

## 《请你诊断》病例 37 答案:右肝原发非霍奇金淋巴瘤伴坏死累及右侧胸腔

高旭宁, 许茂盛, 李宁, 倪桂宝

【中图分类号】R814.42 【文献标识码】D 【文章编号】1000-0313(2010)03-0355-02

**病例资料** 患者,男,75岁。右季肋部持续性钝痛1个月伴畏寒、发热1周入院。查体:皮肤巩膜无黄染,浅表淋巴结未及肿大,右侧胸廓塌陷,右季肋区轻压痛,肝区叩击痛阳性。既往史:50年前,有右上肺结核手术史。实验室检查:WBC  $10.4 \times 10^9/l$ , NE 83.7%, 肿瘤全套、PPD 试验、痰抗酸杆菌染色、痰细菌培养、血培养和乙肝类均阴性。

入院后行胸腹部多层螺旋CT平扫及增强扫描示右侧胸廓呈术后改变,右侧胸腔巨大软组织肿块,平扫病灶密度不均匀,CT值约30 HU,边缘欠光整,局部可见钙化(图1a)。增强扫描动脉期示病灶边缘及病灶内部条片状强化(图1b),CT值约46 HU,中心低密度区强化不明显;静脉期示病灶边缘及内部持续强化,CT值约64 HU,中心低密度区强化不明显(图1c)。腹部CT示肝右叶可见巨大占位性病变(图2a),平扫呈略低密度,CT值约35 HU,病灶中央呈低密度,CT值约23 HU,周围结构受压移位,右侧膈肌受累。增强扫描动脉期病变出现不规则环状强化及内部点片状强化(CT值约64 HU),坏死区未见明显强化,病灶周围出现低密度带。病变强化环厚度不均匀,呈波浪状(图2b);门脉期扫描病灶持续强化,CT值约66 HU,肝内门脉未见明显栓塞改变(图2c)。动脉期冠状面重组示右侧胸腔病变与肝右叶病灶有连通,局部膈肌结构欠清晰。纵隔内及

腹膜后未见肿大淋巴结(图3)。

行肝穿刺活检,镜下示病变组织中中等大小的异型淋巴细胞弥漫分布,细胞核呈圆形或卵圆形,核染色体呈粗颗粒核状,核分裂象易见,肿瘤边缘可见少量肝细胞。免疫组化检查:表达阳性包括CD20、CD79a、LCA、CD23和Bcl-2,表达阴性包括CD5、CD15、CD30、CD3、CD2、CD7、ALK、CgA、Syn、EMA、Des、S-100、CD68和Hep,表达可疑(±)为Bcl-6。诊断:肝右叶非霍奇金淋巴瘤,弥漫性大B细胞性伴坏死,累及右侧胸腔。

**讨论** 恶性淋巴瘤是一种起源于淋巴造血组织的实体肿瘤,常累及淋巴结、脾脏和骨髓,原发于肝脏者罕见。1965年Ata首次报道,发病率仅占肝恶性肿瘤的0.1%,占结外淋巴瘤的0.4%<sup>[1]</sup>。根据Lei等<sup>[2]</sup>命名的原发性肝脏淋巴瘤(primary hepatic lymphoma, PHL)诊断标准需满足以下3个条件:①症状或体征主要为肝脏受累的表现,包括右上腹痛、右上腹肿或黄疸;②无可触及的淋巴结肿大或远处淋巴结转移的放射学依据;③外周血涂片无白血病表现<sup>[1,2]</sup>。本病确诊有赖于肝脏穿刺活检或手术切除肿块后病理证实。本例肝右叶巨大肿块伴中央不规则坏死,右侧胸腔术后50年出现与膈下相连之软组织肿块,强化特点与肝脏病灶相似,腹腔、纵隔及后腹膜未见肿大淋巴结,查体浅表淋巴结未及,因此,考虑右肝病灶为原发,

