

结肠恶性淋巴瘤误诊结肠癌一例

邹子博 李学通

【中图分类号】R735.3⁺5 【文献标识码】D 【文章编号】1000-0313(2001)02-0109-01

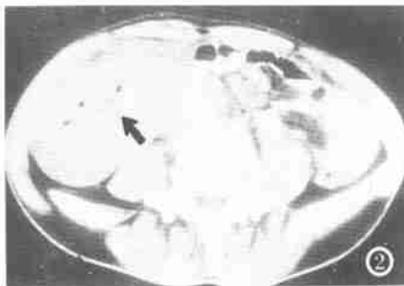


图 1 升结肠近端见一狭窄段有管壁破坏,不光整并可见不规则的充盈缺损。

图 2 中下腹可见不规则形状团块影,周围为厚壁软组织,中心为低密度气液体。

结肠恶性淋巴瘤属少见病例,极易同结肠癌,克隆病等占位性病变相混淆,现有检查术前不易确诊,本文 1 例经手术病理证实,现报道如下。

病例报告 患者男性,43 岁。右下腹肿物,伴腹泻、血便 1 月余,每日大便约 3~4 次。查体:腹平软,右下腹可触及一约 10cm×10cm 大小的肿物,质硬、活动度差,无压痛。实验室检查:白细胞:4.9×10⁹/l,红细胞:3.63×10¹²/l,血红蛋白:112g/l,淋巴细胞 32%,中性粒细胞:68%。B 超示右下腹肠管粘连迂曲,伴肠间积液。

X 线钡剂双重造影:升结肠近端与回盲部间可见有一狭窄段,狭窄段长约 6cm,并有管壁的破坏,不光整。狭窄段可见形状不规则的充盈缺损,并有小龛影存在,充盈缺损与正常肠管分界清晰,未见有明显的移行改变。腹部加压后可见肠管活动

度差。管壁僵硬。X 线诊断:结肠癌(图 1)。

CT 右中、下腹可见一大小约 13.7cm×12.9cm×10.1cm 大小不规则形状团块影,周围为厚壁软组织,其 CT 值为+40.8 和+33.6,中心为低密度气液体。邻近肠管受挤压,且结构紊乱。CT 诊断考虑升结肠占位(图 2)。

手术所见及病理结果:肿物于右下腹回盲部,其大小为 20cm×10cm×10cm,基底较宽,并且较为固定,质硬较脆,肿块形状不规则表面不平坦,并向腹部正中蔓延,大网膜呈结节样改变,胃大弯侧淋巴结增大,镜检:淋巴结结构消失,细胞浸润包膜,瘤细胞中等大小,可见有细胞分裂像。病理诊断:恶性淋巴瘤-中心母细胞分型。

讨论 结肠恶性淋巴瘤较为少见,仅占该部恶性肿瘤的 5%。结肠淋巴瘤多见于右侧,特别是盲肠和回肠末端多见。男女性别比约为 3:1,而且又以 30 岁以上的男性患者多见。临床常见症状是腹部肿瘤性淋巴组织的迅速增长而形成的腹部肿块。结肠受肿瘤侵害引起组织坏死脱落而出现便血症状,伴有腹泻、腹胀、部分肠梗阻,以及肠套叠等征状。

在影像学方面由于结肠淋巴瘤的生长的方式及发展范围的不同,而造成影像学的表现各有不同。因此在影像应同结肠癌和结肠克隆病相鉴别。而本例患者在造影表现为明确的狭窄段而且有充盈缺损并有小龛影存在并且无明显移行改变,肠管僵硬且活动度差。而 CT 表现为显著的环状增厚,形状不规则的肿块影。以上表现均为结肠癌相类似。因此在影像诊断时应注意与临床症状密切结合,必要时应与其他检查相结合,以减少影像诊断中的误诊现象。

(2000-09-23 收稿)

作者单位:066000 河北秦皇岛市第一医院放射科
作者简介:邹子博(1973-),男,天津市人,医师,主要从事影像诊断及介入治疗工作。

- 8 四川医学院精神病学研究室.四川 42 万人口癫痫发病情况调查报告[J].中华神经精神科杂志,1981,14:135-138.
- 9 宋遵武,于忠国.CT 对癫痫病因检查的所见和评价[J].中华神经精神科杂志,1988,21:138-140.
- 10 谭启富,刘承基,陈君坤.癫痫患者 136 例电子计算机断层摄影的分析[J].中华神经精神科杂志,1985,18:133-135.
- 11 李志荣,张桂苓,王士林,等.吡喹酮治疗脑囊虫病 52 例疗效分析

[J].中华神经精神科杂志,1987,20:202-204.

- 12 Louis S. Epileptic seizures in non-embolic cerebral infarction[J]. Arch Neurol 1967, 17: 414.
- 13 张晓琴,任善玲,陈顺仙.卒中后癫痫的临床与机理探讨[J].中风与神经疾病杂志,1996,13:359-360.
- 14 Faught E, Perters D, Bartolucci A, et al. Seizures after primary intracerebral hemorrhage[J]. Neurology, 1989, 39: 1089.

(2000-10-08 收稿)