

原发鼻腔 NK/T 细胞淋巴瘤 CT 诊断

王龙胜, 郑穗生, 陈立芳, 陈贵林

【摘要】 目的:探讨原发鼻腔 NK/T 细胞淋巴瘤的 CT 表现特点,提高诊断水平。**方法:**搜集 8 例经病理证实的原发鼻腔 NK/T 细胞淋巴瘤,术前均行 CT 检查,分析其 CT 表现。**结果:**8 例中双侧 2 例,单侧 6 例;3 例肿块弥漫生长呈“铸型”改变,5 例呈局限性肿块,其中 3 例位于鼻腔前庭部,2 例位于后鼻孔;4 例病变累及鼻翼、鼻背部及面颊部,2 例肿块累及上颌窦,5 例出现副鼻窦炎,2 例有骨质破坏;1 例出现颈部及颌下淋巴结肿大;CT 平扫肿块呈较均匀的软组织密度,增强呈轻到中度强化。**结论:**原发鼻腔 NK/T 细胞淋巴瘤好发于一侧或双侧鼻腔前下部,呈局限性或弥漫性软组织肿块,往往累及鼻背、鼻翼及颌面部软组织,常伴有中线结构的骨质破坏,CT 表现有一定的特征性,有助于病变的诊断。

【关键词】 鼻腔;淋巴瘤,T 细胞;体层摄影术,X 线计算机

【中图分类号】 R814.42; R733.4 **【文献标识码】** A **【文章编号】** 1000-0313(2012)12-1316-04

The diagnosis of primary natural killer cell/T-cell lymphoma in nasal cavity WANG Long-sheng, ZHENG Sui-sheng, CHEN Li-fang, et al. Department of Radiology, the Second Affiliated Hospital of Anhui Medical University, Hefei 230601, P. R. China

【Abstract】 Objective: To investigate the CT features of natural killer cell/T-cell lymphoma in nasal cavity. **Methods:** Eight patients with natural killer cell/T-cell lymphoma in nasal cavity proved by pathology had been examined by CT scanning, and CT images were analyzed retrospectively. **Results:** Of the 8 cases, 2 cases were bilateral and 6 unilateral. Three cases had the mass with diffuse growth presenting a “cast” change, and 5 cases showed the limitations of mass, of which three cases in the nasal vestibule, two cases in the nostrils. There were 4 cases of lesions involving the nose, dorsum of the nose and cheek, two cases of tumor involving the maxillary sinus, five cases showed sinusitis, 2 cases showed bone destruction; one case showed neck and submandibular lymph nodes. On plain CT scan lesions showed uniform soft tissue density, enhanced lesions showed mild to moderate enhancement. **Conclusion:** Primary nasal NK/T cell lymphomas occur mostly in the front lower part of unilateral or bilateral nasal cavity, the lesions present as localized or diffuse soft tissue masses, often involve the nasal dorsum, alar and maxillofacial soft tissue, often accompanied by bone destruction of the midline structures. The CT findings have certain characteristics, which are helpful to the diagnosis of lesions.

【Key words】 Nasal cavity; Lymphoma, T-cell; Tomography, X-ray computed

原发鼻腔自然杀伤细胞(natural killer cell, NK)/T 细胞淋巴瘤属于结外淋巴瘤,发生率位于咽淋巴环和胃肠道之后,居结外 NHL 的第三位。临床表现不典型,容易误诊,确诊主要依靠病理学检查。本文回顾分析 8 例经病理证实的原发鼻腔 NK/T 细胞淋巴瘤的 CT 表现特点,旨在提高对该病的影像认识,有助于临床早期诊断。

材料与方 法

搜集 2009 年 10 月—2011 年 7 月间经鼻咽镜取材病理及免疫组化证实的 8 例鼻腔 NK/T 细胞淋巴瘤。8 例中男 5 例,女 3 例,年龄 14~62 岁,平均 43 岁。临床表现:鼻塞、流涕 7 例,涕中带血 2 例,2 例出现发热、抗感染治疗效果不佳,1 例鼻腔有恶臭气味,4 例出现鼻翼、鼻背及面颊部肿胀。

