

绝化疗),目前定期复查,暂未见复发。

讨论:AAM 是一种罕见的起源于间叶组织的良性肿瘤,具有广泛的局部侵袭性和高复发率^[1]。该病女性多见,男女发病比例约 1:6.6^[2]。既往文献^[3-4]报道 AAM 超声表现为不规则不均质的低回声肿块,其内外均可探及彩色血流信号,特征性病例可见呈分层状或漩涡状排列的中至高回声,部分病例由于浸润性,呈指状或舌状生长。该病术前误诊率高,本例患者为男性,肿块生长缓慢,病程长达 10 余年,肿块巨大,因肿块位于腹股沟区,质软,推之可变形,临床症状及体征与疝相似,且超声缺乏特征性表现,加之超声及临床医师经验不足,认知有限,术前均误诊。本例患者第 1 次手术后复发,超声复查提示肿块内高回声结构及无回声区较前明显增加,分析可能与复发的肿瘤中纤维化成分增多及出血有关^[5]。AAM 的超声表现虽有一定特异性,但术前确诊困难,需与腹股沟疝、纤维瘤、黏液样纤维肉瘤等软组织肿瘤鉴别。总之,超声不仅可以提供 AAM 的鉴别诊断信息,在术前肿瘤范围的确定、复发监测中也具有重要意义。

参考文献

- [1] Mehmet CS, Gamze MK, Nasuh UD, et al. Aggressive angiomyxoma of vulva recurring 8 years after initial diagnosis [J]. Arch Gynecol Obstet, 2009, 280(3): 485-487.
- [2] Sun Y, Zhu L, Chang XY. Clinicopathological features and treatment analysis of rare aggressive angiomyxoma of the female pelvis and perineum—a retrospective study [J]. Pathol Oncol Res, 2017, 23(1): 131-137.
- [3] Zhao CY, Su N, Jiang YX. Application of ultrasound in aggressive angiomyxoma: eight case reports and review of literature [J]. World J Clin Cases, 2018, 6(14): 811-819.
- [4] Hajime O, Katsufumi O, Mitsuyoshi I, et al. A case of aggressive angiomyxoma of the vulva [J]. J Med Ultrasonics, 2013, 40(3): 283-287.
- [5] Giraudmaillat T, Mokrane FZ, Delchier-Bellec MC, et al. Aggressive angiomyxoma of the pelvis with inferior vena cava involvement: MR imaging features [J]. Diagn Interv Imaging, 2015, 96(1): 111-114.

(收稿日期:2022-12-05)

· 病例报道 ·

Ultrasonic manifestations of intrathyroid thymic carcinoma with lung adenocarcinoma: a case report

甲状腺内胸腺癌合并肺腺癌超声表现 1 例

梁莹 戴九龙 卢漫

[中图法分类号]R445.1

[文献标识码]B

患者女,49 岁,因体检发现“双肺结节、甲状腺结节 7 个月”于我院就诊。自述 7 个月前于外院胸部 CT 检查发现双肺多个结节,较大者位于左肺上叶,大小约 6 mm×5 mm,同时扫及甲状腺右侧叶较左侧增大(图 1)。行胸腔镜下左肺上叶尖后段切除术,术后病理证实为微浸润型腺癌(minimally invasive adenocarcinoma, MIA)。3 个月前于外院行甲状腺结节细针抽吸细胞学检查(FNAB)提示:甲状腺乳头状癌。患者未行治疗。本次入院后超声检查:甲状腺右侧叶下极见一大小约 12 mm×13 mm×13 mm 低回声结节,边界不清晰,形态不规则,呈“分叶状”,累及被膜,结节内可见点状强回声;CDFI 于结节内探及少量血流信号(图 2)。双侧颈部Ⅵ区淋巴结结构欠清晰。超声提示:甲状腺右侧叶结节伴钙化灶, TI-RADS 6 类。实验室检查:游离三碘甲状腺原氨酸 3.02 pg/ml,血清游离甲

