

原发性肺淋巴上皮瘤样癌的影像学表现

李瑞雄, 王盛集

【摘要】 目的:探讨原发性肺淋巴上皮瘤样癌的影像学表现,以提高对该病的认识和诊断水平。**方法:**回顾性分析经手术和病理证实的原发性肺淋巴上皮瘤样癌 6 例临床病理及 CT 资料,并复习文献。**结果:**临床主要表现为咳嗽、咳痰 3 例,其中 1 例有血痰,1 例伴有胸背痛;1 例有杵状指;2 例体检发现,无明显症状。本组病例影像主要表现为以周围型肿块或结节为主,直径 2.6~9.0 cm。浅分叶 4 例,有胸膜凹陷征 2 例,毛刺征 2 例,肿块内未见空洞,钙化。3 例增强扫描,肿块呈轻中度强化,3 例呈持续强化。**结论:**肺淋巴上皮瘤样癌影像学有一定特征性,术前确诊需经支气管内镜活检或经皮肺穿刺活检。

【关键词】 肺肿瘤;淋巴上皮瘤样癌;体层摄影术,X 线计算机

【中图分类号】 R734.2; R814.42 **【文献标识码】** A **【文章编号】** 1000-0313(2016)06-0492-03

DOI:10.13609/j.cnki.1000-0313.2016.06.004

Imaging features of primary pulmonary lymphoepithelioma-like carcinoma and literature review LI Rui-xiong, Wang Sheng-ji, Department of Radiology, the People's Hospital of Wuzhou, Guangxi 543000, China

【Abstract】 Objective: To summarize the imaging features of primary pulmonary lymphoepithelioma-like carcinoma (LELC) and hence improve the diagnostic level of this disease. **Methods:** CT manifestations in 6 cases of primary pulmonary LELC confirmed by both surgery and pathology were retrospectively analyzed. **Results:** The patients presented coughing with phlegm (3 cases), including hemoptysis (1 case) and chest pain (1 case); acropachy (1 case) and being asymptomatic (2 cases). Radiographically, primary pulmonary LELC appeared mainly as peripheral nodules or masses. The maximum diameter of the lesions arranges from 2.6 to 9.0cm. The lesions were slightly lobulated in 4 cases and spiky on the edge in 2 cases. Pleura retraction was shown in 2 cases. There was no cavity or calcification in the lesions. CT scanning with contrast administration revealed mild or moderate enhancement in 3 cases, and sustained enhancement in the other 3 cases. **Conclusion:** Primary pulmonary LELC has some characteristic imaging features; the preoperational diagnosis still relies on bronchoscopic biopsy or percutaneous pulmonary puncture biopsy.

【Key words】 Lung neoplasms; Lymphoepithelioma-like carcinoma; Tomography, X-ray computed

淋巴上皮瘤样癌(lymphoepithelioma-like carcinoma, LELC)是一种罕见的恶性肿瘤,是指发生于鼻咽部之外,组织病理学与鼻咽部淋巴上皮瘤相似的肿瘤,多发生于胃、肺、扁桃体、食管、腺、胸腺、子宫颈和皮肤等部位。Begin 等^[1]于 1987 年首次报道了肺 LELC。2004 年世界卫生组织制定的肺与胸膜肿瘤组织学分类中,将其视为肺大细胞癌的一个亚型^[2]。该病的发生具有一定的地域性和种族性,全球近 2/3 的病例来自中国南方^[3]。近年来在国内有个案报道^[4-8],因此,掌握该病的影像学表现,提高对该病的认识有着重要意义。本院 2010 年 4 月—2015 年 7 月经手术及病理证实的淋巴上皮瘤样癌 8 例,1 例位于颈部;1 例位于腮腺;6 例为肺淋巴上皮瘤样癌。现对肺淋巴上皮瘤样癌回顾性分析影像学的表现,结合文献进行总结,以进一步加深对该病的认识,提高诊断水平。

材料与方法

本组 6 例,男 5 例,女 1 例,年龄 19~72 岁,平均 41.8 岁。籍贯为广东 2 例,广西 4 例。1 例有吸烟史。就诊原因:咳嗽、咳痰 3 例,其中 1 例有血痰,1 例伴有胸背痛;1 例手关节疼痛、肿大(杵状指);2 例体检发现,无明显症状。4 例行纤维支气管镜检查,1 例患病侧肺叶主支气管可见新生物,患病侧支气管狭窄阻塞;1 例患病侧肺叶开口变形狭窄,支气管开口外压性狭窄,粘膜粗糙,管壁糜烂,管腔大部分阻塞。2 例未见异常。6 例鼻咽部影像学检查未见异常。6 例均行手术切除,并病理证实。

