



[DOI]10.3969/j.issn.1001-9057.2025.04.022

http://www.lcnkzz.com/CN/10.3969/j.issn.1001-9057.2025.04.022

· 病例报告 ·

内镜超声引导下细针穿刺抽吸/活检术诊断脾脏及腹腔淋巴瘤一例

张钰坪 高洁 卢艳 张燕 李国栋 董海燕

[关键词] 内镜超声; 淋巴瘤; 脾脏; 腹腔淋巴结

[中图分类号] R551.2

[文献标识码] B

患者,男,66岁,因“食欲不振、腹胀半年”于2023年5月31日收入我院。患者半年前自觉食欲下降,伴腹胀。3月余前于外院行胃镜检查示慢性萎缩性胃炎伴糜烂,予护胃等治疗,效果差。后行腹部彩超示胰腺后方至脾门旁低回声结节,考虑异常增大淋巴结;胰周低回声结节,考虑淋巴结。为进一步诊治遂收入我院肝胆外科。既往史有“冠心病”及“冠脉支架置入术”病史。吸烟史40余年,10支/天,余个人史及家族史均无特殊。入院体格检查:T 36.3℃、P 80次/分、R 20次/分、Bp 132/78 mmHg,身高170 cm、体重59 kg。营养中等,全身浅表淋巴结未触及肿大,全身皮肤黏膜及巩膜无黄染,睑结膜无苍白,腹部平坦,腹软,左上腹触及一包块,直径约4 cm×5 cm,触之轻压痛,活动度可。入院后完善相关实验室检查:Hb 128 g/L;前白蛋白100.4 mg/L,肌酐53 μmol/L;凝血酶原时间13 s;神经元特异性烯醇化酶25.8 ng/ml(0~16.3 ng/ml)。上腹部MR示胰腺后上方、腹膜后区、小网膜囊区、脾门区、肠系膜根部多发占位性病变,考虑淋巴瘤MR表现,转移瘤待排;脾脏占位性病变,考虑淋巴瘤可能性大,血管肉瘤待排。为进一步明确诊断,患者2023年6月5日于消化内镜科行内镜超声(EUS)检查,结果示腹腔探及多发肿大淋巴结,部分融合;脾脏探及一直径约为6.2 cm×6.0 cm低回声包块。EUS下均表现为不均匀低回声占位,在低回声背景下见片块状稍高回声,缺乏血流信号,弹性成像质地较硬。谐波造影增强超声内镜(CH-EUS)动脉期均表现低增强背景下的局部高增强(图1)。应用Olympus EZ Shot 3 Plus NA-U200H-8022S穿刺针经胃对腹腔低回声占位进行穿刺

3次,5 ml负压。以Olympus EZ Shot 3 Plus NA-U200H-8022穿刺针经胃对脾脏占位进行穿刺2次,10 ml负压。标本行涂片送细胞学检查,获得满意组织条,送组织病理学检查。术后患者病情平稳,未诉不适。术后病理结果:穿刺细胞学涂片中查到较多异型细胞,符合恶性瘤细胞;穿刺组织学:符合弥漫大B细胞淋巴瘤(非生发中心型);免疫组化检测结果:LCA(+)、CD20(+)、CD10(-)、BCL-6(+)、MUM-1(+)、CyclinD1(-)、p53(部分+)、CD30(-)、CD5(部分+)、CD3(部分+)、Bcl-2(+)、Ki-67(约60%)、C-myc(约10%)、CD56(-)、Syn(-);原位杂交:EBER(少量+,图2)。最终诊断:弥漫大B细胞淋巴瘤(非生发中心型)。2023年6月8日患者完善PET-CT检查,见胰腺周围多发肿大淋巴结;脾内多发占位;腹膜后及左锁骨区多发小淋巴结,部分融合;符合淋巴瘤诊断。建议患者转至血液科进一步治疗,但患者因个人原因于2023年6月11日自动出院。后患者于外院给予R-CHOP方案化疗8个疗程(具体方案为美罗华600 mg d0+环磷酰胺0.6 g d1,d4+表阿霉素110 mg d1+长春地辛4 mg d1+泼尼松30 mg 每日3次d1~d5)及局部放疗。2024年10月29日患者复查PET-CT未见确切恶性肿瘤倾向,后均无明显不适至今。

讨论

常见的脾脏病变包括囊肿、原发性血管肿瘤、感染或炎性包块、淋巴增殖性疾病及转移瘤,通常在影像学检查时偶然发现^[1]。影像学检查可发现这些病变,但无法作出确切诊断。