使用美国 GE 公司生产的 64 排 128 层 Light

Speed VCT 扫描仪,5 例行鼻窦横断面 CT 扫描,3 例行鼻窦 CT 冠状面扫描。横断面扫描,患者仰卧,头置于扫描头架上,扫描基线与听眶线一致,探测器宽度 40 mm,扫描范围从额窦顶部至上齿槽突下缘;冠状面扫描,患者仰卧位,头过伸置于冠状面头架内,扫描基线与听眶线垂直,探测器宽度 20 mm,扫描范围从鼻前庭至蝶窦后壁。扫描参数:120 kV, 200 mA, 矩阵 512×512, DFOV: 15~25 cm, 层厚 2.5~5.0 mm, 层距 2.5~5.0 mm。8 例均做了 CT 平扫检查,其中 2 例除平扫外还做了 CT 增强扫描,使用非离子型对比剂碘帕醇(300 mg I/ml),采用高压注射器经肘静脉注射 70~100 ml,注射流率 3 ml/s。

结 果

1. 病变部位

双侧 2 例,表现鼻腔弥漫生长软组织肿块,呈“铸型”改变(图 1)。单侧 6 例,3 例位于鼻腔前庭部(图 2),2 例位于后鼻孔,呈局限性软组织肿块(图 3),1 例左侧中下鼻道弥漫生长,呈“铸型”改变。

2. 病变累及的范围

8例中3例软组织肿块弥漫生长,5例呈局限性肿块;4例病变累及鼻翼、鼻背部及面颊部(图1b),2例肿块累及上颌窦,表现不规则软组织肿块影,5例出现副鼻窦炎,2例有骨质破坏,其中1例病变侵犯筛窦纸板、上颌窦内侧壁、硬腭、下鼻甲骨质有破坏(图1e~f),另一例下鼻甲完全坏死脱落(图2b)。

3. 肿块的形态及密度

3例弥漫生长的肿块呈单侧或双侧鼻腔内“铸型”改变,5例局限生长的肿块形态不规则。肿块的密度呈软组织密度,密度均匀,2例增强扫描,强化程度轻到中度。

按 Cotswolds 分期法,7例为Ⅰ期,1例为Ⅱ期,出现颈部及颌下淋巴结肿大(图1d)。

根据有无全身消耗性症状鼻部淋巴瘤可分为A、B两组。B组伴有发热、盗汗、消瘦等症状,预后较差。本组2例有发热、盗汗、消瘦,属于B组。

讨论

原发鼻型NK/T细胞淋巴瘤为周围型T细胞淋巴瘤的一种特殊类型,肿瘤细胞来源于自然杀伤细胞(NK)和T细胞潜能分化的前体细胞。本病以往被称为恶性肉芽肿、坏死性中线肉芽肿、中线恶性网织细胞

增生症等名称。2000年被WHO正式命名为鼻NK/T细胞淋巴瘤^[1]。此类肿瘤好发于面部中线附近,其次可发生于中枢神经系统、胃肠道、呼吸道、皮肤和睾丸等,属于血管中心性免疫增生性疾病,又称为血管中心性淋巴瘤。组织学表现为血管中心性浸润、凝固性坏死,弥漫性分布异形性明显的淋巴细胞,以中等或大细胞为主。原位杂交显示肿瘤组EB病毒感染率高,提示此类肿瘤与EB病毒高度相关,其预后相对较差。

临床表现:本病从儿童到老年人均可发生,好发年龄为40~50岁。本组病例发病年龄14~62岁,发病中位年龄为43岁,男性多于女性,约1~4:1,病程从1个月至数月不等。临床主要症状有一侧或双侧鼻塞、流涕,涕中带血、咽痛,鼻面部肿胀。如果鼻腔内出现恶臭气味或涕中带有小块坏死组织则有特殊的临床诊断意义。本组有1例患者鼻腔有恶臭气味。全身症状可有发热、盗汗、乏力等。本组2例出现发热症状,抗感染治疗效果不好,祁氏^[2]报道25例2例出现发热症状。

CT表现:好发于中线附近,多见于一侧或双侧鼻腔前下部,如鼻前庭区、中下鼻道、下鼻甲周围、鼻中隔软骨段,如病变弥漫性生长就难以区分原发部位。本组3例位于鼻前庭区,1例位于下鼻道,3例呈弥漫性生长,其中2例位于双侧、1例位于单侧鼻腔,肿块充

