

· 短篇 ·

# 侵袭性胸腺瘤经上腔静脉右心房转移1例

崔业静<sup>1</sup> 郭顺林<sup>1,2,\*</sup>

1.兰州大学第一临床医学院

2.兰州大学第一医院放射科(甘肃 兰州 730000)

第一作者: 崔业静, 女, 硕士研究生, 主要研究方向: 心血管影像。E-mail: 3183340842@qq.com

通讯作者: 郭顺林, 男, 主任医师, 主要研究方向: 心血管影像。E-mail: guoshl@lzu.edu.cn

【关键词】 侵袭性胸腺瘤; 上腔静脉; 右心房转移

【中图分类号】 R736.3

【文献标识码】 D

DOI:10.3969/j.issn.1672-5131.2026.02.059

## Right Atrium Metastasis from Invasive Thymoma via the Superior Vena Cava: A Case Report

CUI Ye-jing<sup>1</sup>, GUO Shun-lin<sup>1,2,\*</sup>

1.The First Clinical Medical College of Lanzhou University, Lanzhou 730000, Gansu Province, China

2.Department of Radiology, Lanzhou University First Hospital, Lanzhou 730000, Gansu Province, China

**Keywords:** Invasive Thymoma; Superior Vena Cava; Right Atrium Metastasis

病例: 患者, 男, 26岁, 因“胸闷、气短, 眼睑水肿1年余”入院。查体: 心前区未见明显凸起及凹陷, 未闻及心脏病理性杂音及心包摩擦音。实验室检查及肿瘤标志物未见明显异常。既往就诊于外院行心超检查, 提示右心房粘液瘤。入院后本院超声示: 右房增大, 内见一等回声团, 大小约40×36mm, 界清, 形态规则, 内部回声均匀, 活动度较大, 舒张期嵌入三尖瓣口, 收缩期落入右房, 上腔静脉内见低回声与瘤体延续, 并见少量心包积液, 建议CMR检查(图1)。CT示: 前中纵膈内巨大分叶状软组织肿物, 内有小血管穿行, 穿透上腔静脉并延续至右房, 病灶

轻度不均匀强化, 颈部、纵膈及双侧腋窝多发增大淋巴结, 考虑恶性病变, 生殖细胞瘤可能, 淋巴瘤待排(图2~4)。CMR示: 纵膈病灶呈长T1、长T2信号, 中度弥散受限, 增强轻度强化(图5)。

病理: 镜下见纤维组织增生及纤维样分隔, 散在较多增生淋巴样细胞, 内见部分增生卵圆形、上皮样细胞, 局部细胞较丰富、密集(图6)。免疫组化: CK19(部分上皮+), CD3、CD5(较多T淋巴细胞+), CD20(局灶+), CD1a(部分未成熟T淋巴细胞+), EMA(局灶+), vimentin(3+), p53(上皮5%, 核强弱不等+), ki67(上皮5%)。诊断: B2型胸腺瘤(IV期)。

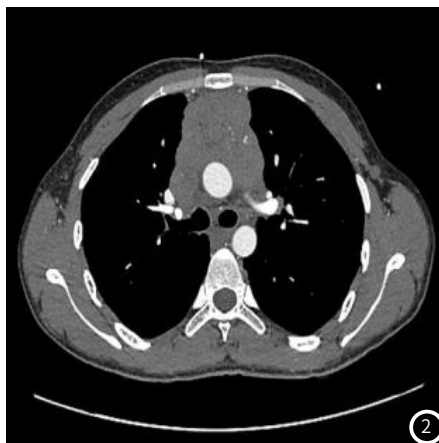
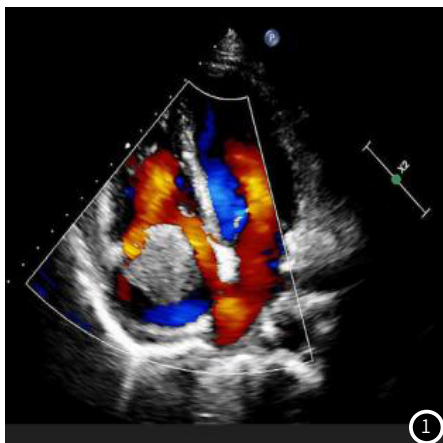




