

短 篇

毛细胞白血病脾脏异常改变CT表现1例

郑州大学第一附属医院放射科
(河南 郑州 450052)

刘 洋

【关键词】CT; 毛细胞白血病

【中图分类号】R551.1; R445.3

【文献标识码】D

DOI: 10.3969/j.issn.1672-5131.2015.03.35

通讯作者: 高剑波

Unusual CT Sign in Spleen Occured in a Case of Hairy Cell Leukemia

患者男, 42岁, 因“间断皮肤出血8年, 加重12天”为主诉收住血液内科, 入院后行相关检查, 血常规提示全血细胞减少(WBC: $13.7 \times 10^9/L$, RBC: $2.96 \times 10^{12}/L$, HGB: 94.0g/L, PLT: $40 \times 10^9/L$, NE%: 10.7%); 骨髓象检查: 增生活跃, 淋巴细胞增生异常(占67.6%), 异常淋巴细胞占38.4%, 该类细胞体积大小不等, 圆形, 部分胞浆边缘可见或长或段的毛刺状突起, 胞浆量中等, 胞核圆形, 可见切迹, 染色质较均匀, 核仁不清。查体可见: 双下肢及躯干散在新鲜出血点; 巨脾, I线10cm, II线13cm, III线+1.5cm, 余未见明显异常。结合以上检查结果初步诊断为毛细胞白血病(Hairy cell leukemia, HCL)。

全腹CT平扫加增强所示: 脾脏体积明显增大, 大小约161.2mm×117.3mm×229.6mm(前后×左右×上下), 平扫脾脏未见明显病变, 平均CT值约46.3HU; 动脉期: 脾脏内可见多发大小不等的低

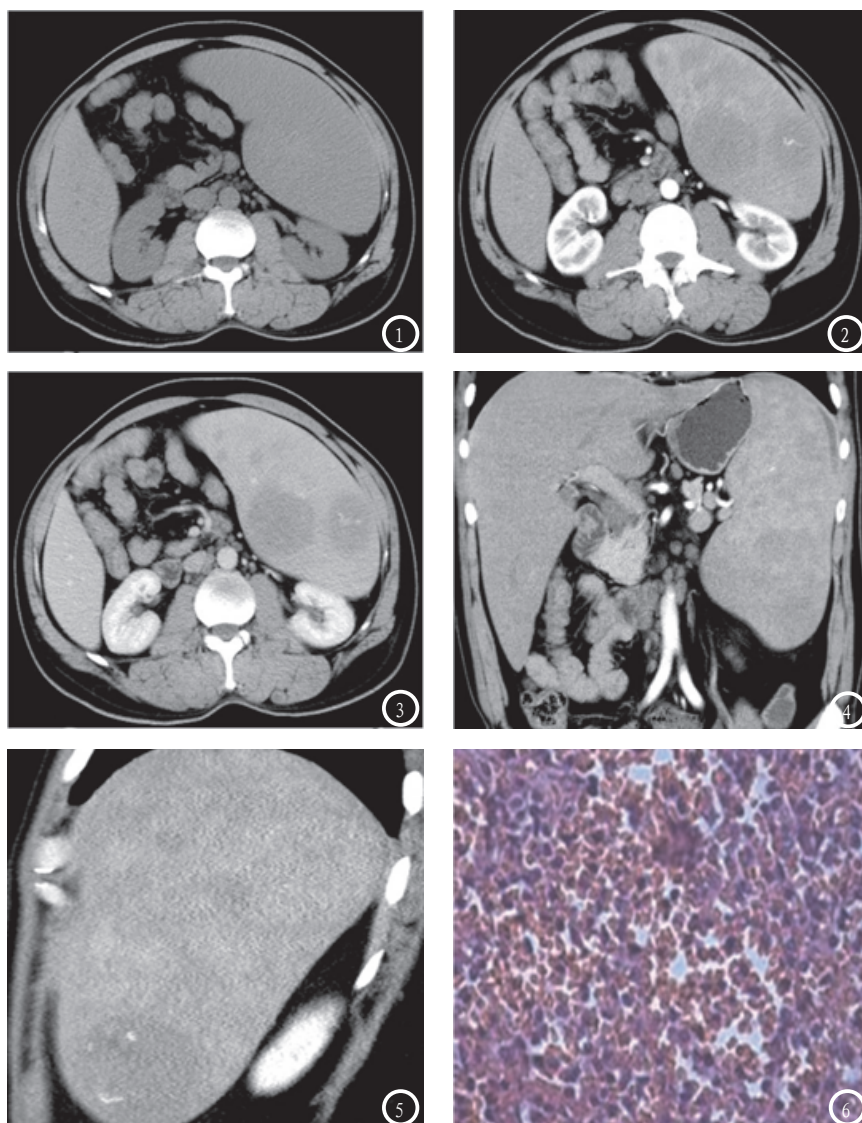


图1-5为CT图片, 图1: 平扫轴位, 脾脏密度均匀; 图2: 动脉期轴位, 脾内多发低密度影, 部分病灶内可见明显强化的条索影; 图3: 静脉期轴位, 病变强化不明显; 图4: 动脉期冠状位, 腹主动脉周围可见多发淋巴结; 图5动脉期矢状位, 放大的脾脏病变, 内可见小片状坏死及异常强化的条索(供血动脉)。图6 病理图片(HE×200HP), 脾脏病变符合毛细胞白血病。

