

艾滋病合并纵隔淋巴瘤(附 13 例报告)

邱乾德

【摘要】 目的:为提高对艾滋病(AIDS)合并纵隔淋巴瘤的认识,探讨艾滋病与恶性淋巴瘤相关性。方法:回顾性分析 13 例 AIDS 合并症——纵隔恶性淋巴瘤的临床 X 线表现,结合文献进行讨论。结果:13 例中 5 例在确诊 AIDS 前已患纵隔恶性淋巴瘤者,其瘤灶局限在纵隔一个区域,当确诊为 AIDS 后,见肿块扩散到 2 个区域以上,其中 2 例累及肺门、体表部位淋巴结和肺内浸润。8 例先确定 AIDS 后患纵隔恶性淋巴瘤者,其纵隔受累部位均在 2 个区域以上,其中 5 例累及肺门、腹膜后、脾脏、体表部位淋巴结及肺内浸润。结论:AIDS 易并发恶性淋巴瘤或加速恶性淋巴瘤发展,恶性淋巴瘤也可促使 AIDS 更快发展。

【关键词】 艾滋病;淋巴瘤;纵隔;X 线平片

【中图分类号】 R814.41; R512.91; R734.5 【文献标识码】 A 【文章编号】 1000-0313(2003)11-0809-03

AIDS with concurrent mediastinal lymphoma (radiographic observation in 13 cases) QIU Qian-de. Department of Radiology, Wenzhou Third People's Hospital, Zhejiang 325000, P. R. China

【Abstract】 **Objective:** To improve the knowledge of AIDS with concurrent mediastinal lymphoma, and study their correlation. **Methods:** The clinical and X-ray manifestations of 13 cases of AIDS accompanying with mediastinal lymphoma were retrospectively analyzed. **Results:** Five from the 13 cases suffered from mediastinal lymphoma before the diagnosis of AIDS was made, the lymphoma located in one region of the mediastinum. However, the lesion spreaded to two regions or more after AIDS become positive. In 8 cases with positive AIDS who had mediastinal lymphoma later, the tumors developed rapidly in 2 months. **Conclusion:** The patient with AIDS is susceptible to the concurrent mediastinal lymphoma, the mediastinal lymphoma makes AIDS to develop.

【Key words】 AIDS; Lymphoma; Mediastinum; Radiography

艾滋病(acquired immunodeficiency syndrome, AIDS)是人类免疫缺陷病毒(human immunodeficiency virus, HIV)感染引起的疾病。本病在 HIV 感染的急性期和无症状期 CD4⁺ 细胞计数 > 500/μl, 一般无合并症, 当进入 AIDS 期 CD4⁺ 细胞计数 < 500/μl, 则开始出现各种并发症, 其中纵隔淋巴瘤是合并症之一。笔者在非洲某国工作期间, 搜集资料较完整 AIDS 合并纵隔恶性淋巴瘤 13 例报道如下。

材料与方法

本组 13 例中男 8 例, 女 5 例, 年龄 19~45 岁, 平均 25 岁。有明确性乱史 10 例, 配偶死于 AIDS 3 例。13 例中均有胸痛、胸闷、咳嗽、口咽痛, 其中伴咳血丝 5 例, 伴腹痛、腹胀、顽固性腹泻 8 例, 肝区痛 5 例, 头痛 6 例, 伴颈部及腹股沟淋巴结肿大 7 例。

13 例均摄取胸部正侧位片, 行血清 HIV 检测、肝功能检查及腹腔和肝、脾 B 超检查。行颈部、腹股沟淋巴结穿刺活检经电镜检查 7 例。行诊断性化学治疗 6 例。

结 果

部位: 肿块位于双侧上中下纵隔 3 例(图 1), 双侧中上纵隔 5 例, 双侧中纵隔 3 例, 右上纵隔及左上纵隔 2 例(图 2)。其中

累及双侧肺门 3 例, 单侧肺门 2 例(图 3)。肺内浸润 7 例。

X 线征象: 13 例均见肿块向肺野内突出, 其中重度突出 3 例, 中度突出 5 例, 轻度突出 5 例。肿块边缘光整, 界限清楚, 均呈分叶状。肺门累及 7 例其病变均呈大小不等结节, 部分融合成团块状。肺内浸润 7 例, 其中肺炎型 3 例, 表现为大片状阴影, 边缘较模糊(图 4); 间质型 3 例, 表现为两肺野纹理增多、增粗、杂乱, 呈网格状, 其间夹有小点状影(图 5); 混合型 1 例, 表现为两肺纹理增多、增粗、杂乱, 呈网格状, 其间夹有小片状影。气管推压推移 1 例。

