

# Ultrasonic manifestations of primary small intestinal non-Hodgkin's lymphoma: a case report

## 原发性小肠非霍奇金淋巴瘤超声表现 1 例

杨 军 范晓梅

[中图法分类号]R445.1

[文献标识码]B

患者男,49岁,既往有高血压病史,体质量指数 25.93 kg/m<sup>2</sup>,于我院行常规体检。腹部超声检查:左腹见一范围约 12.7 cm×6.8 cm 肠管壁不规则增厚,僵硬,蠕动差,最厚处约 2.8 cm,回声不均匀,管腔狭窄,呈“假肾”征,其内可见少许肠内容物回声(图1);CDFI于增厚的肠管壁内探及丰富血流信号(图2),测得其中一支动脉流速约 54 cm/s,阻力指数 0.50。腹部超声提示:①左侧腹部肠管壁不规则增厚,考虑淋巴瘤或克罗恩病可能,建议进一步检查;②肠套叠可能,请结合临床。立即收住院,患者未诉不适,体格检查无异常。大便 1~2次/d,黄色成形便,无黏液、脓血、脓子;粪便隐血试验:隐血(化学法)弱阳性。小便常规、癌胚抗原、甲胎蛋白、凝血功能检查结果均正常,总胆固醇 5.45 mmol/L,甘油三酯 2.32 mmol/L,高密度脂蛋白胆固醇 0.85 mmol/L,血红蛋白 118.00 g/L,红细胞比容 0.3590,红细胞平均体积 79.50 fL,红细胞平均血红蛋白含量 23.10 pg,红细胞平均血红蛋白浓度 291.00 g/L。小肠镜检查:进镜至距 Treitz 韧带约 50 cm 可见管腔狭窄,黏膜肿胀粗糙,表面密布灰白色颗粒,取活检 5 块,质脆易出血,继续进镜困难,并可见肠黏膜出血。小肠镜提示:十二指肠水平部新生物性质待查。病理诊断:(十二指肠水平部)非霍奇金 B 细胞淋巴瘤(图3)。免疫组化检查: Bcl-2(+), Bcl-6(个别+), CD10(-), CD20(+), CD21(FDC+), CD3(T 细胞+), CD30(个别+), CD38(+), CD5(T 细胞+), C-myc(约 10%+), Cyclin-D1(-), Ki-67(约 15%+), Mum-1

(+), P53(约 10%+), Pax-5(+), CD23(FDC+), CD35(FDC+), SOX11(-), CD43(弱+), κ(+), λ(+);原位杂交 EBER(-)。综合上述检查结果诊断为淋巴结外边缘区黏膜相关淋巴组织(MALT)淋巴瘤。

讨论:淋巴瘤是起源于淋巴造血系统的恶性肿瘤,可首发于淋巴结及淋巴器官,也可首发于淋巴结外组织<sup>[1]</sup>,病理学上分为霍奇金和非霍奇金两大类。MALT 淋巴瘤是一类进展缓慢且多为低度恶性的淋巴瘤亚型,以非霍奇金淋巴瘤为主。原发性胃肠道淋巴瘤以胃部多见,其次为小肠;肠道淋巴瘤起源于肠壁黏膜下层淋巴组织,好发于回肠末端和盲肠<sup>[2]</sup>。其发病原因可能与感染、染色体畸变、免疫系统疾病等有关。临床表现为腹部肿块、腹痛、大便习惯改变等症状,可伴有不完全性肠梗阻、肠套叠、腹水等。超声多表现为肠管壁弥漫性或局限性增厚,回声不均匀减低,弥漫性增厚者管腔可变窄,肠蠕动减弱,呈“靶环”征<sup>[3]</sup>;局限性增厚者表现为肠管壁单发或多发形态不规则低回声或极低回声,可突向肠腔,出血、坏死少见,常伴腹腔及腹膜后淋巴结肿大。肠道淋巴瘤血供多丰富,“血管漂浮”征是其特异性征象,动脉频谱呈低速高阻型。本例患者腹部常规超声检查时见大范围肠管壁不均匀增厚,回声减低,出现“假肾”征,血流信号丰富,与以往文献<sup>[4]</sup>报道相符。原发性肠道淋巴瘤较少见,部分患者起病隐匿,临床症状缺乏特异性,易漏误诊,本例患者未表现任何不适症状和体征,但超声表