所有患者使用 16 层 Brightspeed 螺旋 CT 检查,扫描条件 120 kV,250~300 mA,平扫加双期增强扫描,图像后处理采用多平面重组技术。双期增强扫描:采用国产 JL-100C 型双筒注射器,对比剂为碘海醇(300 mg I/mL),自肘前静脉注入,剂量为 75~100 mL,注射流率 3.5 mL/s,然后以相同流率注射生

理盐水 30 mL,行动脉期、静脉期扫描。动脉期注药后 27 s,静脉期扫描时间为注药后 60 s。观察参数:肺窗宽 1500 HU,窗位-600 HU,纵隔窗宽 350 HU,窗位 40 HU。必要时采用不同的窗宽、窗位及薄层观察。

结 果

6 例肿块均表现为单侧性,位于左肺。中央型 2 例;周围型 4 例。肿块最大径线 2.6~9.0 cm,只有 1 例<3 cm,5 例>3 cm。密度均匀 3 例;密度不均匀 3 例。浅分叶 4 例;有胸膜凹陷征 2 例;支气管狭窄 2 例;肺门血管及肺静脉受压 2 例;肿块内未见空洞,钙化。纵隔淋巴结肿大 4 例。有胸腔积液 3 例;1 例有

阻塞性炎症,2 例有阻塞性肺不张。双期增强扫描,肿块有 3 例增强时轻中度强化,3 例呈持续强化,内可见多条幼稚的肿瘤血管(图 1~3)。6 例均手术切除,经病理证实为 LELC,4 例术后病理证实淋巴结有癌组织转移。

讨 论

1. 临床与流行病学

原发性肺 LELC 的发病机制尚不清楚,可能与 EB 病毒感染有关^[9]。本组 6 例中 5 例未行 EB 病毒血清学检查,只有 1 例 EB 病毒血清学检查,结果为阳性。还有 1 例为颈部肿物,考虑有否鼻咽癌淋巴结转