13 例中 5 例在确诊 AIDS 前已患纵隔淋巴瘤者, 其肿块均局限于一个纵隔区域, 当确诊为 AIDS 2 个月后, 却见肿块扩散到 2 个以上纵隔区域和双侧肺门, 其中 2 例累及全身淋巴结, 2 例出现肺内浸润。8 例先确诊 AIDS 后患纵隔淋巴瘤者, 其病灶波及部位均在 2 个纵隔区域以上, 其中 5 例累及双侧肺门、腹膜后、脾脏、体表部位淋巴结及肺内浸润。而 AIDS 的临床症状和体征也在 2 个月内明显加重。

胸部及胸外其它合并症: 卡氏肺囊虫肺炎 4 例, 肺结核 4 例, 肺炎 3 例, 肺囊肿 1 例, 结核性胸膜炎 1 例, 心包积液 1 例, 口腔念珠菌感染 13 例, 病毒性肝炎 7 例, 脑膜脑炎 3 例, 口腔疱疹病毒感染 2 例。

实验室及 B 超检查结果: 13 例血清 HIV 均为阳性, 转氨酶升高 7 例, 肝肿大 7 例, 脾肿大 7 例, 腹膜后淋巴结肿大 8 例。淋巴结穿刺活检经电子显微镜检查确诊 7 例, 其中非霍奇金病

作者单位: 325000 浙江, 温州市第三人民医院放射科
作者简介: 邱乾德(1949~), 男, 浙江温州人, 主任医师, 主要从事影像诊断工作。

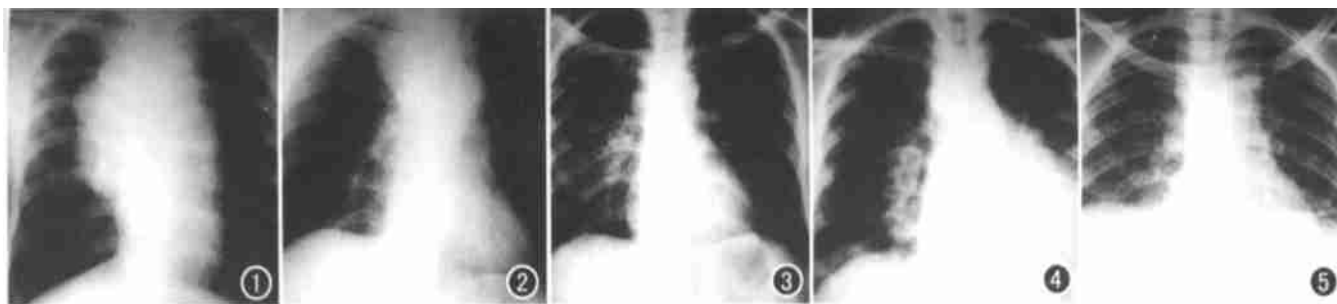


图 1 纵隔见巨大肿块向双侧肺内突出,分叶明显,界限清楚,肿块以中纵隔最明显。图 2 右上纵隔见肿块向右肺内突起,气管向对侧移位,肿块伸至右颈部。图 3 气管右旁见肿块突出,边界光整,同侧肺门密度增高,结构紊乱且模糊。