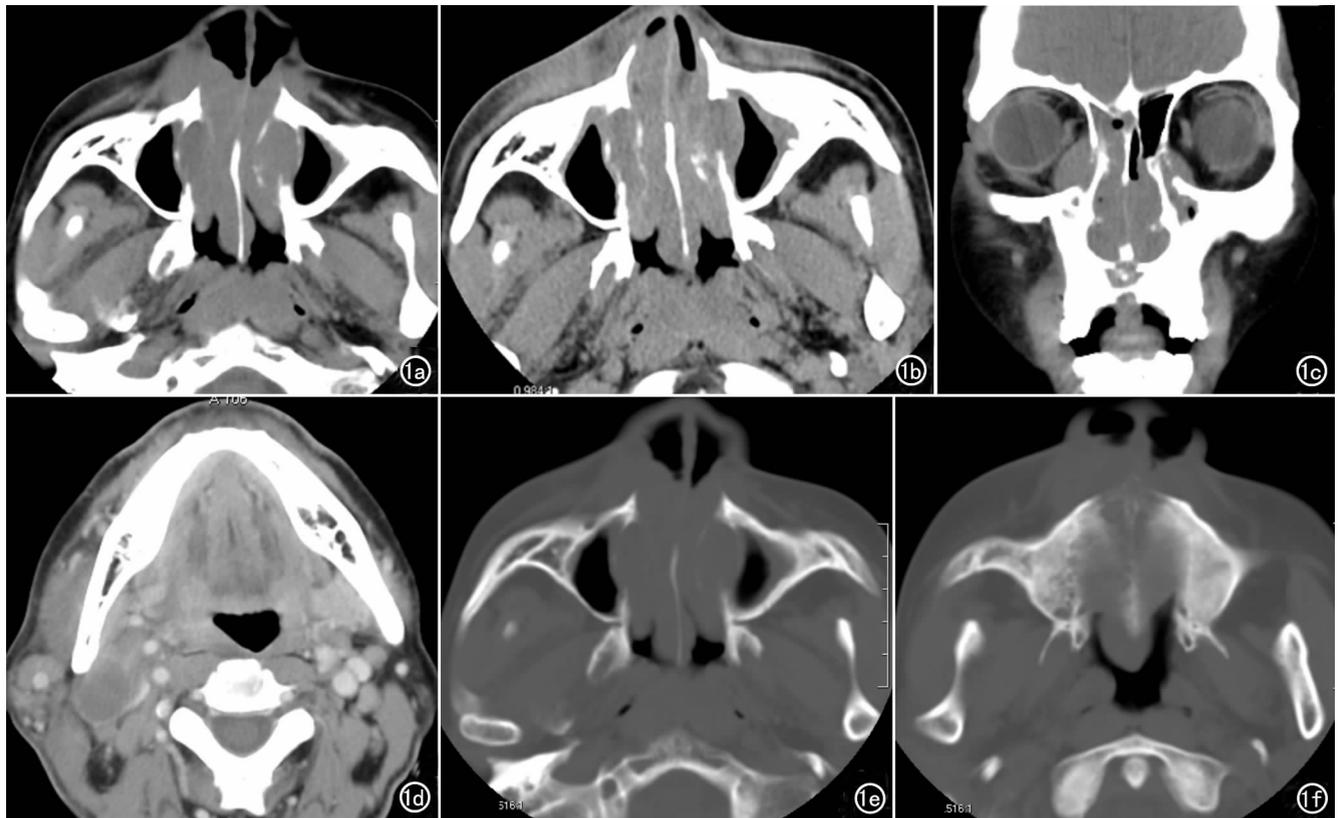


图1 患者,男,59岁,两侧鼻腔NK/T细胞淋巴瘤。a) CT平扫示两侧鼻腔弥漫生长软组织密度肿块,呈“铸型”改变; b) CT增强扫描示肿块呈中等度强化,累及鼻背、面颊部; c) CT增强冠状面示病变侵犯上颌窦、筛窦、额窦及眼眶内侧壁; d) 增强扫描示右侧颌下淋巴结肿大(箭); e) 骨窗示两侧上颌窦内侧壁、两侧下鼻甲骨质破坏; f) 骨窗示硬腭骨质破坏。

