

· 短篇报道 ·

肝脏假性淋巴瘤影像误诊一例报告

周 怡 田 螺 周 鹏* 芦 丹 胡艳丽 陈贝阳 甘红波 乔大发
湖北省襄阳市联勤保障部队第九九一医院放射诊断科 (湖北 襄阳 441000)

【关键词】 假性淋巴瘤；影像学；普美显；磁共振；病理学
【中图分类号】 R6
【文献标志码】 D
DOI:10.3969/j.issn.1672-5131.2023.12.058

Image Misdiagnosis of Hepatic Pseudolymphoma:A Case Report

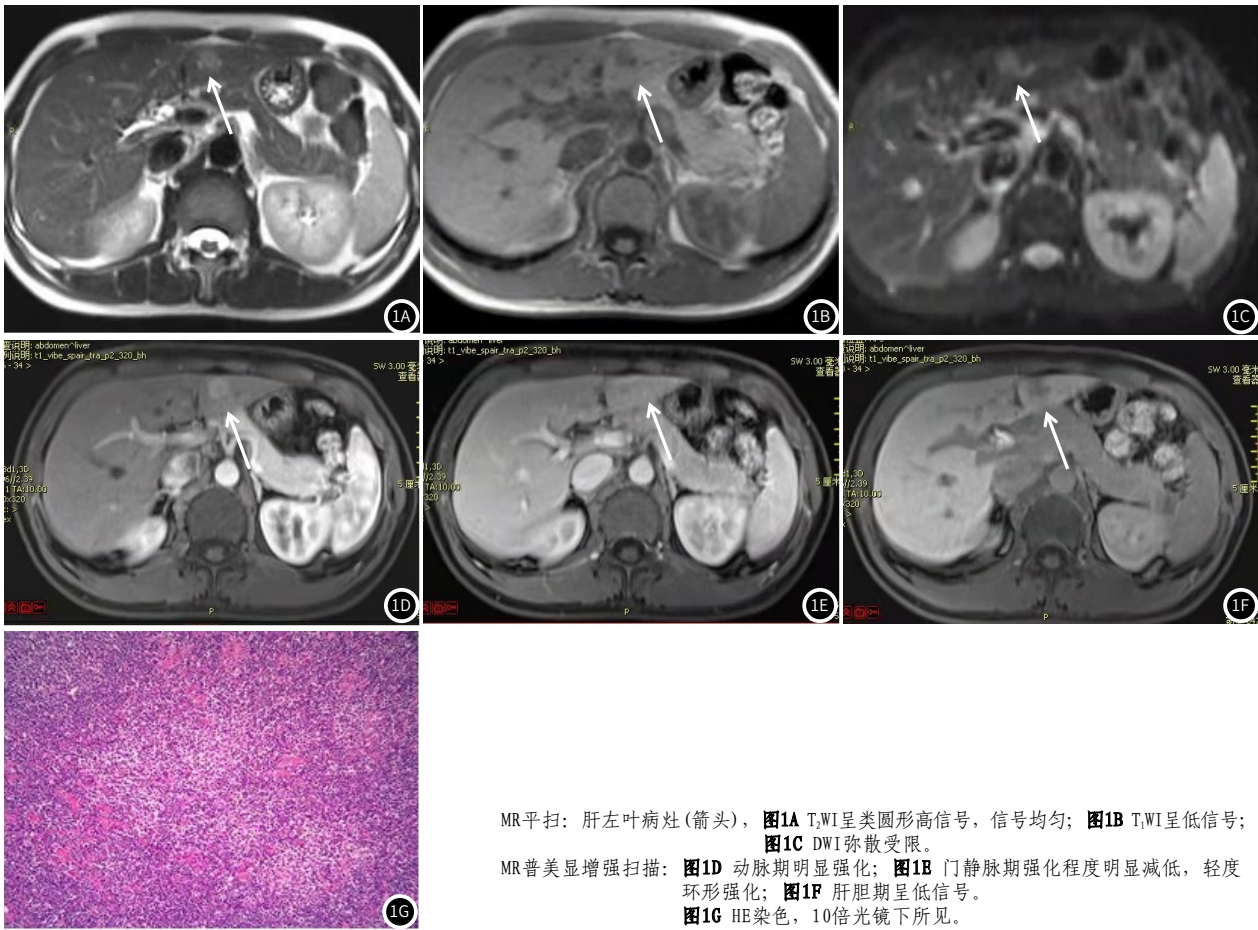
ZHOU Yi, TIAN Luo, ZHOU Peng*, LU Dan, HU Yan-li, CHEN Bei-yang, GAN Hong-bo, QIAO Da-fa.
Department of Radiology, 991 Hospital of Xiangyang City, Xiangyang 441000, Hubei Province, China