图 4 气管右旁见肿块突起,左下肺见大片密度增高影,左心缘、左膈面及左肋膈角消失,右肺门见数个结节状密度增高影。

图 5 纵隔见肿块向两侧突起,双侧肺门结构较乱,双肺内纹理杂乱、增粗、增多,其内夹有小点状影,右肺门见有小片状模糊影。

6 例,霍奇金病 1 例。行化学诊断性治疗 7~10d 的 6 例均见肿块有不同程度缩小。

讨 论

1. 恶性淋巴瘤与 AIDS 相关性

恶性淋巴瘤的病因和发病机制至今不明,可能与以下因素有关。①病毒:在人类伯基特(Burkitt)淋巴瘤的组织培养物中发现类疱疹病毒(EB 病毒),用此抗原测定患者的血清,发现 80% 的患者都有抗体存在。②辐射:长期接触放射性物质可发生恶性淋巴瘤。③免疫:国内外学者通过研究认为 HIV 携带者/AIDS 患者的 T 淋巴细胞发生持续和异常激活,细胞激活程度与疾病进展高度有关。AIDS 是 HIV 感染引起的疾病,其患者血清内存在着大量 HIV,而 HIV 可促使 T 淋巴细胞而发生增生,AIDS 又能加剧免疫功能下降,促使淋巴瘤发展,淋巴瘤也可促使 AIDS 快速发展。④遗传因素:先天性染色体畸变,如免疫缺陷性疾病,或对 DNA 损伤的先天性易感性而造成的 DNA 修补功能异常,均能成为肿瘤发生的因素。以上 4 点充分说明恶性淋巴瘤的病因和发病机制与病毒、辐射、免疫抑制和遗传关系有关^[1-4]。而本组病例临床发展过程主要与免疫抑制相关。

2. 本组纵隔恶性淋巴瘤的诊断依据与特点

本组病例诊断依据是:①患者有明确性乱史和配偶死于 AIDS;②临床上有明确 AIDS 体征和症状;③血清内 HIV 检测均为阳性;④纵隔及其它部位淋巴结肿大;⑤体表部位淋巴结活检,经病理检查证实为非霍奇金病(6/13)和霍奇金病(1/13),未经淋巴结活检病例经化学诊断性治疗 6~10d 均有不同程度缩小(6/13)。故笔者认为对本组病例诊断应是可信的。笔者为探讨 AIDS 合并纵隔恶性淋巴瘤特点,特选择 30 例普通纵隔恶性淋巴瘤病例作对照分析,结果发现本组纵隔恶性淋巴瘤与普通纵隔恶性淋巴瘤存在明显不同,它具有以下特点:①起病急剧,病变发展快,范围广,累及全身淋巴结多,占 53.8% (7/13);②肺内浸润发生率高,占 53.8% (7/13)。笔者统计 155 例普通纵隔恶性淋巴瘤有肺内浸润 25 例,仅占 16.1%,可见 AIDS 合并纵隔恶性淋巴瘤易发生肺内浸润。③

胸部其它合并症多,占 100% (13/13),而且是多种合并症。笔者曾报道过 AIDS 合并肺结核^[5],其胸部其它合并症仅占 18%。可见 AIDS 合并纵隔恶性淋巴瘤患者,胸部其它合并症也同样增多,其中卡氏肺囊虫肺炎是 AIDS 患者最常见和最严重的肺部感染,约占 AIDS 患者肺部感染性疾病的 60%~85%,是 AIDS 患者主要致死原因之一^[6-9]。因此,AIDS 患者一旦合并恶性淋巴瘤应及时采取综合治疗,提高免疫能力是主要措施。

参考文献:

- [1] 顾绥岳.实用外科病理学[M].南京:江苏科学技术出版社,1987. 146-154.
- [2] 李太生,邱志峰,王霞爱,等.T 淋巴细胞激活亚群在 HIV 感染中的变化及其临床意义[J].中华传染病杂志,2002,20(4):199-202.
- [3] Funaro A, Spagnoli GC, Ausiello CM, et al. Involvement of the multi-lineage CD38 molecule in a unique pathway of cell activation and proliferation[J]. J Immunol, 1990, 145(8): 2390-2396.
- [4] Tomkinson BE, Wagner DK, Nelson DL, et al. Activated lymphocytes during acute Epstein-Barr virus infection[J]. J Immunol, 1987, 139(11): 3802-3807.
- [5] 邱乾德.艾滋病合并肺结核(附 32 例分析)[J].放射学实践, 2002, 17(6): 522-523.
- [6] Lawrence J, Huang C, George P, et al. Roentgenographic patterns of pneumocystis carinii pneumonia in 104 patients with AIDS[J]. Chest, 1987, 91(1): 323-327.
- [7] Judith K, Ronald G, John L, et al. Radiologic distinction of pyogenic infection from pneumocystis carinii pneumonia in AIDS patients[J]. Radiology, 1990, 175(3): 721-724.
- [8] Margaret H, Jeffrey S, Gordon G, et al. Radiographic distribution of pneumocystis carinii pneumonia in patients with AIDS treated with prophylactic inhaled pentamidine[J]. Radiology, 1990, 175(3): 715-719.
- [9] Gerard M, Jeffrey A, Stuart S, et al. Tumefactive pneumocystis carinii pneumonia in AIDS, report of three cases[J]. AJR, 1993, 160(5): 1197-1198.

(2003-02-17 收稿 2003-04-10 修回)