

· 感兴趣病例分享 ·

PET/CT 发现肺癌偶发胸壁黏液性纤维肉瘤 1 例

黄文鹏¹ 李莉明² 杨琦¹ 邱永康¹ 高剑波² 康磊¹¹北京大学第一医院核医学科,北京 100034;²郑州大学第一附属医院放射科,郑州 450052

通信作者:康磊, Email: kanglei@bjmu.edu.cn

基金项目:北京市杰出青年科学基金(JQ21025);中央高水平医院临床科研北京大学第一医院跨学科交叉研究专项(2023IR17)

DOI:10.3760/cma.j.cn321828-20230712-00193

患者女,55岁,胸闷、胸痛2d,3周前体检CT检查发现右肺上叶占位。体格检查:左侧胸壁肌间触及大小约3.0 cm×2.0 cm的质软肿物。为对肿瘤进行分期以及确定胸壁肿物是否为转移,行¹⁸F-FDG PET/CT[德国 Siemens Biograph TruePoint64 (52环)]显像示右肺上叶软组织结节伴显像剂浓聚,SUV_{max} 6.0,考虑肺癌I期(T1N0M0);左侧胸壁肌间显像剂稍浓聚,考虑良性或低度恶性病变(图1A~1E)。患者行肺癌根治术+胸壁肿物切除术,术后病理:(右肺上叶)中分化腺癌(图1F);(左侧胸壁肌间)低级别黏液性纤维肉瘤(myxofibrosarcoma, MFS)(图1G)。MFS是1种起源于成纤

维细胞的间叶性软组织肉瘤,常见于老年人,好发于四肢,临床表现为周围浸润性生长模式,沿血管和筋膜平面向肌肉内外延伸^[2],组织学特点是肿瘤细胞区与黏液区交替分布,黏液基质中可见细长薄壁间质血管。根据细胞的异型性和有丝分裂的程度,MFS分为低度、中度和高度恶性。MFS应与弹性纤维瘤、韧带样纤维瘤病、黏液性脂肪肉瘤等相鉴别。早期诊断和完全手术切除是降低复发和远处转移的关键。

利益冲突 所有作者声明无利益冲突

作者贡献声明 黄文鹏:论文撰写;李莉明、杨琦、邱永康:数据采集及分析;高剑波、康磊:研究指导、论文修改

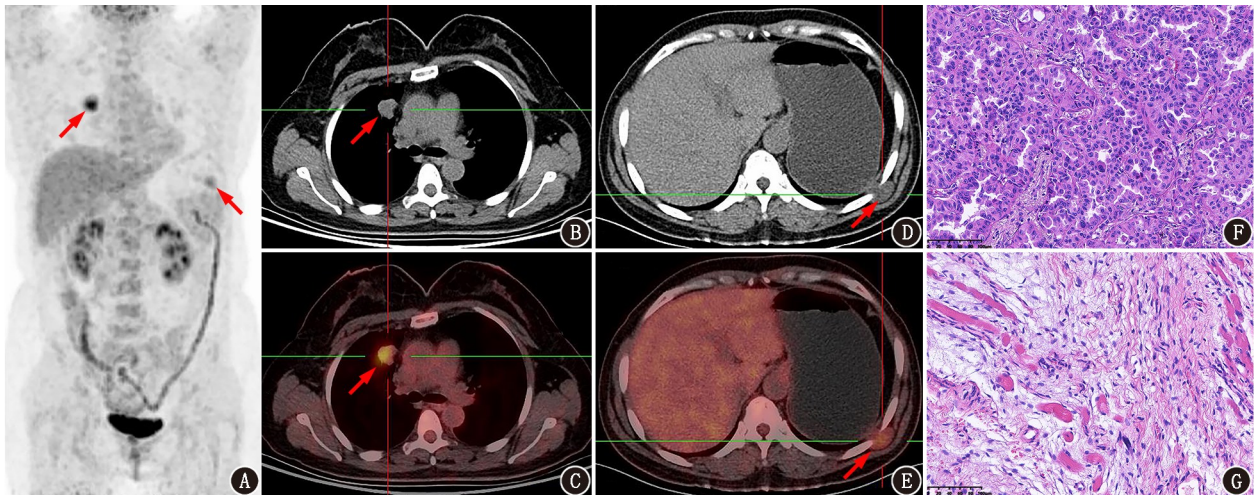


图1 肺癌合并胸壁黏液性纤维肉瘤(MFS)患者(女,55岁)¹⁸F-FDG PET/CT显像图(箭头示病灶)和病理图。A.全身最大密度投影(MIP)图示右肺上叶和左侧胸壁肌间(第8、9肋间水平)葡萄糖代谢增高病灶;B、C.右肺上叶软组织结节显像剂分布浓聚,SUV_{max}约6.0,大小约1.9 cm×2.2 cm,边缘见分叶及胸膜牵拉;D、E.左侧胸壁肌间软组织结节边缘光整,显像剂分布稍浓聚,SUV_{max}约3.3,大小约2.4 cm×1.6 cm,病理基础为富含黏液基质的区域网样增生的毛细血管较少,并且黏液基质阻滞显像剂流入;F.右肺腺癌术后病理图(HE×200),可见圆形或卵圆形肿瘤细胞异型性明显,核分裂象多见;G. MFS术后病理图(HE×200),可见梭形肿瘤细胞轻度异型,富含黏液。¹⁸F-FDG PET/CT显像已在软组织肉瘤评估中广泛应用,对显示病灶的代谢和转移具有很高的价值。MFS的显像剂摄取与其分级和病灶内黏液的比例有关,MFS的分级越低或黏液成分越多则显像剂摄取低,分级越高或黏液成分越少则显像剂摄取高^[1]。本例患者肺癌原发病灶存在高摄取,根据胸壁病灶形态和摄取高低,PET/CT排除了肺癌病灶的转移

参 考 文 献

[1] Ito K, Masuda-Miyata Y, Wada S, et al. F-18 FDG PET/CT imaging of bulky myxofibrosarcoma in chest wall[J]. Clin Nucl Med, 2011, 36(3): 212-213. DOI:10.1097/RLU.0b013e318208f2e0.

[2] Teurneau H, Engellau J, Ghanei I, et al. High recurrence rate of myxofibrosarcoma: the effect of radiotherapy is not clear[J]. Sarcoma, 2019, 2019: 8517371. DOI:10.1155/2019/8517371.

(收稿日期:2023-07-12)