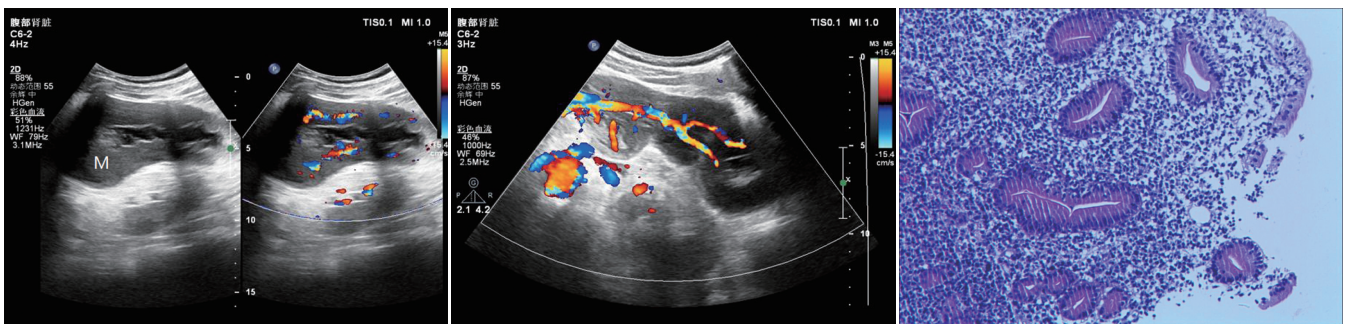


图1 腹部超声示肠管壁增厚,呈“假肾”征(M: 病灶) 图2 CDFI于增厚的肠管壁内探及丰富血流信号 图3 非霍奇金B细胞淋巴瘤病理图(HE染色, ×200)

作者单位:430060 武汉市,武汉大学人民医院健康管理中心(杨军);武警湖北省总队医院特检科(范晓梅)  
 通讯作者:范晓梅,Email:497615364@qq.com

现有一定特征性,确诊仍需依靠病理。

原发性肠道淋巴瘤需与克罗恩病、肠结核等鉴别诊断。克罗恩病病变多位于回肠末端,呈节段性跳跃式分布,累及范围广,超声可表现为肠管壁全层均匀性增厚,增厚程度多较淋巴瘤轻,部分病例可形成肠瘘;肠结核多继发于肺结核病,结核菌素试验结果阳性,好发于回盲部,肠管壁呈局限性不规则增厚,回声减低,肠腔相对狭窄,肠蠕动减弱,部分肠管可相互粘连成团,多伴有肠系膜淋巴结肿大。肠结核与克罗恩病均为炎性病变,病史及临床表现有助于与原发肠道淋巴瘤鉴别诊断。

#### 参考文献

- [1] 朱晓丽,王峥,韩增辉,等.原发性结外淋巴瘤的超声诊断价值[J].中华医学超声杂志(电子版),2013,10(12):994-998.
- [2] 向志,朱天华.回肠弥漫性大B细胞淋巴瘤超声表现1例[J].临床超声医学杂志,2018,20(4):263.
- [3] 钱蕴秋.超声诊断学[M].2版.西安:第四军医大学出版社,2008:368-369.
- [4] 薛念余,许幼峰,张盛敏.腹部原发结外淋巴瘤的超声造影表现[J].中国超声医学杂志,2022,38(8):938-941.