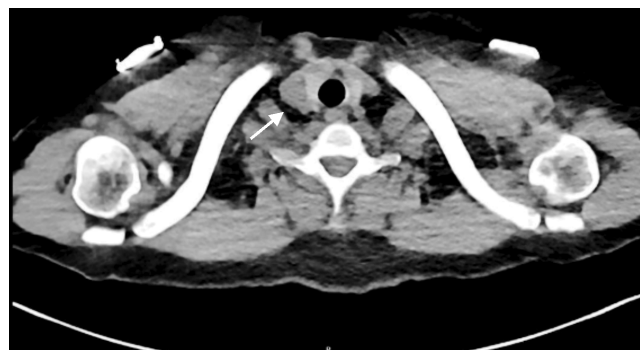
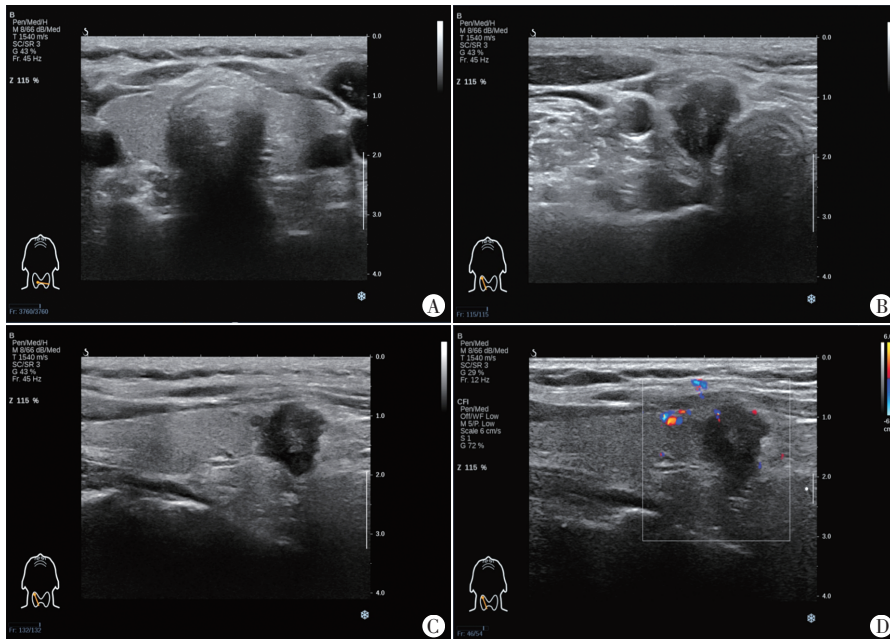


图1 CT 检查示甲状腺右侧叶增大(箭头示)

状腺素 1.25 ng/dl,促甲状腺激素 3.04 mU/L,甲状腺球蛋白 11.82 ng/ml,甲状腺球蛋白抗体 6.73 U/ml,甲状腺过氧化物酶抗体 1.00 U/ml。行甲状腺癌根治术,术中于甲状腺右侧叶见

作者单位:610072 成都市,成都中医药大学医学与生命科学学院(梁莹);四川省肿瘤医院超声医学中心(戴九龙、卢漫)

通讯作者:卢漫, Email: graceof@163.com



A: 甲状腺横断面; B: 甲状腺右侧叶短轴切面见甲状腺下极结节; C: 甲状腺右侧叶长轴切面见甲状腺下极结节; D: 甲状腺右侧叶下极结节 CDFI 图

图 2 甲状腺超声图像

一大小为 18 mm×15 mm×12 mm 质硬肿块,边界不清晰,突破被膜向外侵犯颈前带状肌;双侧气管-食管沟查见多枚最大径约 5 mm 肿大淋巴结。术中冰冻切片提示:恶性肿瘤,倾向低分化癌。术后病理检查:送检甲状腺组织内异型细胞团巢状、合体样生长,伴局灶角化及间质淋巴细胞浸润(图 3);肿瘤细胞免疫表型:CK5/6(+),P63(+),P40(+),CgA(-),Syn(+),CD56(-),Calcitonin 降钙素(-),PAX-8(+),Thyroglobulin(-),CEA(局灶+),TTF-1(-),CK7(灶+),CK19(+),MC(HBME-1,灶+),Galectin-3(+),CD5(+),CD117(+),Ki67(+,约 60%)。病理诊断:符合甲状腺内胸腺癌(intrathyroid thymic carcinoma, ITTC),累及侵犯被膜及甲状腺表面纤维、脂肪、横纹肌组织。术后行 IMRT 放疗,累计放疗 3 次,累计剂量:CTV1 2.1 Gy/f, CTV2 2.0 Gy/f, CTVLn 1.8 Gy/f。现患者规律复查,暂无特殊。

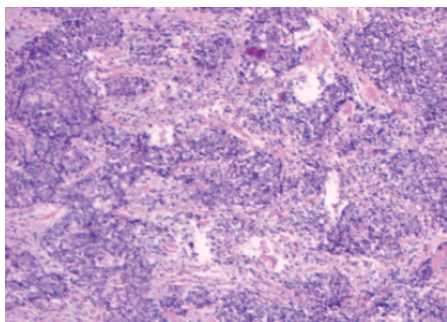


图 3 ITTC 病理图(HE 染色,×100)