当影像学可疑脾脏恶性肿瘤并需进一步治疗时,获得脾脏

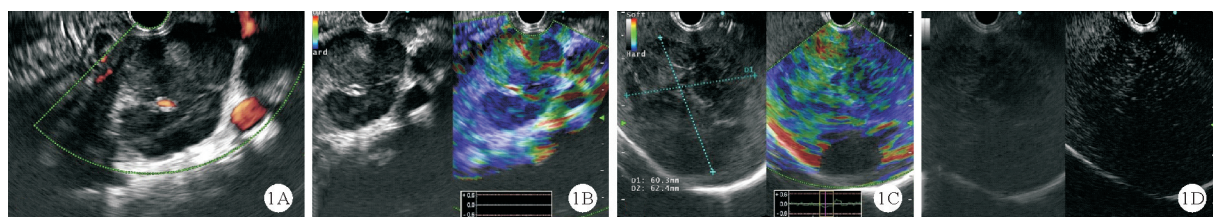


图1 2023年6月5日患者内镜超声检查结果(A~B:胰腺占位;C~D:脾脏占位;A:胰腺占位内乏血流信号;B:胰腺占位弹性成像质地偏硬;C:脾脏占位弹性成像质地偏硬;D:脾脏占位CH-EUS表现为低增强背景下的局部高增强)

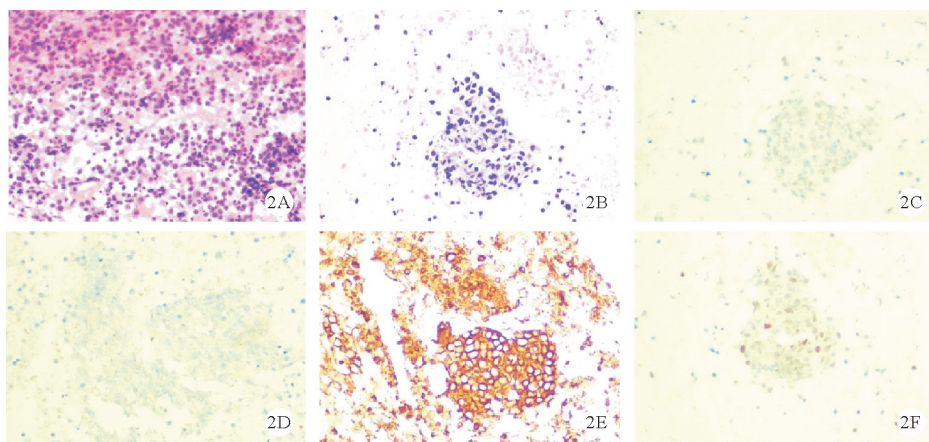


图2 2023 年 6 月 8 日患者组织病理学检查结果[A:细胞学涂片;B:组织学 HE 染色;C:MUM-1(+);D:Ki-67;E:CD10(-);F:CD20(+);×40]

病理成为关键问题。脾脏作为造血器官,周围有很多重要脏器包绕,包括肺脏、肾脏及结肠等,经皮脾脏穿刺的风险较高^[2]。EUS 引导下细针穿刺活检抽吸活检术(EUS-FNAB)利用胃壁与脾脏紧邻的优势,在实时监测下对脾脏病变进行穿刺,大大降低了穿刺风险^[3]。同时,在扫查过程中可对其他可疑病变同步活检,有助于提高疾病的整体诊断准确率^[4]。文献报道 EUS-FNAB 诊断脾脏病变的整体准确率约 93%,与经皮穿刺相当^[5]。

