

· 短篇报道 ·

艾滋病合并肺部卡波西肉瘤1例*

吴亚玲¹ 刘雪艳^{1*} 吕圣秀¹ 曾凡清²

1.重庆市公共卫生医疗救治中心医学影像科 (重庆 400036)

2.重庆市公共卫生医疗救治中心病理科 (重庆 400036)

第一作者: 吴亚玲, 女, 主管护师, 主要研究方向: 感染性疾病影像学。E-mail: 897595759@qq.com

通讯作者: 刘雪艳, 女, 副主任医师, 主要研究方向: 感染性疾病影像学。E-mail: 629497980@qq.com

【关键词】获得性免疫缺陷综合征; 卡波西肉瘤; CT

【中图分类号】R512.91

【文献标识码】D

【基金项目】重庆市科卫联合医学科研项目(2022MSXM142)

DOI:10.3969/j.issn.1672-5131.2024.10.061

One Case: AIDS Complicated with Pulmonary Kaposi's Sarcoma*

WU Ya-ling¹, LIU Xue-yan^{1*}, LV Sheng-xiu¹, ZENG Fan-qing²

1.Department of Radiology, Chongqing Public Health Medical Center, Chongqing 400036, China

2.Department of Pathology, Chongqing Public Health Medical Center, Chongqing 400036, China

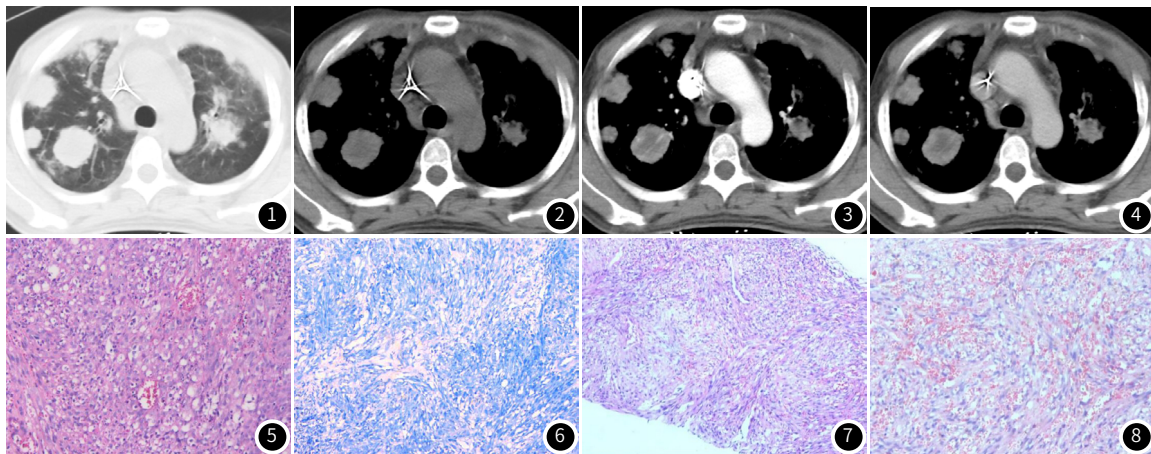
Keywords: AIDS; Kaposi's sarcoma; CT

患者男性, 47岁, 有冶游史。因“咳嗽、喘累、发热1月, 加重10天”入院。2022年2月, 患者上述症状进行性加重, 遂于奉节县人民医院就诊, 抗HIV初筛阳性, 考虑“HIV感染?”, 建议来我院行专科治疗。为求进一步治疗, 遂来我院就诊。患者1个月前无明显诱因出现咳嗽、咳痰, 咳黄白色粘痰, 伴喘累、气促明显, 活动后加剧, 畏寒、寒战、最高体温39℃, 口腔粘膜可见少量白斑, 体重下降3kg。入院后, 患者急性面容, 呼吸急促, 指脉氧65%, 予以无创呼吸机辅助呼吸。2月28日, 患者中切牙上方及上颌出现紫褐色肿块, 请口腔科会诊取活检明确。实验室检查: 血气分析: 氧分压 74 mmHg; 红细胞 $3.98 \times 10^9/L$; 血红蛋白 100.00g/L; 血沉 47mm/h, 血小板 $42 \times 10^9/L$ 白细胞 $1.35 \times 10^9/L$ 、中性粒细胞数 $0.88 \times 10^9/L$ 、淋巴细胞 $0.39 \times 10^9/L$; CD4+ T淋巴细胞 4个/UL, CD4/CD8比值 0.02; 肝功能检查: ALT 54 U/L、AST 93 U/L; 真菌G实验阳性; 白介素 625.7pg/mL; 纤支镜: 肺泡灌洗液结核夹杯、结核荧光染色阴性。