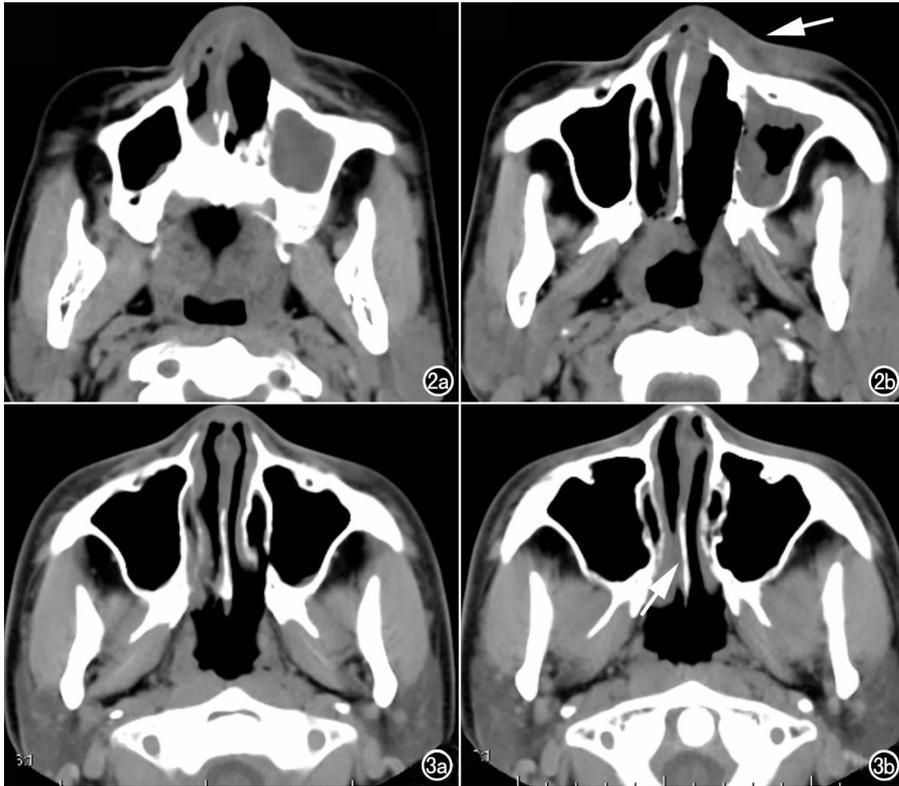


图2 患者,男,48岁,鼻型NK/T细胞淋巴瘤。a)左侧鼻前庭区腔见不规则软组织肿块影;b)鼻中隔前部肿胀增厚,病变累及左侧鼻翼、鼻背部及面颊部(箭),左侧上颌窦粘膜增厚,左侧下鼻甲坏死脱落。图3 患者,男,18岁,右侧后鼻孔NK/T细胞淋巴瘤。a)右侧后鼻孔见不规则软组织肿块;b)后鼻道变窄。

满单侧或双侧鼻腔。少部分病例发生于中后鼻道,而鼻腔前段正常,本组2例肿块位于后鼻道,其中1例向后累及鼻咽部。鼻腔NK/T细胞淋巴瘤有倾向于沿粘膜、皮肤和淋巴道生长的生物特性,鼻腔前部病变常沿鼻背部、鼻翼皮下软组织浸润,可见鼻背、鼻翼部弥漫性软组织肿胀,并可累及颌面部皮下脂肪垫致皮下脂肪间隙模糊或消失。本组4例出现鼻翼、鼻背部及颌面部软组织肿胀,与文献报道一致^[3]。病变沿鼻中隔、鼻腔侧壁、鼻底部生长,包绕中、下鼻甲,向后蔓延可达后鼻孔,甚至侵犯鼻咽侧壁、顶壁,致鼻咽部弥漫性软组织增厚,病变也可沿上颌窦开口处侵犯窦腔内,向上侵犯筛窦。本组5例出现副鼻窦炎,2例肿块长入上颌窦内,另外,一侧鼻腔淋巴瘤侵犯对侧鼻腔,其途径为经鼻中隔吸收破坏处、经鼻背鼻翼或经后鼻孔向对侧鼻腔蔓延。鼻腔淋巴瘤颈部淋巴结转移率较低,本组仅1例出现颌下淋巴结肿大。CT平扫多数病灶呈较均匀的软组织密度,少数病灶密度不均匀,肿块形态不规则,内部有时有“空泡影”,可能是软组织不规则增生及粘连所致,齐氏^[4]报道28例中2例出现此征象。肿块内很少出现钙化灶。淋巴瘤在粘膜处形成的肉芽肿病灶可以致粘膜萎缩及纤维化,与鼻腔侧壁形成疤痕粘连,使相应气道变窄。鼻腔淋巴瘤常有溃