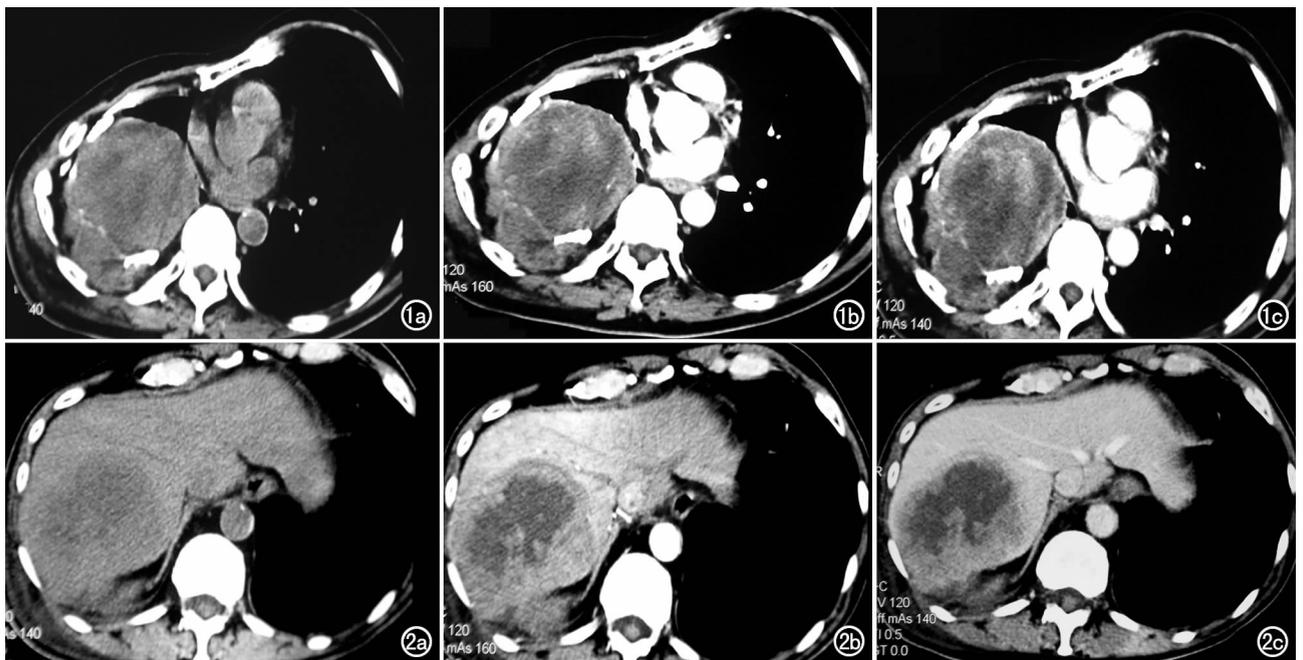


图1 胸部横轴面CT扫描。a) 平扫示右下胸腔内较大病灶,密度不均匀,CT值约30HU; b) 增强扫描动脉期示病灶边缘不规则环状强化,内部条片状强化,CT值约46HU; c) 静脉期示病灶边缘及内部持续强化,CT值约64HU。图2 上腹部横轴面CT扫描。a) 平扫示肝右叶内略低密度灶,CT值约35HU,中央低密度区CT约23HU; b) 动脉期示病灶呈不规则环状强化及内部点片状强化,CT约64HU; c) 门脉期示病灶持续强化,CT值约66HU。

作者单位:310006 浙江,浙江中医药大学附属第一医院放射科

作者简介:高旭宁(1972-),男,天津人,硕士,主治医师,主要从事腹部疾病影像学诊断和研究工作。

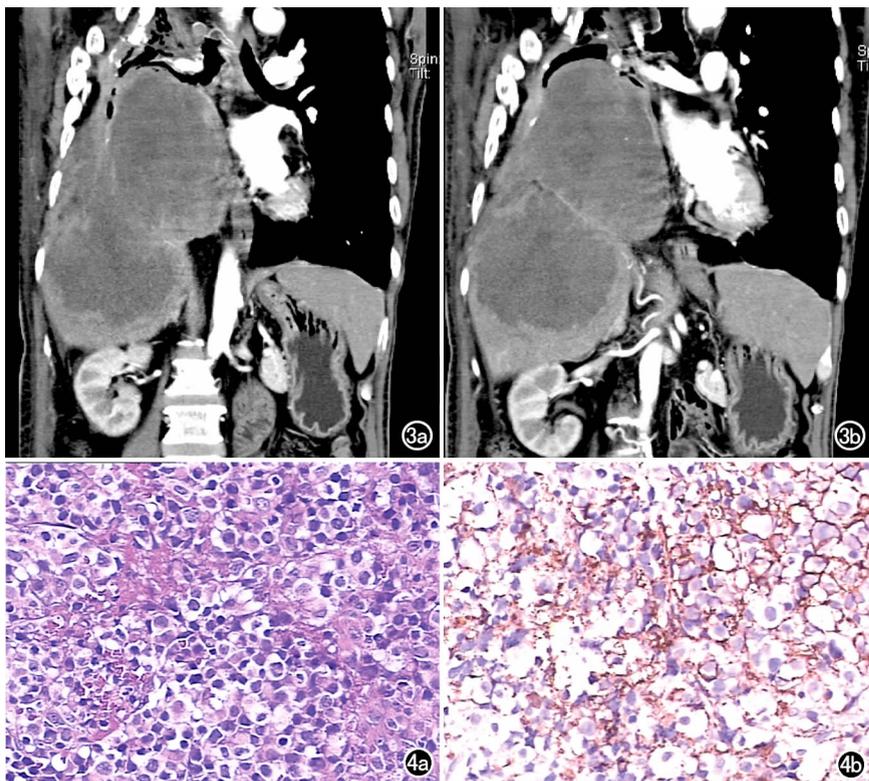


图3 胸腹部CT动脉期增强扫描冠状面重组图像示胸腔病变与肝右叶病灶相连续,局部胸肌结构欠清晰。a)前腹部层面;b)肾门平面。图4 肝穿刺病理检查。a)镜下示异型淋巴细胞弥漫性分布,核分裂象多见( $\times 400$ , HE); b)免疫组化检查示肿瘤细胞CD20表达阳性( $\times 200$ )。