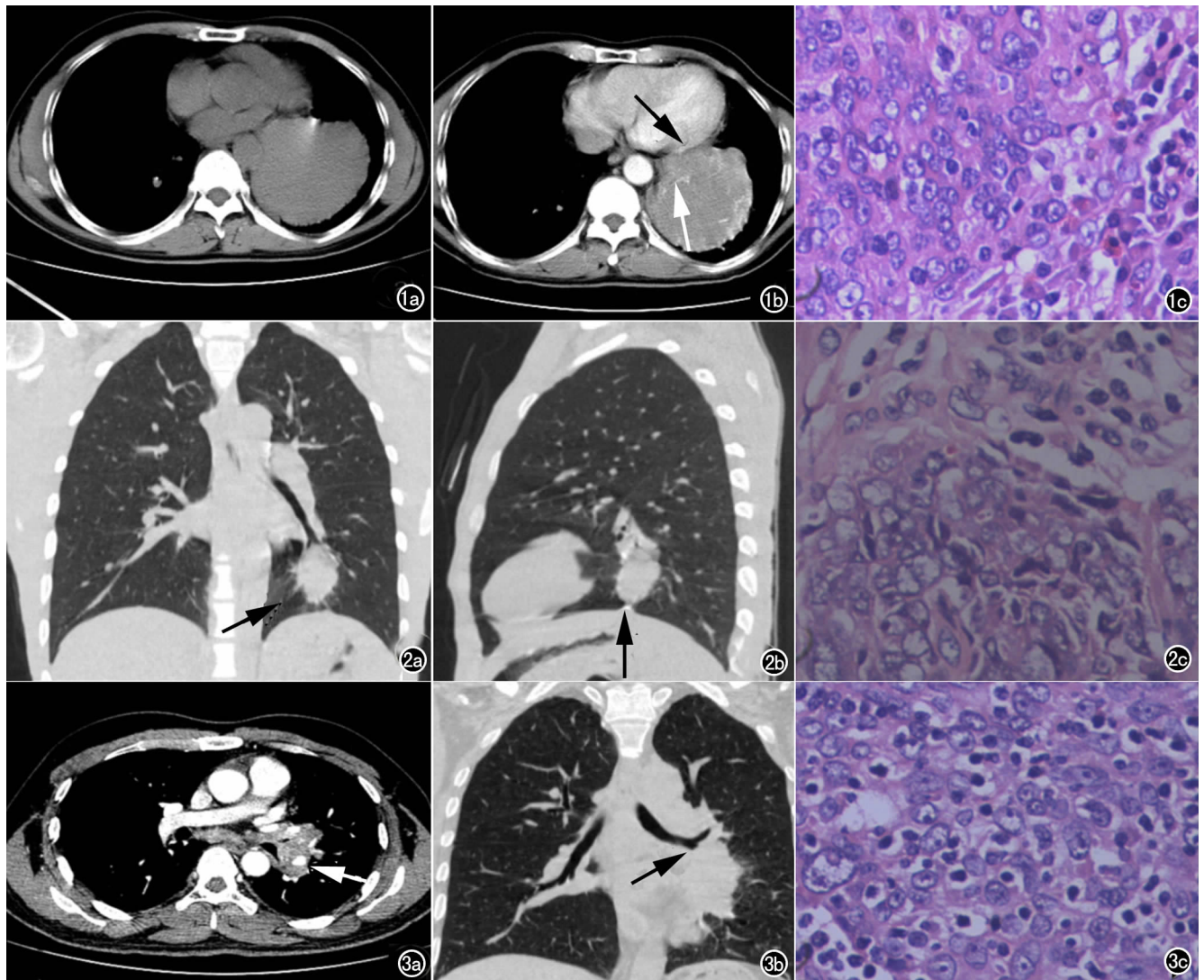


图 1 男,54 岁。a) CT 平扫左下肺内带近纵隔见一类圆形肿块影,边界清楚,密度均匀,CT 值 47HU; b) CT 增强肿块明显强化,呈持续性,动脉期 CT 值 79 HU,静脉期 81 HU,内见多条血管影(白箭)。肿块与邻近胸膜,心影间有分界(黑箭); c) 病理图示癌细胞呈合体细胞样生长方式,弥漫片状浸润,核呈空泡状,核仁明显。癌巢周围明显大量淋巴细胞浸润($\times 400$, HE)。

图 2 男,19 岁。a) 冠状面重组示左肺下叶内带一结节状软组织影,密度均匀,边缘见长短毛刺(箭); b) 矢状面重组示胸膜凹陷征(箭); c) 病理图示大的肿瘤细胞合体细胞样巢状浸润性生长,肿瘤细胞胞界不清,核大,空泡状,癌巢内及周围可见淋巴细胞浸润($\times 400$, HE)。

图 3 男,43 岁。a) CT 增强示肿瘤侵犯并包绕肺门血管(箭); b) 冠状面重组示左肺下叶后基底段及前基底段支气管狭窄闭塞(箭); c) 病理图示肿瘤细胞与淋巴细胞混杂一起,肿瘤细胞边界不清,核浆比例高,核梭型或不规则形,染色质粗糙,核仁不明显($\times 400$, HE)。

移,行 EB 病毒血清学检查也为阳性,由此可见肺 LELC 与 EB 病毒感染密切相关。且 6 例患者均来自广东、广西的鼻咽癌高发区,进一步支持该病的发生具有一定的地域性和种族性的观点^[3]。6 例患者只有 1 例有吸烟史,可见该病与吸烟无关。发病年龄幅度较大,较其他组织学类型肺癌平均年龄小、预后好。本组发病年龄 19~72 岁,平均 41.8 岁,为青中年,与文献报道相接近^[4],与鼻咽癌的好发年龄相类似。

2. CT 表现

有关文献认为 LELC 具有独特的影像学特点^[4-8]:早期的病灶大都贴近胸膜,靠近纵隔;晚期易侵犯大血管与支气管。影像表现:周围型单发肿块或结节为主。多发生于肺野下叶的中内带,靠近并侵犯纵隔胸膜。肿块呈圆形、类圆形和不规则形,直径多较大。边缘较光整,毛刺征象不明显,多数病灶可见浅分叶。肿块密度多不均匀,部分病例薄层扫描可见液化坏死区,少见空洞、钙化。增强有轻中度强化,少数病变强化明显,提示肿瘤血供丰富,恶性程度较高,此时往往同时合并多种继发征象。发生淋巴结侵犯周边支气管与血管及肿瘤侵犯大血管的机率高。本组病例的影像表现与文献的报道基本相符,6 例肿块内未见空洞、钙化。有 3 例增强时明显强化,呈持续强化,内可见多条幼稚的肿瘤血管,均有纵隔淋巴结转移,有胸腔积液,阻塞性炎症或阻塞性肺不张。