疡坏死,当坏死的肿瘤组织及骨片脱落时,可以形成空腔,病变同侧鼻窦常有阻塞性炎症。增强多数病灶有轻到中度强化^[5],少数明显强化,强化可均匀或不均匀。本组2例增强扫描呈轻到中度强化,当病变范围广或有明显骨质吸收破坏时,肿块强化多不均匀,其内可见坏死区。鼻腔淋巴瘤早期以肿胀增厚为主要表现,骨质改变轻微,多数病例无明显骨质吸收破坏,到中晚期时骨质吸收破坏、穿孔为重要征象,表现一侧的鼻骨、中下鼻甲、鼻中隔、上颌窦内侧壁的吸收破坏,出现虫噬样或虚线样骨质吸收,进一步发展骨质破坏包括鼻中隔穿孔、中下鼻甲脱落、上颌窦内壁缺损、硬腭穿孔破坏等,可在病变区域形成较大的空腔。本组2例出现骨质破坏,其中1例出现下鼻甲脱落。

CT检查的价值:鼻腔NK/T淋巴瘤CT表现有一定的特征性,好发于一侧或双侧鼻腔前下部,往

往累及鼻背、鼻翼及颌面部软组织,常伴有中线结构的骨质破坏,为该病诊断提供重要线索,有助于早期诊断。CT可以确定肿瘤的大小和范围,对NK/T细胞淋巴瘤分期和疗效评价方面发挥着主要作用,准确的分期是淋巴瘤治疗成功的关键。另外,该病恶性程度较高,预后差,但对放疗敏感,尤其是早期病例,正确的诊断有助于临床正确的治疗,提高治疗效果,因此CT检查在鼻腔NK/T细胞淋巴瘤诊断中有重要的价值。

鉴别诊断:鼻腔NK/T细胞淋巴瘤CT主要表现鼻腔内软组织肿块,需要与鼻息肉、内翻乳头状瘤、韦格式肉芽肿等鉴别。①鼻息肉:鼻息肉常位于中鼻道,也可充填全鼻腔,CT表现密度较低且不均匀,可见低密度线包绕,一般无骨质破坏,增强扫描无强化,鼻腔前部无皮肤受累。②内翻乳头状瘤:绝大多数为单侧发病,好发于中鼻道外侧壁,密度多均匀,一般不浸润鼻翼及邻近组织,可伴有明显的骨质破坏,增强后肿瘤呈轻度强化。③韦格式肉芽肿:多为全身性疾病,常累及肺和肾脏,鼻腔改变较局限,常有鼻甲和鼻中隔破坏,邻近窦壁骨质增生、硬化。

参考文献:

- [1] Chan JK. The new world health organization classification of the lymphomas: the past, the present and the future[J]. Hematol

Oncol, 2001, 19(1): 129-150.

- [2] 祁良, 李锋, 王仁法, 等. 鼻腔NK/T细胞淋巴瘤的CT和MRI表现[J]. 放射学实践, 2011, 26(2): 164-167.
- [3] 唐勇, 林薇, 曹林德, 等. 鼻腔NK/T细胞淋巴瘤的CT和MRI影像学表现[J]. 医学影像学杂志, 2010, 20(12): 1777-1780.
- [4] 齐丽萍, 单军, 唐磊, 等. 鼻及鼻咽部NK/T细胞淋巴瘤的CT表

现[J]. 中国医学影像技术, 2010, 26(5): 848-851.

- [5] Ou CH, Chen CC, Ling JC, et al. Nasal NK/T-cell lymphoma: computed tomography and magnetic resonance imaging findings [J]. J Chin Med Assoc, 2007, 70(5): 207-212.

(收稿日期: 2012-03-20 修回日期: 2012-06-13)

· 病例报道 ·

肺嗜酸性肉芽肿一例

陆毓海, 陈新龙, 何平生

【中图分类号】R814.42; R59 【文献标识码】D 【文章编号】1000-0313(2012)12-1319-01

病例资料 患者,男,57岁。因体检胸部X线片发现双肺多发结节而入院。患者自述平素体质良好,无咳嗽、咳痰、咯血,无畏寒发热,无慢性疾病史。曾有少量抽烟史。查体:实验室血尿常规、肝肺功能(-);肿瘤标志物:CEA、CA125、CA19-9均在正常范围。腹部CT未见异常;胸部CT示两肺多发分布1~5mm不等圆形结节,部分结节内可见空洞,两侧肺门及纵隔内未见肿大淋巴结(图1)。在未治疗观察2个月后胸部CT复查示双肺结节与空洞呈弥漫分布,较前片明显增多增大,拟考虑双肺转移性肿瘤(图2)。行胸腔镜下右肺叶楔形切除病理活检术结果为肺嗜酸性肉芽肿(图3)。确诊后经过激素治疗CT复查双肺结节(空腔)较前明显减少(图4)。