Keywords: Pseudolymphoma; Imaging; Pu Mei Xian; Magnetic Resonance; Pathology

1 病例资料

患者女，39岁。因“间断腹胀20余天”入院。患者于20余天前出现间断性腹胀，无恶心、呕吐，无畏寒、发热。体格检查：腹部外形正常，腹部触诊未见明显异常。实验室检查：总胆红素26.4μmol/L、直接胆红素10.2μmol/L、HBV DNA2.38E+03；大三阳。上腹部MR检查，采用GE Discovery MR750 3.0设备，选

用肝胆特异性MRI对比剂(普美显)增强，影像学表现示：肝左叶(S4段)下缘可见一类圆形异常信号灶，T₁WI呈低信号，T₂WI呈略高信号，边界较清楚，直径约1.3cm，动态增强早期见病灶呈快进快出强化，肝胆期呈明显低信号，DWI弥散受限。诊断为：肝左叶(S4段)异常信号灶，考虑小肝癌可能。



MR平扫：肝左叶病灶(箭头)，图1A T₁WI呈类圆形高信号，信号均匀；图1B T₂WI呈低信号；图1C DWI弥散受限。
MR普美显增强扫描：图1D 动脉期明显强化；图1E 门静脉期强化程度明显减低，轻度环形强化；图1F 肝胆期呈低信号。
图1G HE染色，10倍光镜下所见。

【第一作者】周 怡，女，主治医师，主要研究方向：腹部及关节。E-mail: zhouyi18696234695@qq.com
【通讯作者】周 鹏，男，副主任医师，主要研究方向：腹部及关节。E-mail: 32844031@qq.com

患者入院后行：腹腔镜下肝叶切除术。术后送检肝脏取材切片，肝被膜下见1cm×1cm×0.8cm灰白结节，镜下见为淋巴组织增生。其内见多个淋巴滤泡形成，生发中心扩张，滤泡间上皮样组织细胞、淋巴细胞、浆细胞及单核样细胞样细胞混杂存在，局灶单核样细胞成片增生。术后病检结果：(肝脏)淋巴组织反应性增生，周围肝组织呈结节性肝硬化改变(分级分期：C2S4)。

免疫组化染色CD3及CD20示I及B细胞分布相对规则，CD21示淋巴滤泡FDC网完整致密，IgD示套区结构存在。生发中心CD10(+),BCL2(-),Ki67(高增殖)：滤泡间区CD68示上皮样组织细胞丰富，S100(-),Kappa及lambda示浆细胞呈多克隆性，部分细胞CD30阳性，D2-40示无明显淋巴窦结构，PCK显示周边少量残留上皮无明显淋巴上皮病变，LNP1局灶增生的核样细胞：CD20(+),CD3(-),CD43(-),Cyclin D1(-),BCL2(-),CD10(-),CD21(-),Ki67(低增殖)。原位杂交检测EBV：EBER(个别淋巴滤泡生发中心少量细胞阳性，热点区域50/HPF)IC基因重排未检出克隆性条带。

2 讨论

假性淋巴瘤是一种反应性淋巴样组织增生。是极为罕见的良性病变，术前诊断相对困难。此病首先在肺中发现，1963年Saltzstein对其组织学特征进行定义，而位于肝脏是由Snover^[1]于1981年首次报道。目前发病机制仍不是很明确。有学者认为本病是不同于炎性假瘤的一种独立性病变。除肝脏外，还可出现在多种脏器^[2]。病理学特征：镜下肿瘤由多克隆淋巴细胞组成，细胞弥漫分布，结构较为规则，核无明显特异性^[3]。T细胞和B细胞相同，表现为多克隆性，中心以B细胞为主，外围绕T细胞；检测IgH和TCR基因，重排分析显示呈多克隆性^[4]。本例患者镜下及免疫组化与文献报道相符，提示为多克隆病变。

