

- [J]. Endoscopy, 2016, 48(10):939-948.
- [12] YU F J, SHIH H Y, WU C Y, et al. Enteral nutrition and quality of life in patients undergoing chemoradiotherapy for esophageal carcinoma: A comparison of nasogastric tube, esophageal stent, and ostomy tube feeding [J]. Gastrointest Endosc, 2018, 88(1):21-31, e4.
- [13] MaO-DE-FERRO S, SERRANO M, FERREIRA S, et al. Stents in patients with esophageal cancer before chemoradiotherapy: High risk of complications and no impact on the nutritional status [J]. Eur J Clin Nutr, 2016, 70(3):409-410.
- [14] MIN Y W, JANG E Y, JUNG J H, et al. Comparison between gastrostomy feeding and self-expandable metal stent insertion for patients with esophageal cancer and dysphagia [J]. PLoS One, 2017, 12(6):e0179522.

## Primary signet-ring cell carcinoma of lung: Case report 原发性肺印戒细胞癌 1 例

赵 磊,杜明丽,吴文娟,李桂香

(兰州大学第二医院肿瘤中心,甘肃 兰州 730030)

[Keywords] lung neoplasms; carcinoma, signet ring cell; diagnostic imaging

[关键词] 肺肿瘤;癌,印戒细胞;诊断显像

DOI:10.13929/j.issn.1672-8475.2020.01.005

[中图分类号] R734.2; R445 [文献标识码] B [文章编号] 1672-8475(2020)01-0017-01

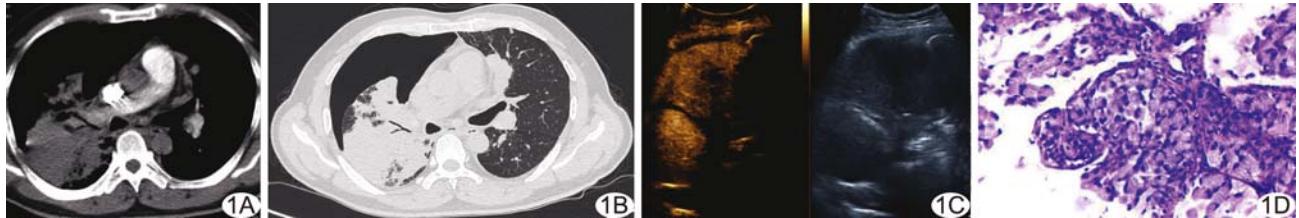


图 1 肺印戒细胞癌 A. 胸部增强 CT 纵隔窗; B. 胸部增强 CT 肺窗; C. CEUS; D. 病理图(HE, ×100)

患者男,50岁,因“咳嗽、咳痰伴痰中带血1月余”入院;既往吸烟24余年。查体未见明显异常。实验室检查:神经元特异性烯醇化酶(neuron-specific enolase, NSE)35.04 ng/ml,细胞角蛋白19片段(cytokeratin-19-fragment, CY211)9.45 ng/ml,胃泌素释放肽前体(progastrin-releasing peptide, proGRP)19.50 pg/ml。CT:右肺中叶团片样高密度影(8.28 cm×11.57 cm),平扫及增强动脉期、静脉期CT值分别为26、60、75HU;双肺多发散在高密度影,增强扫描呈中度强化;双侧肺门及纵隔内可见结节样软组织密度影(图1A、1B);诊断:肺癌伴双肺多发转移可能。超声:右肺中叶近胸壁7.53 cm×6.44 cm低回声病灶,边界清,轮廓不完整;CEUS:注射造影剂后8 s病灶开始增强,似呈向心性,与周围不张肺组织相比呈低增强,于23 s达峰,32 s开始消退(图1C);诊断:右肺中叶占位(建议穿刺活检)。行超声引导下经皮肺穿刺活检。术后病理:右肺印戒细胞癌(signet-ring cell carcinoma, SRCC)(图1D)。免疫组织化学:NapsinA(+),CK8/18(+),CK7(+),CK20

(-),TTF-1(+),CEA(+),P40(-),CK5/6(-),CKP(+),Syn(-),Ki-67(15%+)。基因检测:ALK融合基因阳性。

**讨论** SRCC起源于黏膜固有层未分化干细胞,是黏液分泌腺癌亚型,常发生于胃肠道,肺部发病罕见。肺原发性SRCC为肺腺癌亚型之一,但较其他类型肺腺癌预后更差,患者5年生存率不足30%;其发生可能与ALK基因重排有关,其中EML4-ALK融合基因阳性比例较其他类型肺腺癌显著增高。本病CT表现以周围型多见,病灶呈边界清晰的圆形或类圆形肿物,直径多较大,且可见分叶及短毛刺征象,可分布于各个肺叶,部分合并肺叶不张或胸腔积液。与肺黏液腺癌相比,CT平扫SRCC病灶密度偏低,增强后可见未强化区,且多伴肺内或淋巴结转移,有助于诊断。本例肿瘤位于右肺中叶,贴胸壁生长,增强后呈中度强化,伴肺内多发转移灶,提示肿瘤恶性程度较高。肺原发性SRCC最终诊断依靠病理及免疫组织化学检查,免疫组织化学染色常表现为TTF-1、CK7及NapsinA阳性,CK20及CDX-2阴性。

[第一作者] 赵磊(1993—),男,湖北襄阳人,在读硕士。E-mail: 961862013@qq.com

[收稿日期] 2019-09-24 [修回日期] 2019-12-06