讨论 嗜酸性肉芽肿又称朗格罕细胞组织增多症或组织细胞增多症,以骨骼损害为主,累及肺组织罕见^[1]。最常见于20~40岁^[2],男略多于女,与吸烟有关。肺部病变可为孤立性或弥漫性^[3],主要在间质内,包围细支气管及其伴行动脉,也可扩散到肺泡,半数患者肺内肉芽肿可以吸收消散或长时间稳定不变,其它可以发展成为肺间质性纤维化^[4]。病理镜下可见朗格罕细胞、嗜酸性粒细胞和反应性间皮细胞,标本切面可见大小不一灰白色肉芽结节^[5]。CT是检查方法的首选。表现主要是结节和空洞(气囊),双肺多发弥漫分布,上中肺野为多,结节直径可小到3mm以下,也有大至2cm,部分结节可形成空洞^[6]。本病须与肺转移性肿瘤和结节病(ⅡB期)等鉴别。CT确诊有一定难度,最终须靠病理活检。笔者认为若双肺多发结节中伴随出现空洞(气囊)、纵隔肺门无淋巴结且身体其它脏器及肿瘤标志物检查正常的情况下可考虑此病。

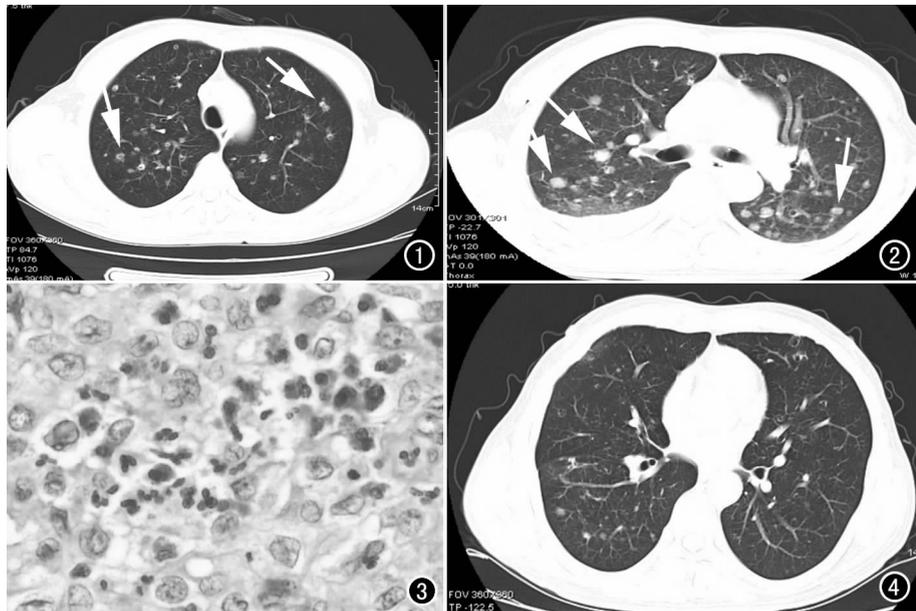


图1 首次胸部CT片示两肺分布多发小结节,部分结节内可见空洞(箭)。图2 观察2个月后胸部CT复查示双肺结节与空洞影呈弥漫分布,较前片明显增多增大(箭)。图3 病理活检镜下见朗格罕细胞,多数嗜酸性粒细胞和反应性间皮细胞。图4 确诊后经激素治疗CT复查示双肺结节、空洞较前明显减少。

参考文献:

- [1] 陈焯贤. 实用放射学(第二版)[M]. 北京:人民卫生出版社,1998:1008.
- [2] Colby TV, Lombard C. Histiocytosis in the lung [J]. Hum Pathol, 1983, 14(2): 847-856.
- [3] Friedman PJ, Liebow AA, Sokoloff J. Eosinophilic granuloma of lung, clinical aspects of primary pulmonary histiocytosis in the adult [J]. Medicine, 1981, 60(6): 385-396.
- [4] 杜湘珂, 罗德馨. 胸部CT图谱[M]. 北京:北京医科大学、中国协和医科大学联合出版社,1996:247.
- [5] 回允中. 外科病理学(上卷)[M]. 北京:北京大学医学出版社,2006:383-384.
- [6] 周康荣. 胸部颈面部CT[M]. 上海:上海医科大学出版社,1996:111.

(收稿日期: 2011-11-25)

作者单位: 312000 浙江, 绍兴第二医院放射科(陆毓海、陈新龙); 病理科(何平生)

作者简介: 陆毓海(1978-), 男, 浙江绍兴人, 主管技师, 主要从事CT影像学工作。