

- [4] Heinrich A, Proff P, Michel T, et al. Prenatal diagnostics of cleft deformities and its significance for parent and infant care[J]. J Craniomaxillofac Surg, 2006, 34(Suppl 2): 14-16.
- [5] 何光智, 黄道中, 陈欣林, 等. 胎儿唇腭部的产前超声研究[J]. 中华超声影像学杂志, 2005, 14(10): 769-773.

- [6] 梁娟, 王艳萍, 缪蕾, 等. 中国围产儿面斜裂病例的调查分析[J]. 华西口腔医学杂志, 2000, 18(3): 195-196.
- [7] 李胜利, 欧阳淑媛, 陈琮瑛, 等. 胎儿颜面部的产前超声研究[J]. 中华超声影像学杂志, 2003, 12(6): 355-358.

(收稿日期: 2018-11-12)

• 病例报道 •

Contrast-enhanced ultrasonography in diagnosis of primary hepatic T-cell lymphoma: a case report

超声造影诊断原发性肝脏T细胞淋巴瘤1例

方建强 赵维安 李 庆

[中图法分类号] R445.1

[文献标识码] B

患者男, 26岁, 因体检发现肝内血管瘤来我院进一步检查。体格检查: 一般情况良好, 腹部无肿胀、压痛, 皮肤无黄染, 浅表未触及肿大淋巴结。常规超声检查: 肝右前叶见一1.8 cm×1.4 cm略高回声结节, 边界尚清, 内部回声欠均匀, 其内未见明显血流信号(图1A); 超声提示: 肝内异常回声结节。超声造影检查: 肝右前叶略高回声结节于动脉相10 s开始快速灌注呈不均匀高增强(图1B), 于门脉相25 s开始廓清, 门脉相及延迟相均呈不均匀低增强(图1C); 超声造影提示: 肝右前叶略高回声结节, 考虑肝淋巴瘤? 实验室检查: CA125 48.86 U/mL, 甲胎蛋白 2.13 ng/mL,

CA199 4 U/mL, 癌胚抗原 3.37 ng/mL, 血常规、肝功能及凝血功能检查均正常。后行肝脏穿刺活检, 肝组织内见片状肝细胞坏死, 坏死边缘见异型淋巴细胞浸润, 细胞中等大, 形态不规则, 并累及汇管区, 结合免疫组织化学检查符合外周T细胞淋巴瘤(图2)。免疫组织化学检查: Pax-5(-), ALK1(-), CD45(+), CD68(+), CD3(+), CD5(+), GRB(+), TIA-1(+), ViM(+), CD30(弱+), CD15(-), CD79a(-), EMA(-), CD20(-), CD56(-), CD34(-), CD99(-), CD1a(-), CD10(-), PanCK(-), CK7(-), CK19(-), TDT(-), Glypican-3(-), Ki-67(+, 约50%); 原位杂交: EBER(-)。

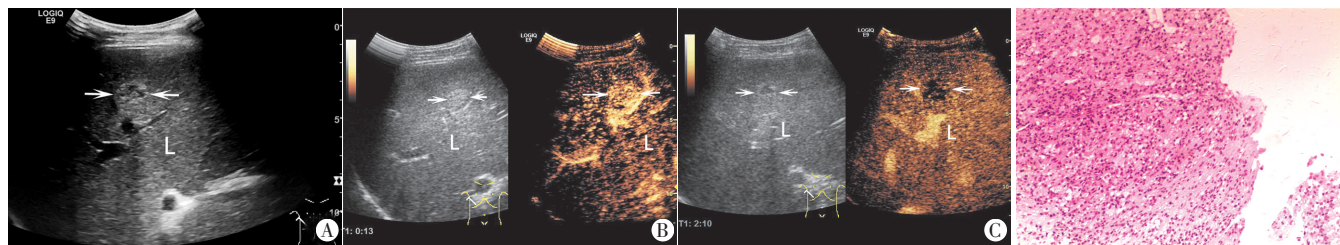


图1 原发性肝脏T细胞淋巴瘤常规超声及超声造影图(L: 肝脏; 箭头示结节)

图2 原发性肝脏T细胞淋巴瘤病理图(HE染色, ×100)

讨论: 原发性肝脏T细胞淋巴瘤是指病灶仅发生于肝脏, 而无浅表淋巴结、脾脏、骨髓等器官受累的结外淋巴瘤, 常起源于B细胞, 而T细胞起源相对少见。该病在肝脏原发性肿瘤中约占0.13%, 平均发病年龄约52.6岁, 男女发病比例为2.5:1^[1]。本例患者常规超声显示结节边界尚清, 以高回声为主, 内部回声不均匀, 可见多发小灶状低回声, 未见液性无回声区, 与肝脏常见的良性血管瘤难以鉴别。本例超声造影表现为动脉相不均匀高增强后快速廓清, 门脉相及延迟相均呈不均匀低增强的恶性肿瘤“快进快退”特征, 与肝血管瘤的典型超声造影表现不同, 但有文献^[1-2]报道极少部分原发性肝脏淋巴瘤在动脉相表现为周边增强、周边向中央

增强的血管瘤样表现。原发性肝脏淋巴瘤多无特异性的临床表现、实验室指标及影像学表现, 故其确诊仍需要病理检查。

参考文献

- [1] Lu Q, Zhang H, Wang WP, et al. Primary non-Hodgkin's lymphoma of the liver: sonographic and CT findings[J]. Hepatobiliary Pancreat Dis Int, 2015, 14(1): 75-81.
- [2] 隋丹. 探讨20例原发性肝淋巴瘤在超声检查诊断中的应用价值[J]. 航空航天医学杂志, 2018, 29(6): 688-690.

(收稿日期: 2019-01-29)