影像学检查: 双肺可见多发大小不一的结节及团块影, 病灶

边缘可见分叶及磨玻璃影(图1、图2), 部分呈“火焰”征改变。增强后, 双肺病变呈不均匀强化, 部分病灶中心可见低强化区, CT值增加约15~40HU, 部分病变内可见血管影穿行(图3、图4)。影像诊断考虑: 卡波西肉瘤可能性大, 合并真菌感染。

手术及病理: 术中取唇系带包块: 灰黄灰红组织一块, 大小约 $1.5 \times 0.6 \times 0.6\text{cm}$, 对剖。正中软腭包块: 灰红组织一粒, 最大径约0.4cm。术中取左肺病灶灰红色条状组织一条, 长约1.5cm, 最大径约0.1cm。病理诊断: <唇系带包块; 正中软腭包块>考虑卡波西肉瘤(图5、图6), 建议加做免疫组化协助诊断。特殊染色: 抗酸(-)。肺组织: 低倍镜下见梭形细胞呈纵横交错, 高倍镜下肿瘤细胞围绕血管排列, 肿瘤中间或外围常见薄壁的血管(图7、图8)。免疫组化: CMV(-), ERG(+), HHV8(+), CK(-), CD31(+), Ki-67(30%+), Fli-1(+), SMA(-), CD68(-), Bcl-2(+), CD34(+). 六胺银(-), PAS(-)。分子检测: 结核脱氧核糖核酸检测(-)。病理诊断为: (肺组织)卡波西肉瘤。



讨论: 卡波西肉瘤与感染人疱疹病毒8型有关, 常表现为皮肤红色斑块、丘疹或结节状改变, 病变过程中可累及黏膜、淋巴结和内脏器官(以肺、肝脏多见)^[1], 是艾滋病患者的定义性肿瘤, 易发生于CD4+T淋巴细胞明显降低及免疫功能缺陷的HIV感染者^[2]。病死率居高不下, 进展较为迅速, 治疗难度较大。患者在发病时

如得不到及时有效的干预治疗, 会大大增加其死亡率^[3]。卡波西肉瘤病因尚未完全明确, 诊断以组织形态学和免疫组织化学特征为“金标准”^[4]。

本例患者最初以咳嗽、喘累、发热等呼吸道症状就诊, 缺乏卡波西肉瘤典型的皮肤、粘膜改变^[5], 诊断具有一定困难。但2月

28日,患者中切牙上方及上颌出现紫褐色肿块,该表现为卡波西肉瘤典型临床改变,对患者疾病的诊断具有重要提示作用。

国内目前对于艾滋病合并肺部卡波西肉瘤的影像学表现报道较少。结合既往相关文献^[6-8]报道发现卡波西肉瘤在胸部CT影像上主要表现为双肺沿支气管血管束多发分布结节影,胸腔积液及纵隔淋巴结肿大;纵隔增大淋巴结可呈明显强化,肺部病变可呈不均匀强化。实变影呈“火焰状”改变是肺部卡波西肉瘤的特征性表现^[9]。该患者胸部CT检查提示双肺可见多发大小不一的结节及团块影,需考虑肺部肿瘤性病变的可能性。因免疫缺陷明显的艾滋病患者容易并发各种肺部疾病,如肺癌、淋巴瘤、真菌感染等,这些疾病在临床及影像学表现上都有相似之处,诊断及鉴别较为困难。但淋巴瘤患者的肿块多呈均匀强化,包绕血管。而肺癌患者肿块多强化不均匀,血管侵袭征较明显^[10-11]。但本例患者无咯血、胸痛等临床表现,CT增强后双肺病变呈不均匀强化,未见明显血管侵袭性改变。且本例患者病灶边缘可见分叶及磨玻璃影,部分呈“火焰”征改变,与文献报道相符。且本例患者肺部及口腔组织均进行活检,免疫组化提示:CMV(-),ERG(+),HHV8(+),CK(-),CD31(+),Ki-67(30%+),Flt-1(+),SMA(-),CD68(-),Bcl-2(+),CD34(+).口腔及肺组织从病理学角度均诊断为卡波西肉瘤,与文献报道相符^[12-13]。

综上所述,艾滋病合并肺部卡波西肉瘤的影像学表现具有一定的特征,火焰征具有重要提示作用,结合患者典型的临床症状,可做出初步诊断,但病理学结果仍是诊断的金标准。遇到此类患者应尽快行穿刺活检,明确诊断,尽早进行相关治疗,延长患者的生存期,改善患者的预后。