肝脏假性淋巴瘤影像学表现无特征性，病灶内可见脉管系统穿行^[5]。本例发病年龄39岁，女性，病灶位于肝左叶，单发，体积较小，MRI呈长T1稍长T2信号，DWI呈高信号，无假包膜。普美显增强扫描动脉期明显强化，门静脉期及延迟期强化程度低于正常肝脏实质，呈稍低环形强化，肝胆期呈低信号。这与此前报道病例较为相似^[6]。也有报道提出病灶为动脉期轻度强化或周边环形强化^[3,7]，这种强化特点可能与其炎症细胞浸润和淋巴组织增生有关，提示肝脏假性淋巴瘤供血不丰富^[8]。Yuan等^[9]提出，MRI增强扫描延迟期等信号可能具有特征性，而肝细胞癌此期多为低信号。本例患者有乙肝大三阳病史，影像学强化模式与小肝癌相似^[10]，结合普美显造影剂在20min肝特异期表现为低信号，故造成误诊。回顾性分析，对于术前影像提出小肝癌的诊断还是存有疑虑的：(1)肝细胞癌，好发男性，50%-90%合并肝硬化，此例病例为年轻女性，有肝炎病史，无肝硬化背景。(2)病灶无包膜，而肝细胞癌可有“假包膜”^[11]。(3)T₂WI呈稍高信号或高信号，DWI呈高信号，且信号均匀，动态增强多呈“快进快出”的强化模式，而肝细胞癌强化程度更明显一些，门静脉期及延迟期廓清更显著，DWI扩散系数更高。这可能成为两者的区分点。

总结提示，假性淋巴瘤是一种临床非常少见疾病，影像诊断较为困难，手术切除是唯一根治方法。临床医师须加强对本病影

像学的认识。对于有自身免疫性疾病，干燥综合征或者病毒感染者，特别是女性，肝脏小病灶，肿瘤相关指标阴性，影像学表现与肝细胞癌较为相近的，结合临床病史，要注意想到此病发生的可能性，从而减少误判，为临床治疗和处理提供有效支持。

参考文献

- [1]Snover DC,Filipovich AH,Dehner LP,et al."Pseudolymphoma".a case associated with primary immunodeficiency disease and polyglandular failure syndrome[J].Arch Pathol Lab Med,1981,105(1):46-49.
- [2]翟健,周立宁,庄晓萌,等.肝脏假性淋巴瘤3例报告及其临床病理特点分析[J].肝胆胰外科杂志,2009,21(4):312-314.
- [3]郝新民,王明亮,曾蒙苏.肝脏假淋巴瘤的MRI表现[J].放射学实践,2019,34(10):1128-1131.
- [4]丛文铭.肝脏杂类瘤样病变[M]//丛文铭,朱世能.肝胆肿瘤诊断外科病理学.上海:上海科技教育出版社,2002:279-280.
- [5]管彬,钟唐力,刘启瑜,等.原发性肝脏淋巴瘤的CT、MRI表现及病理分析[J].中国CT和MRI杂志,2018,(2):1-3,30.
- [6]冯少美,林跃辉,刘海迪,等.原发性肝脏淋巴瘤的CT、MRI影像学特点及其临床诊断价值分析[J].中国CT和MRI杂志,2022,第20卷(7):98-100.
- [7]Kobayashi A,Oda T,Fukunaga K,et al.MR imaging of reactive lymphoid hyperplasia of the liver[J].J Gastrointest Surg,2011,15(7):1282-1285.
- [8]王叶,王鑫坤,叶慧义.肝脏假性淋巴瘤的MRI特征及文献回顾[J].中国医学影像学杂志,2018,26:427-430.
- [9]Yuan L,Zhang Y,Wang Y,et al.Reactive lymphoid hyperplasia of the liver: a clinicopathological study of 7 cases[J].HPB Surg,2012,2012:357694.
- [10]郝敬军,庄伟雄,崔凌,等.小肝细胞癌的不典型CT表现分析[J].罕少疾病杂志,2019,26(01):63-65,2.
- [11]王怡琳,张海涛,韦敏.原发性肝癌假包膜影像表现与病理分级的对照研究[J].罕少疾病杂志,2021,28(02):65-67.

(收稿日期: 2023-03-06)

(校对编辑: 姚丽娜)