图1~6 侵袭性胸腺瘤超声、CT、MR及病理图。

图1 心动超声图:右房内见一边界清楚的均质等回声团,形态规则;图2~4 CT轴位、冠状位:前中纵膈内分叶状软组织密度肿物,局部小血管穿行,经上腔静脉延续至右房,可见右房内形态规则的圆形占位,纵膈内脂肪间隙被侵犯,强化不明显;图5 CMR矢状位:前中纵膈内巨大分叶状软组织肿物呈铸型生长(图中红箭);图6 病理图(HE×100),镜下纤维组织增生及纤维样分隔,散在较多增生的淋巴样细胞,内见部分增生卵圆形、上皮样细胞,局部细胞较丰富、密集。

讨论:侵袭性胸腺瘤(Invasive Thymoma, IT)是一种起源于胸腺上皮的恶性表现的肿瘤,常浸润纵膈及邻近器官,但通过上腔静脉侵入并占据整个右心房者罕见,不同于良性胸腺瘤表现,侵犯右心房的胸腺瘤在以往文献中的患者中常因上腔静脉综合征就诊,如颜面部、上肢水肿、胸闷、气短等<sup>[1]</sup>;WHO根据细胞形态(梭形、上皮样)将B型胸腺瘤分为B1、B2、B3三个亚型<sup>[2]</sup>,B2型属于富含淋巴细胞和上皮样细胞的混合型,临床上分I~IV期<sup>[3]</sup>;尽管该病需要多模式治疗即术前化疗和术后放疗后再重估其是否可切除<sup>[4-5]</sup>,但心脏占位性病变的存在严重影响着血流动力学及心脏功能,因此一旦确诊应积极手术切除加放疗,解除梗阻压迫,延长生存期。

本例影像为前中纵膈不规则分叶状软组织肿物向上腔静脉及右房延伸,在纵膈内铸型生长,内见小血管穿行即“瘤内血管穿行征”,并见少量心包积液,MR上呈长或等T1、长T2信号,与文献典型影像表现相符<sup>[6]</sup>;文献中多为明显不均匀强化,本例增强不明显,笔者认为或与纤维组织较多有关。其内亦可见坏死、出血及钙化,出血信号复杂,本例未见;超声多表现为等或高回声团,上腔静脉及右心房完全或不完全梗阻。本例的胸闷气短及水肿表现为肿瘤压迫及梗阻腔静脉、右房所致。

本例应与发生于前中纵膈的生殖细胞瘤、淋巴瘤、巨大右心房粘液瘤相鉴别。(1)生殖细胞瘤:种类多样,影像鉴别较困难,但血清AFP、HCG有助于诊断,本例血清学无异常;(2)淋巴瘤:常有多组淋巴结的肿大、融合与转移,囊变、坏死、钙化及明显强化少见,与本例影像鉴别有难度;(3)巨大的右心房粘液瘤:体检时常发现心脏杂音,尤其是典型的肿瘤扑落音,常为起源于房间隔底部的带蒂息肉样占位,位于右心房并扩散到腔静脉者少见<sup>[7]</sup>。

总之,针对罕见的IT,超声、CT、MR均可直观观察肿物及周围情况<sup>[8]</sup>,但确诊仍依靠病理。

## 参考文献

- [1] Xu L. Surgical treatment of malignant thymoma invading the superior vena cava [J]. Zhongguo fei ai za zhi= Chinese Journal of Lung Cancer, 2018, 21 (4): 265-268.
- [2] 朱艳哲, 孙国平. 胸腺瘤合并淋巴细胞增高1例报告并文献复习 [J]. 罕少疾病杂志, 2010, 17 (5): 39-41, 44.
- [3] Baran J L, Magro C M, King M A, et al. Atypical thymoma: a report of seven patients [J]. The Annals of Thoracic Surgery, 2004, 78 (2): 411-416.
- [4] Robinson S P, Akhondi H. Thymoma. 2023 Jul 17. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2024 Jan-.
- [5] 朱国庆, 蔡平, 梁建辉. 胸腺鳞癌1例报道 [J]. 罕少疾病杂志, 2014, 21 (2): 53-54.
- [6] Taghiyev Z T, Beier L M, Moustafine V, et al. Transcaval and intracardiac extension of type A thymoma and myxoma: a report of two rare cases [J]. The Thoracic and Cardiovascular Surgeon Reports, 2024, 13 (1): e25-e28.
- [7] 韩引萍, 张玉婷, 王丹, 等. 能谱CT成像对侵袭性胸腺瘤与纵膈淋巴瘤的鉴别诊断价值 [J]. 中国医学影像学杂志, 2016, 24 (6): 464-467.
- [8] 郭祥彬. 原发性胸腺瘤CT表现及诊断价值 [J]. 中国CT和MRI杂志, 2018, 16 (7): 47-49.

(收稿日期: 2024-08-26)  
(校对编辑: 赵望淇)