参考文献

- [1] 何坤,张辉芬,刘倩,等.获得性免疫缺陷综合征患者使用激素诱发卡波西肉瘤1例[J].中国感染与化疗杂志,2022,22(2):214-216.
- [2] 王闪,张永喜.难治性艾滋病相关性卡波西肉瘤的治疗现状[J].武汉大学学报(医学版),2023,44(9):1103-1108.
- [3] 张云霞,叶建州,欧阳晓勇,等.艾滋病相关型卡波西肉瘤1例[J].中国中西医结合皮肤性病杂志,2018,17(1):58-59.
- [4] 中国医师协会皮肤科医师分会,中国研究型医院学会皮肤科学专业委员会.中国卡波西肉瘤诊疗专家共识(2023版)[J].中华皮肤科杂志,2023,56(10):899-906.
- [5] 张卓彦.艾滋病合并卡波西肉瘤的诊断与治疗[J].中国药物与临床,2019,19(3):388-389.
- [6] 卢亦波,施裕新,刘晋新,等.艾滋病合并卡波西肉瘤多脏器组织侵犯的影像学分析[J].新发传染病电子杂志,2020,5(1):8-15.
- [7] 黄德扬,刘晋新,丁岩,等.艾滋病合并卡波西肉瘤的CT表现分析[J].医学影像学杂志,2017,27(2):259-261.
- [8] 张岩岩,王杏,李宏军.艾滋病合并肺部卡波西肉瘤的影像表现[J].中国艾滋病性病,2020,26(12):1336-1338.
- [9] 王艳,宋玉霞,邓江玲,等.艾滋病相关肺部卡波西肉瘤的临床与CT表现[J].中国医学影像学杂志,2019,27(9):670-673.
- [10] 史东立,赵大伟,陈枫,等.艾滋病合并肺部恶性肿瘤的CT表现[J].放射学实践,2015,(9):909-912.
- [11] 张军强.腹腔非霍奇金淋巴瘤患者MSCT表现分析[J].中国CT和MRI杂志,2019,17(4):126-129.
- [12] 努斯来提,张永平,赵凤丛,等.艾滋病合并卡波西肉瘤18例临床分析[J].新疆医学,2020,50(6):536-538.
- [13] 夏成茂,杨瑞婷,郭益辰,等.汉族经典型卡波西肉瘤2例临床病理观察[J].诊断病理学杂志,2022,29(4):293-295.

(收稿日期:2024-05-14)

(校对编辑:韩敏求)

· 短篇报道 ·

后纵隔海绵状血管瘤 1 例:临床、病理及放射学特征分析

黄文晓 冯 婵 龚莉雅 王 婕 方 勇 李淑文 李小荣*

南部战区总医院(广东广州510010)

第一作者:黄文晓,女,住院医师,主要研究方向:骨肌影像。E-mail:liwei15011780478@163.com

通讯作者:李小荣,男,副主任医师,主要研究方向:心血管影像。E-mail:lxr2008@163.com

【关键词】血管瘤;后纵隔

【中图分类号】R543

【文献标识码】D

DOI:10.3969/j.issn.1672-5131.2024.10.062

A Case of Oposterior Mediastinal Cavernous Hemangioma : Analysis of Clinical, Pathological and Radiological Features

HUANG Wen-xiao, FENG Chan, GONG Li-ya, WANG Jie, FANG Yong, LI Shu-wen, LI Xiao-rong*

Southern Theater Command General Hospital, Guangzhou 510010, Guangdong Province, China

Keywords: Hemangioma; Posterior Mediastinum

纵隔海绵状血管瘤是一种先天性发育异常引起的极其罕见的良性肿瘤,起源于独立胚胎血管细胞组织的良性肿瘤,病理上主要由扩张血管窦组成。截止目前,仅发现数例后纵隔血管瘤文献报道^[1-6]。其发生率低于纵隔肿瘤的0.5%,其中约68%的病例发生于前纵隔,22%发生于后纵隔^[7]。我们将结合文献报道一例后纵隔海绵状血管瘤,并对其临床、病理及放射学特征进行分析。

1 病例报告

1.1 病例资料 患者男,68岁,无特殊既往史及家族史,一年前于外院体检时意外发现左后纵隔肿物,后于我院胸外科就诊入院。自发病以来,患者无任何临床症状,生命体征、体格检查均

未见明显异常。

胸部CT扫描显示后纵隔左侧第7胸椎水平可见软组织密度肿块,大小约为31×31×24mm,边界清楚,病灶呈哑铃状,延伸至左侧椎间孔,周围无骨质破坏(图1A-1B)。增强CT显示,动脉期上肿块呈边缘轻度强化(图1C),静脉期病灶强化范围较前扩大,强化程度较前明显,与同层主动脉相似(图1D)。此外,患者进行了双能量CT扫描,在低 KeV 条件下,更有利于凸显出病变“快进慢出”的强化特征。胸部磁共振成像(MRI)显示,在T₁WI上,肿块的信号强度与肌肉的信号强度大致相同(图3A),而在T₂-FS上,肿块成明显高信号,DWI显示高信号,无弥散受限(图3B-3D)。Gd-DTPA增强MRI显示动脉期显示边缘强化(图3E),静