3. 鉴别诊断

肺 LELC 首先与转移性鼻咽淋巴上皮瘤样癌相鉴别,从组织学上很难区分肺 LELC 和转移性鼻咽淋巴上皮瘤样癌,因 LELC 好发于鼻咽部,因此在诊断时必须依靠病史,结合病理和影像学检查排除鼻咽部的原发灶。

中央型肺癌:中央型肺癌以软组织肿块,阻塞性炎

症或阻塞性肺不张为主要征象,增强扫描一般不出现持续强化,纵隔可有淋巴结增大,很少侵犯大血管。

恶性淋巴瘤:影像表现为肺门、纵隔淋巴结肿大,以血管前和气管旁多见,增大淋巴结可发生纵隔一个部位或多组淋巴结。

总之,原发性肺 LELC 影像学表现有一定的特征性,EB 病毒血清学检查阳性,影像学表现为肿块体积较大,边界清,边缘较光整,少毛刺,浅分叶,靠近纵隔胸膜,应考虑原发性肺 LELC,但最终诊断须靠组织病理学。

参考文献:

- [1] Begin LR, Eskandari J, Joncas J, et al. Epstein-barr virus related lymphoepithelioma-like carcinoma of lung[J]. J Surg Oncol, 1987, 36(4):280-283.
- [2] Travis WD, Brambila E, Muller-Hermelink GK, et al. World health organization classification of tumours, pathology and genetics of tumours of the lung, pleura, thymus and heart[M]. Lyon: IARC Press, 2004:9-124.
- [3] Ho JC, Wong MP, Lam WK. Lymphoepithelioma-like carcinoma of lung[J]. Respirology, 2006, 11(5):539-545.
- [4] 龚岩, 陈卫国, 叶华秀, 等. 原发性肺淋巴上皮瘤样癌的影像学表现:附 10 例报告及文献复习[J]. 南方医科大学学报, 2010, 30(6):1401-1403.
- [5] 张洁, 张容轩, 朱军. 肺淋巴上皮瘤样癌伴鼻咽癌鳞 2 例报道[J]. 中国癌症杂志, 2010, 20(11):879-800.
- [6] 吴凯, 陈昶, 高文. 9 例原发性肺淋巴上皮瘤样癌分析及文献回顾[J]. 中国肿瘤临床, 2010, 37(8):464-466.
- [7] 陈愉生, 苗彦, 李鸿茹, 等. 原发性肺淋巴上皮瘤样癌一例[J]. 中华结核和呼吸杂志, 2013, 36(1):61-63.
- [8] 陈玲, 邱乾德. 原发性肺淋巴上皮瘤样癌一例[J]. 中华放射学杂志, 2011, 45(4):406-407.
- [9] 韩家安, 熊敏, 总永生. 肺淋巴上皮瘤样癌与 EB 病毒的相关性[J]. 中华病理学杂志, 1997, 26(4):222-224.

(收稿日期:2016-01-04 修回日期:2016-02-19)

下期要目

“磁敏感血管征”对急性缺血性脑卒中 rt-PA 静脉溶栓后血管再通预测的研究

大鼠肝纤维化、肝硬化磁共振灌注参数与 CD34、 α -SMA 的相关性

原发性气管支气管淀粉样 MSCT 诊断

直肠癌 3.0T DWI 中 b 值的选择

椎基底动脉延长扩张症的 FLAIR 影像评价

顺磁性抗 HER2 免疫脂质体的制备及 MR 靶向成像研究
不同病理类型肺癌 HRCT 征象与三种血清肿瘤标志物的相关性研究

IVIM 扩散加权成像技术对多发性肌炎和皮肌炎诊断价值的研究

支气管动脉-肺循环瘵在大咯血患者中的发病率及病因探讨
MSCTA 对肺结核大咯血患者正常及异位支气管动脉的检出及其对介入治疗的临床价值