由于术前影像学评估无法确定脾脏及淋巴结病变是否为同一病变,为减少标本互相影响,我们对脾脏及腹腔淋巴结分别选用 2 种穿刺针。关于脾脏病变 EUS-FNAB 穿刺针的选择尚无定论。脾脏恶性肿瘤以淋巴瘤多见。尽管穿刺细胞学对淋巴瘤诊断已经足够,但确切分型还需免疫组化。因此对脾脏的穿刺仍需以获得组织学为前提^[6]。Lisotti 等^[5]的 Meta 分析结果显示穿刺 2 针足以获取诊断所需组织,这可能与 EUS-FNAB 过程中的“扇形摆动”技术有关。该篇 Meta 分析同时显示 25 G 穿刺针诊断准确率高于 22 G 和 19 G 穿刺针(100%比 90.8%、88.1%)。但应用 25 G 穿刺针的样本过少(5 例),研究结果可能存在选择偏移,仍需较大样本验证。考虑到脾脏组织脆性较大且富血供,根据既往研究经验,我们选用了 22G FNA 穿刺针。并且在穿刺过程中须主动减少抽拉次数及穿刺针数,以减少对脾脏实质的损伤。而对于淋巴结穿刺针的选择,根据《中国内镜超声引导下细针穿刺抽吸/活检术应用指南(2021,上海)》^[7]相关陈述,不同粗细的穿刺针对淋巴结穿刺的诊断准确率无统计学差异;当初始目标为获取组织标本时推荐 FNB 穿刺针。为获得足够组织完善后续免疫组化检测,结合我中心经验,我们选择了 22G FNB 穿刺针对淋巴结进行穿刺。

脾脏穿刺的主要并发症为腹腔积血、气胸、低血压以及与穿刺相关的失血性休克。EUS-FNAB 与经皮穿刺的并发症发生率相当(4.7%比 4.2%)^[5]。前者并发症较轻,多为术后疼痛,且均为自限性,数小时后自行缓解。文献报道有 1 例患者在术后 7 d 因脾动脉假性动脉瘤发生消化道大出血^[8]。后者主要由穿入邻近器官引起,肥胖、腹腔积液、近期腹部手术史及肠

道积气是其危险因素^[8-10]。因此当患者存在上述情况时,可优先考虑 EUS-FNAB。本例患者穿刺术后病情平稳,未出现相关并发症,验证了该技术的安全性。

综上所述,脾脏 EUS-FNAB 是一项安全且准确率高的技术。关于穿刺针的选择等具体技术细节仍需大量样本验证。

参 考 文 献

- [1] Gaetke-Udager K, Wasnik AP, Kaza RK, et al. Multimodality imaging of splenic lesions and the role of non-vascular, image-guided intervention [J]. *Abdom Imaging*, 2014, 39(3): 570-587.
- [2] Olson MC, Atwell TD, Harmsen WS, et al. Safety and accuracy of percutaneous image-guided core biopsy of the spleen [J]. *AJR Am J Roentgenol*, 2016, 206(3): 655-659.
- [3] Sharma M, Madambath JG, Somani P, et al. Endoscopic ultrasound of peritoneal spaces [J]. *Endosc Ultrasound*, 2017, 6(2): 90-102.
- [4] 郭康丽, 徐丽明, 吴伟, 等. 内镜超声引导下细针抽吸术诊断脾脏病变系列报道(含视频) [J]. *中华消化内镜杂志*, 2022, 39(3): 3.
- [5] Lisotti A, Crino SF, Mangiavillano B, et al. Diagnostic performance of endoscopic ultrasound-guided tissue acquisition of splenic lesions: Systematic review with pooled analysis [J]. *Gastroenterol Rep (Oxf)*, 2022, 10: goac022.
- [6] Döllken H. Technical aspects of endoscopic ultrasound (eus)-guided sampling in gastroenterology: European society of gastrointestinal endoscopy (esge) technical guideline-march 2017 [J]. *Endoscopy*, 2017, 49(10): 989-1006.
- [7] 中国医师协会超声内镜专家委员会. 中国内镜超声引导下细针穿刺抽吸/活检术应用指南(2021, 上海) [J]. *中华消化内镜杂志*, 2021, 38(5): 24.
- [8] Rana SS, Sharma V, Sharma R, et al. Safety and utility of endoscopic ultrasound-guided fine-needle aspiration of focal splenic lesions: A retrospective analysis [J]. *Ann Gastroenterol*, 2017, 30(5): 559-563.
- [9] Niiya F, Takano Y, Azami T, et al. Usefulness of endoscopic ultrasound-guided fine needle aspiration for splenic parenchyma in patients suspected of having primary splenic malignant lymphoma [J]. *Endoscopy International Open*, 2021, 9(1): E96-E101.
- [10] Mosquera-Klinger G, Higuera CDLS, Bazaga S, et al. Endoscopic ultrasound-guided fine-needle aspiration for splenomegaly and focal splenic lesion: Is it safe, effective and necessary? [J]. *Rev Esp Enferm Dig*, 2020, 112(5): 355-359.

(收稿日期: 2024-01-09)

(本文编辑: 高婷)