信号, T1WI 以等低信号为主, T2WI 以高信号为主, 周边低信号, 增强后病灶明显不均匀强化, 其内见片状无明显强化灶, 范围 $9.2 \text{ cm} \times 7.5 \text{ cm}$, 考虑肿瘤性病变(血管内皮瘤?); 另于肝右叶见片状异常信号(图 1)。超声检查: 脾脏增大, 形态失常, 包膜清晰, 实质回声不均匀, 内

可见一 $11.9 \text{ cm} \times 7.9 \text{ cm}$ 不规则实性稍低回声肿块, 边界清, 内回声不均匀, 可见团状强回声伴声影, 肿块可随呼吸移动(图 2); CDFI 于局部探及较丰富的条索状血流信号, 多为静脉样频谱, 其周边未见明显肿大的淋巴结, 考虑脾脏结核或肿瘤。后行腹腔镜下脾切除术, 术中见: 脾脏大小 $14.0 \text{ cm} \times 13.0 \text{ cm} \times 7.0 \text{ cm}$, 肿块位于脾门侧, 脾包膜完整, 与周围组织无粘连, 肝脏包膜完整, 未探及肿块, 无腹水。术后大体: 肿块大小 $12.0 \text{ cm} \times 9.0 \text{ cm} \times 8.0 \text{ cm}$, 灰红色, 边界不清, 质地正常, 切面内见 $8.5 \text{ cm} \times 7.0 \text{ cm}$ 的灰白色区域。病理检查: 镜下见脾组织结构破坏, 见多量浆细胞和淋巴细胞浸润(图 3), 并见组织细胞样细胞, 可见微脓肿; 病理诊断: 脾炎性假瘤(浆细胞性肉芽肿)。

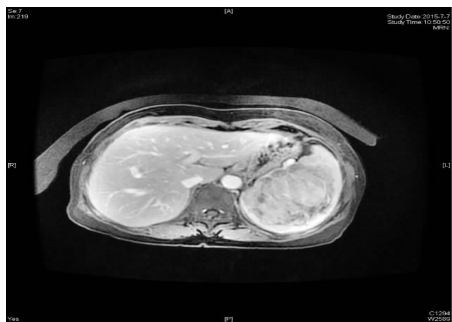


图 1 MRI 显示门脉期不均匀强化增加



图 2 超声显示不规则实性稍低回声肿块伴团状强回声

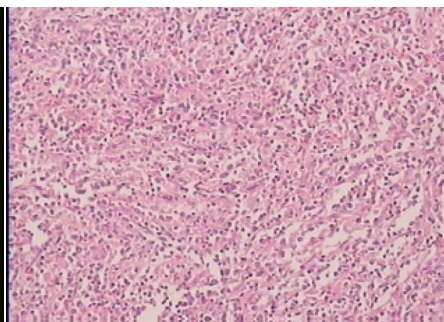


图 3 光学显微镜下见大量浆细胞和淋巴细胞(HE 染色, $\times 40$)

讨论: 炎性假瘤多发生于肺部, 也可发生于其他脏器, 但发生于脾脏者罕见。超声诊断脾脏炎性假瘤的报道更少, 本病例总结经验如下: ①肿瘤多为单发, 极少多发, 也极少与其他脏器同时发病; ②肿瘤可有或无包膜; ③肿块以纤维组织为主时表现为高回声; 以细胞成分为主时表现为等回声或低回声, 肿块内一般不均质, 若伴有出血灶, 其内强回声无声影; 若伴有钙化灶, 其内可见强回声伴声影^[1]; 由于脾脏炎性假瘤发现时一般体积较大, 其中部多伴有坏死灶, 故中间多可见片状低回声或无回声区; ④部分病例周边及内部均可见探及血流信号, 甚至血流信号较丰富, 以静脉血流为主; 部分病例内部及周边均无法探及血流信号, 笔者认为出现这种现象的原因可能与仪器调节有关, 或是

与肿瘤内部组成成分相关。

脾脏炎性假瘤归属于良性肿瘤^[2], 世界卫生组织软组织肿瘤分会将炎性假瘤归为交界性肿瘤, 转移性 $< 5\%$, 因此脾切除术既是明确诊断的方法, 也是有效的治疗手段, 建议临床推广应用。

参考文献

- [1] 李洪林, 石木兰, 郝玉芝. 脾脏炎性假瘤的影像学表现(附三例报告)[J]. 中华放射学杂志, 2001, 35(4): 306-308.
- [2] Khairallah S, Hajar C, Akiki M. Inflammatory pseudotumor of the spleen: a case report[J]. J Med Liban, 2016, 64(1): 54-57.

(收稿日期: 2017-09-30)