

injection therapy of achilles tendinopathy with platelet-rich plasma or saline: a randomized, blinded, placebo-controlled trial [J]. Am J Sports Med, 2016, 44(8): 1990-1997.

with percutaneous paratenon decompression for chronic achilles tendinopathy[J]. Knee Surg Sports Traumatol Arthrosc, 2016, 24(7): 2112-2118.

[25] Yeo A, Kendall N, Jayaraman S. Ultrasound-guided dry needling

(收稿日期:2020-08-05)

· 病例报道 ·

Echocardiographic manifestations of mediastinal synovial sarcoma invading the right atrium: a case report

纵隔滑膜肉瘤侵犯右房超声心动图表现 1 例

刘雪唐 晶 顾鹏

[中图法分类号]R540.5

[文献标识码]B

患者男,44岁,因反复咳嗽、右侧胸痛不适4年,加重伴头痛1个月入院。专科检查:颈静脉怒张,胸壁浅静脉显现,右肺叩诊实音,呼吸音明显减低。超声心动图检查:右房增大,内可见一大约78 mm×94 mm的团状不均质等回声,形态不规则,边界欠清晰,活动性差,几乎占据整个右房,与心肌分界不清且突向纵隔(图1),三尖瓣形态、回声、开闭正常;CDFI示团块内未探及明显彩色血流信号。下腔静脉上段管腔内血流通畅,未见异常回声。超声心动图提示:右房实性占位,考虑恶性肿瘤。胸部CT检查:右侧胸腔内巨大软组织肿块,大小约14.3 cm×11.8 cm×9.6 cm,增强扫描肿块呈不规则强化,肿块左侧与右心房分界不清,右房受压变窄,壁明显增厚,内可见软组织密度影;上腔静脉与右主支气管受压,胸骨及肋骨未见明显破坏征象(图2)。CT提示:考虑恶性肿瘤性病变,多来源于胸腺。于CT引导下胸部穿刺活检,病理提示:组织见梭形肿瘤细胞(图3),免疫组化:CK(+),CK19(-),CD20(-),CD34(-),STAT6(-),S-100(-),SMA(-),TdT(-),KI-67(+,约20%),CD5(-),CD117(-),CK7(-),EMA(+),Bcl-2(+),TLE-1(+),Muc-4(-),Calretini(-),Desmin(-),Calponin(-)。病理诊断:(纵隔)滑膜肉瘤,建议进行相关基因检测(SS18/SSX)。患者拒绝行进一步诊治,坚持出院,随访5个月后死亡。

讨论:滑膜肉瘤是一种伴部分上皮分化的恶性间叶肿瘤,

在全部软组织肉瘤中占5%~10%,多见于30~50岁男性^[1]。该病具有较高的局部复发率和远处转移率。滑膜肉瘤好发于关节囊、法氏囊或腱鞘相邻的深部软组织,但并不局限于四肢,几乎可以出现在任何部位,胸部发病者多发生于胸膜肺实质,而发生于心脏和纵隔极罕见^[2]。原发性心脏恶性肿瘤初始临床表现多为心悸、胸闷、气短等,超声心动图多表现为团状不规则等回声,内部回声不均,基底较宽,少部分有蒂。本例患者临床表现为反复咳嗽、右侧胸痛不适,声像图表现为右房占位,回声不均质,基底部宽,向心腔凸起,无蒂,位置较固定,活动性差,与纵隔分界不清,并推挤支气管及上腔静脉,符合恶性肿瘤特征。本病需与心脏原发恶性肿瘤鉴别^[2],由于滑膜肉瘤缺乏典型临床和影像学表现,术前诊断困难,最终确诊依赖病理学检查及免疫组化。当超声心动图发现心腔内占位性病变时,除侧重扫描心脏外,也应当注意观察病灶范围及毗邻结构,警惕纵隔肿瘤侵犯的可能。

参考文献

- [1] 郭倩倩,牛丽娟,彭琴,等. 颈部滑膜肉瘤侵犯甲状腺一例[J]. 中华肿瘤杂志, 2019, 41(6): 716-718.
- [2] Abu-Zaid A, AlNajjar A, Alotaibi S, et al. Huge primary mediastinal synovial sarcoma fully occupying the right hemithorax [J]. J Cancer Res Ther, 2018, 14(6): 682-686.

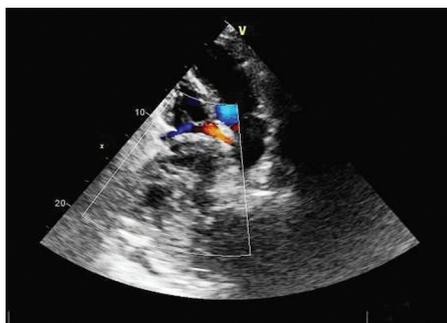


图1 超声图像

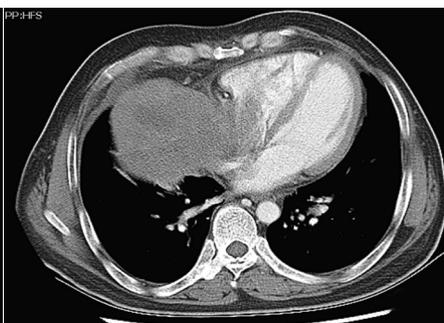


图2 增强CT图像

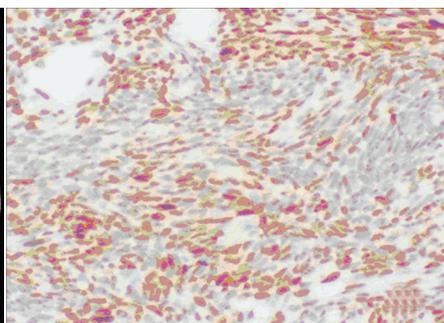


图3 病理图(HE染色,×200)

(收稿日期:2020-05-06)