讨论:多原发癌是指同一机体内同时或先后发生 2 种及以上不相关的原发恶性肿瘤^[1]。肺癌是最常见的恶性肿瘤之一,其中 MIA 是一种特殊的肺腺癌。而 ITTC 临床较少见。本例患者患有 IMA 和 ITTC,为双重癌;且在 6 个月内陆续发现,为同时性癌,ITTC 合并 MIA 的同时性双重癌目前未见报道。超声为甲

状腺疾病的首选影像学检查方法。本例 ITTC 结节位于甲状腺下极,与既往文献^[2]报道一致,分析与胚胎发育过程中胸腺的形成和迁徙有关^[3];结节超声表现为边界不清晰,形态不规则,呈“分叶状”,内见点状强回声并可探及少量彩色血流信号,符合甲状腺恶性肿瘤的超声特征^[4]。冯一星和张晟^[3]研究总结了 11 例 ITTC 的超声表现,发现结节均无钙化和囊性区,但 90.9%(10/11)的结节内见线样高回声。本例 ITTC 超声提示见钙化灶,与既往文献^[5]报道不同,但术后病理未提及钙化灶,分析可能因扫查切面不同而导致结节内线样高回声不易与微小钙化灶鉴别所致。Kakudo 等^[6]研究指出,ITTC 呈膨胀性生长,无包膜,与甲状腺腺体分界清晰,结节边缘锐利,可侵袭腺体,故超声显示为边界清晰,形态不规则,呈“分叶状”。既往研究^[3]显示 ITTC 结节纵横比均<1,

可能与 ITTC 呈膨胀性生长有关。本例结节纵横比≥1,与上述报道不同。ITTC 病理诊断较困难^[7],易误诊为鳞状细胞癌和未分化癌^[8]。本例 ITTC 共进行了 3 次病理检查,FNAB 误诊为甲状腺乳头状癌,术中冰冻切片考虑低分化癌,而术后病理诊断为 ITTC,可见 ITTC 的诊断依赖免疫组化检查^[2,8-10]。总之,ITTC 单独发病率低,影像学及病理学诊断均较困难,临床工作中应注意与甲状腺其他恶性肿瘤相鉴别。

参考文献

- [1] 吕佳铭,熊华才,吴波,等.138 例首发于消化系统的多原发癌临床分析[J].中华肿瘤杂志,2018,40(2):147-150.
- [2] 赵玲,高润霖,刘强,等.5 例甲状腺内胸腺癌临床病理分析[J].上海交通大学学报(医学版),2018,38(10):1272-1276.
- [3] 冯一星,张晟.甲状腺内胸腺癌声像图特征及临床病理特点分析[J].中华超声影像学杂志,2019,28(3):241-245.
- [4] 王晓庆,魏玺,徐勇,等.良恶性甲状腺结节的超声征象及甲状腺影像报告和数据库系统分级对甲状腺结节的诊断价值[J].中华肿瘤杂志,2015,37(2):138-141.
- [5] Ge W, Yao YZ, Chen G, et al. Clinical analysis of 82 cases of carcinoma showing thymus-like differentiation of the thyroid [J]. Oncol Lett, 2016, 11(2): 1321-1326.
- [6] Kakudo K, Bai Y, Ozaki T, et al. Intrathyroid epithelial thymoma (ITET) and carcinoma showing thymus-like differentiation (CASTLE): CD5-positive neoplasms mimicking squamous cell carcinoma of the thyroid [J]. Histol Histopathol, 2013, 28(5): 543-556.
- [7] 王立英,雷建勇,王艺超,等.甲状腺内胸腺癌伴颈侧区淋巴结转移 2 例 MDT 讨论[J].中国普外基础与临床杂志,2021,28(3): 364-368.

- [8] Collins JA, Ping B, Bishop JA, et al. Carcinoma showing thymus like differentiation (castle): cytopathological features and differential diagnosis[J]. Acta Cytol, 2016, 60(5): 421-428.
- [9] Gao R, Jia X, Ji T, et al. Management and prognostic factors for thyroid carcinoma showing thymus-like elements (castle): a case

series study[J]. Front Oncol, 2018, 8(1): 477.

- [10] 刘颖, 郭海龙, 景洪标. 甲状腺内胸腺瘤临床病理学分析[J]. 局解手术学杂志, 2021, 30(2): 174-177.