胸腔病变为继发,由右肝病灶向胸腔浸润。

肝脏淋巴瘤临床表现缺乏特异性,易与肝脏炎症性疾病和肝癌等相混淆。本病例因有发热,病灶内部可见坏死,易误诊为肝脓肿。因此当发现肝脏肿块,而临床上无肝炎、肝硬化病史,CEA、AFP阴性且怀疑肝癌的患者,如果有发热、盗汗、体重减轻等表现时,影像检查肝外未发现肿大淋巴结,要警惕原发肝淋巴瘤的可能,此时应建议穿刺活检。活检标本应同时行常规石蜡切片及免疫组化染色检查,以免误诊<sup>[3]</sup>。

鉴别诊断:①细菌性脓肿。临床上有发热,乏力症状。影像上可见到脓腔,脓腔内壁光滑,外周可见水肿。增强时可见脓肿壁明显强化,典型征象出现双环征,由于脓肿壁由炎性细胞、纤维组织及新生毛细血管组成,所以门脉期及延时扫描可见病灶持续强化,并且病灶强化范围逐渐增加。本例肝淋巴瘤虽然病灶内部坏死,病灶内壁不光滑,厚薄不均匀,病灶周围未见明显水肿带。增强扫描动脉期病灶呈环状及内部条状不均匀强化,门脉期虽持续强化,但未见病灶内部强化范围逐渐增加征象,与细菌性脓肿表现不符;②结核性脓肿。由于患者既往有肺结核病史,所以确诊前也曾怀疑结核性脓肿的可能,但本例患者没有结核毒性反应,结核菌素培养阴性,没有发现肺部及消化道结核征象。结核性脓肿的影像表现可见脓肿壁不强化或轻度强化,脓腔内壁光滑,脓腔周围因炎性肉芽增生,可

见少许强化,影像表现缺乏特异性。本病例未见结核中毒反应,而且结核脓肿同时直接侵犯胸腔和肝脏极其少见,从冠状面重组图像(图3a)可观察到膈肌破坏征象,因此排除结核脓肿可能。③间叶组织来源恶性肉瘤,病变累及范围较广,形态不规则,病灶易出现坏死,病变内部不光滑,增强扫描动脉期可见病灶出现边缘及内部结节状明显强化,门脉期及延迟期强化消退。本病例病灶累及范围广,动脉期不均匀强化,门脉期持续强化,病变内部不规则,活检穿刺前曾怀疑此类疾病。

#### 参考文献:

- [1] 刘哲,冯玉泉,李志伟,等.原发性肝淋巴瘤临床病理特点及治疗(附5例报告)[J].中华肝胆外科杂志,2002,8(3):169-171.
- [2] Lei KI,Chow JH,Guarda LA. Primary non-Hodgkin's Lymphoma of the Live[J]. Leuk Lymphoma,1998,29(3):293-299.
- [3] Liu CH, Rivard DC,Silva AC,et al. Imaging of Focal Hepatic Lesions: Self-Assessment Module[J]. AJR,2008,190(supple 6):S65-S68.
- [4] Nonami A, Takenaka K, Harada N, et al. Primary hepatic lymphoma 1 year after resection of hepatocellular carcinoma [J]. J Clin Oncol,2006,24(36):5784-5786.

(收稿日期:2009-06-18)

#### 专家点评

原发性肝脏淋巴瘤(PHL)是指淋巴瘤发生于肝脏,而脾脏、淋巴结、骨髓或全身其他淋巴组织无淋巴瘤累及证据。PHL是一种罕见的疾病,其病因尚不清楚,人们对本病的了解还较少。

PHL可分为3种类型:①肝内孤立性病变;②肝内多发性病变;③弥漫性肝脏浸润。最常见的表现是肝内孤立性病变,CT和MRI虽能较好显示PHL,但均缺乏特征性表现。PHL的CT影像多表现为低密度,增强后轻度~中度强化。MRI T<sub>1</sub>WI病灶呈低或等信号,T<sub>2</sub>WI呈高信号;Gd-DTPA动态增强扫描各期病灶强化往往不明显。

由于PHL临床表现和生化检查均缺乏特异性,因此诊断较为困难,需要与原发肝癌、继发性肝癌以及肝脓肿等鉴别。如果肝占位性病变更不明原因的发热、AFP阴性而白细胞不增高者,应警惕PHL的可能。本病的确诊有赖组织病理以及免疫组化检查。

(浙江中医药大学附属第一医院放射科 许茂盛)