密度影,部分病灶内可见明显强化的条索状影及小片状坏死区,病灶CT值约54.5HU,脾脏CT值约73.4HU;静脉脉期:病灶强化不明显,CT值约57.2HU,脾脏CT值约85.7HU,动脉期异常强化的条索影呈延迟强化;脾门区、腹膜后可见多发稍肿大淋巴结影,增强后呈轻度强化。(见图1-5)脾内病变初步诊断为脾脏淋巴瘤。

患者全麻下行脾切术,术中所见:脾大,红褐色外观,表面可触及质韧结节,类圆形,活动性差,较大的直径约5cm。术后病理提示:脾脏病变符合HCL(见图6)。

讨论

HCL是一种少见的B淋巴细胞

肿瘤,约占全部白血病的2%,多见于中老年男性,中位年龄约50岁^[1];临床表表现主要为全血细胞的减少、脾大;脾切是主要治疗手段。CT常作为术前的常规检查,可明确脾脏的血管分布情况、大小、位置等情况,多数病例表现为脾脏体积的增大,未见脾内有异常病变。该病例不仅表现为脾脏体积的明显增大,平扫时脾脏密度尚且均匀,动脉期及静脉期可见多发类圆形低密度影,增强后呈轻度强化,部分病灶内可见少量坏死区及供血动脉影;脾门及腹膜后有多发的小淋巴结。该病例的CT征象与脾内结节型淋巴瘤和脾脏转移瘤的CT表现鉴别困难。脾内结节型淋巴瘤CT表现为脾脏内多发的呈轻度强化的低密度病灶^[2],确诊需要病

理学;脾脏的转移瘤强化特征多表现为环形强化,有原发的恶性肿瘤病灶且多合并有肝转移^[3]。HCL脾脏的异常改变少见,临床诊断为HCL行CT检查发现脾脏病变应首先考虑HCL浸润脾脏所致脾脏的异常改变。

参考文献

1. 章艳茹,王燕婴,李增军.毛细胞白血病临床特征及生存预后分析[J].中华医学杂志,2012,96(46):3250-3253.
2. 马喜娟,汪秀玲,杨春等.脾脏原发淋巴瘤的CT表现及鉴别诊断(附3例报告并文献复习)[J].中国CT和MRI杂志,2010,8(2):73-75.
3. 周连高,翁晔敏.脾脏淋巴瘤的CT诊断价值[J].中国医学计算机成像杂志,2012,18(2):147-151.

(本文编辑:刘龙平)

【收稿日期】2015-01-13

(上接第100页)

促进术后功能恢复,减慢疾病进展,达到预期手术目的,短期疗效显著,长期疗效值得期待,值得临床进一步推广。

参考文献

1. 张洋,王健,史占军.国外有关早期股骨头坏死外科治疗方法的选择.[J/CD].中华关节外科杂志(电子版),2012,6(2):287-297.
2. Bozic KJ, Zurakowski D, Thornhill TS. Survivorship analysis of hips treated with core decompression for nontraumatic osteonecrosis of the femoral head. J Bone Joint Surg Am, 1999, 81: 2009.
3. Nelson LM, Clark CR. Efficacy of phemister bone grafting in non-traumatic aseptic necrosis of the femoral head[J]. J Arthroplasty, 1993, 8(3): 253-

258.

4. 中华医学会骨科分会显微修复学组及中国修复重建外科专业委员会骨缺损及骨坏死学组.成人股骨头坏死诊疗标准专家共识(2012年版).[J].中国骨与关节外科,2012,5(2):185-192.
5. 李宇,肖琳,孙小科,等.髓芯减压结合复合人工骨治疗早期股骨头坏死的疗效分析.[J].中国骨与关节损伤杂志,2013,28(4):342-343.
6. 陈勇喜,农新盛,黄超.介入结合经皮髓芯减压植骨治疗股骨头缺血性坏死.[J].临床骨科杂志,2012,15(5):511-513.
7. 刘德淮.髓芯减压植骨术治疗早、中期股骨头缺血性坏死的中期随访观察.[D].广西医科大学,2012.
8. 邹涛.钎棒植入术和髓芯减压植骨术治疗早期股骨头坏死的临床研究.[D].山东中医药大学,2012.
9. 赵合意,马国驹,李亚峰,等.髓芯减压自体松皮质骨加脱钙人牙基质材料混合植入治疗成人股骨头坏死.[J].实用医学杂志,2011,27(15):2785-2786.
10. Glueck C J, Freiberg R, Tracy T, et al. Thrombophilia

and hypofibrinolysis: pathophysiology of osteonecrosis [J]. Clin Orthop Relat Res, 1997, 334(1): 43-56.

11. Stulberg BN. Optimizing the outcome of core decompression [J]. Orthopaedics, 2001, 16(1): 24-31.
12. 尚咏,虞攀峰,赵旭红.髓芯减压钎棒+自体骨植入治疗成人早期股骨头缺血性坏死的短期疗效观察.[J].山西医科大学学报,2013,44(3):240-244.
13. 刘耀升,刘蜀彬.早中期股骨头坏死保留关节的手术治疗进展.[J/CD].中华损伤与修复杂志(电子版),2012,7(5):528-531.
14. 李康养,黄永翔,李艳玲.镜下髓芯减压BAM骨诱导人工骨治疗股骨头坏死的临床研究.[J].海南医学院学报,2012,18(11):1557-1562.

(本文编辑:黎永滨)

【收稿日期】2015-01-21