(收稿日期:2022-09-30)

#### · 病例报道 ·

## Ultrasonic manifestations of metastatic hemangiopericytoma: a case report 转移性血管周细胞瘤超声表现 1 例

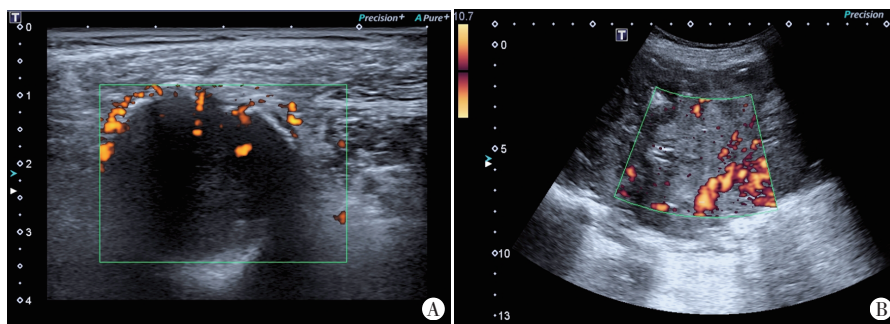
王迪 杨影 王思续 焦丹

[中图分类号]R445.1

[文献标识码]B

患者女,59岁,因右侧肘关节肿物来我院就诊。体格检查:肿物明显高于皮肤表面,质韧,压痛(+),边界尚清晰,活动度差,表面无红肿破溃,受累关节活动轻度受限。既往确诊为颅内血管周细胞瘤(hemangiopericytoma, HPC)并肝转移,后行肝脏介入治疗;5年前骨扫描提示双侧髌骨、颅骨、眼眶、腰椎、胸椎等多处骨代谢异常活跃,考虑为多处骨转移,于胸、腰椎等部位行介入治疗。现我院超声检查:右侧肱骨掌侧骨表面见断续的小范围骨质破坏,透过破坏的骨质深层可见一大小约3.48 cm×2.64 cm×3.65 cm不均质低回声(图1A);CDFI探及低回声内部及周边血流信号丰富。右侧颞部肌肉深层见一大小约2.80 cm×3.68 cm×2.20 cm低回声,其内可见多发块状强回声,深层可见骨质破坏;CDFI探及其内血流信号极丰富,并可探及高阻的动脉血流频谱。双侧髌关节结构消失,骨质破坏,其浅层可见不均质低回声肿物,左侧较大范围约20.0 cm×18.3 cm×9.4 cm,右侧较大范围约16.2 cm×12.3 cm×4.6 cm,内回声不均匀;CDFI探及其内血流信号丰富(图1B)。肝脏右叶明显肿大,肝内可见多发、散在的实质不均质低回声,肿物内部回声增强,周边回声减低,边缘光滑,有包膜,多聚集成团,边界不清晰(图2A),内可见多发

钙化,并成大块,余肿物有向大钙化块聚拢的趋势(图2B);CDFI探及其内血流信号丰富。超声提示:右侧肱骨掌侧、右侧颞部、双侧髌关节前方及肝内多发占位,考虑为源于颅内HPC的多处转移。后行CT检查:肝脏体积增大,右叶局部背膜欠光整;肝内见多发大小不等肿块影,边界不清晰,密度不均,内可见斑片状低密度影(图3A);部分病灶见极高密度影;右叶较大病灶边界不清晰,似向肝前延伸为椭圆形低密度影。右侧第8、10肋局部骨质不连续,可见低密度骨折线影及结节状高密度影;左侧第8肋局部骨质不连续,呈膨胀性骨质破坏,胸壁局部内可见团块状高密度影(图3B),纵隔窗呈软组织密度影,较大者约2.9 cm×1.3 cm,CT值48 Hu;C7至T2、T8、T10、T12、L2、L5、L3



A: 肱骨掌侧骨表面见断续的骨质破坏,骨质深层可见不均质低回声;B: 右髌关节结构消失,骨质破坏,其前方可见不均质低回声肿物,CDFI于其内探及丰富血流信号

图1 HPC骨转移声像图

作者单位:130000 长春市,吉林大学中日联谊医院超声科

通讯作者:焦丹,Email:jiaodan@jlu.edu.cn