(收稿日期: 2022-09-13)

· 病例报道 ·

Carotid artery ultrasonic manifestations of SAPHO syndrome: a case report SAPHO 综合征颈动脉超声表现 1 例

付 瑶 刘春梅 孔令伟 聂 颖 张 菡 刘红军

[中图法分类号] R445.1

[文献标识码] B

患者男, 39 岁, 因“间断关节疼痛 6 年, 皮疹 3 年, 右颈近下颌部疼痛 10 d”就诊。自述 6 年前饮酒后出现手指关节、腰部晨起僵硬感, 活动后症状减轻, 后每个月出现 1~2 次, 未予重视。4 年前双侧足部出现散在小水泡, 胸和后背散在毛囊炎, 并逐渐增多, 无瘙痒, 无疼痛, 偶有双髋、双肩疼痛, 于外院对症治疗 1 个月未见好转, 双手亦出现水泡。2 年前手掌、足部皮疹加重, 偶有胸骨、骶尾部疼痛, 外院诊断为掌跖脓疱病, 给予外用药物及中药(具体不详)治疗后皮疹减少, 后皮疹时轻时重。1 年前出现右颈近下颌部疼痛, 无咽痛、发热, 口服头孢呋辛酯治疗 10 d 未见好转, 遂来我院就诊。患者既往体健, 否认高血压、糖尿病、冠心病及高脂血症病史, 无吸烟史。家族史无特殊。自发病以来无发热、肢体酸麻乏力、头晕、恶心、腹泻、血尿, 体质量无改变。颈部常规超声检查: 右侧颈总动脉中段至颈总动脉分叉处内膜呈弥漫性增厚, 最厚处 3.94 mm(图 1), 正常管壁三层结构消失, 血管外膜与周围组织分界模糊, 增厚处以等回声为主, 近边缘处呈带状低回声, 纵切面观示管壁呈“通心粉”征。右侧颈部 I 区、II 区及 III 区见数个团状低回声, 较大者约 16 mm×12 mm, 短长轴比值>0.5, 淋巴结内见淋巴门型血流信号。四肢动脉、肾动脉、脾动脉血管超声及超声心动图检查均未见异常。超声提示: 右侧颈总动脉中段及远心段管壁增厚, 考虑动脉炎性改变; 右侧颈部多发淋巴结肿大。患者转往上级医院诊治, 查见患者一般情况良好, 双手及足部见水泡疹, 前胸及后背可见毛囊炎, 四肢关节无红肿压痛, 右侧颈动脉处有压痛, 未闻及血管杂音, 余未见异常。实验室检查: C 反应蛋白 1.098 mg/dl, 白细胞介素-6 7.61 pg/ml, 红细胞沉降率 28 mm/h; 血脂、血糖、肝功、肾功、HLA-B27、类风湿因子、抗链 O、抗核抗体、抗双链 DNA 抗体均正常。超声造影检查: 右侧颈总

动脉管壁增厚处出现多发点线状增强, 管腔内可见增强。超声造影提示: 右侧颈总动脉管壁增厚处活动性病变可能性大。全身骨显像检查: 右侧第 1 前肋及上、下颌骨见放射性摄取增高灶; 余全身骨显像未见异常。全身骨显像提示: 右侧第 1 前肋异常结合临床符合 SAPHO 综合征病变累及所致; 上、下颌骨异常考虑炎性病变可能性大。临床诊断为 SAPHO 综合征, 给予柳氮磺胺嘧啶(1.0 g, 2 次/d)治疗 3 个月后, 复查 C 反应蛋白、白细胞介素-6 及红细胞沉降率均正常。加用甲氨蝶呤片(每次 7.5 mg, 每周 1 次)治疗 2 个月后因肝功能异常停药, 改为托法替布(每次 5 mg, 2 次/d)治疗至今。

7 个月前患者来我院随访, 未见新发皮疹, 关节无疼痛, 颈部无压痛。颈部常规超声检查: 右侧颈总动脉中段至颈总动脉分叉处内膜呈弥漫性增厚, 最厚处 3.11 mm(图 2), 正常管壁三层结构消失, 血管外膜与周围组织分界模糊, 增厚处以等回声为主, 近边缘处带状低回声变窄, 纵切面示管壁呈“通心粉”征。超声提示: 右侧颈总动脉中段及远心段管壁增厚程度较 1 年前好转; 右侧颈部未见淋巴结肿大。6 个月前复查颈部常规超声: 右侧颈总动脉中段至颈总动脉分叉处内膜呈弥漫性增厚, 最厚处 3.0 mm(图 3), 正常管壁三层结构消失, 血管外膜与周围组织分界欠清, 增厚处呈等回声, 近边缘处带状低回声范围进一步缩小, 纵切面观示管壁呈“通心粉”征。超声提示: 右侧颈总动脉中段及远心段管壁增厚程度较前改变不明显。

讨论: SAPHO 综合征是一组罕见的慢性无菌性炎症性疾病, 发病原因尚未清楚, 目前多认为其是一种自身炎症性疾病, 可能与遗传因素、环境因素及免疫失调相关。有学者^[1]认为慢性扁桃体炎或其病原微生物可能与本病的发生、发展有关。SAPHO 综合征较罕见, 临床诊断主要依据病史、症状、辅助检