

• 病例报道 •

肺原发性小 B 细胞型非霍奇金淋巴瘤一例

郭小皖, 陈英敏, 刘阳

【关键词】 淋巴瘤, 非霍奇金; 肺不张; 体层摄影术, X 线计算机; 病理学

【中图分类号】 R814.42; R733.4 【文献标识码】 D 【文章编号】 1000-0313(2017)02-0193-02

DOI:10.13609/j.cnki.1000-0313.2017.02.023

病例资料 患者,女,83岁,胸闷气短、咳嗽、咳痰2周,无发热史。患者安静休息时无明显不适,平地行走约50米后即出现胸闷、喘息,伴咳嗽,咳嗽以阵发性干咳为主,夜间较重,偶见白色粘痰咳出,自服“甘草片”后咳嗽症状有所减轻。1周前于当地医院行胸部X线平片提示:双肺下叶团片状密度增高影,左侧胸腔积液。为进一步诊疗收入我院,入院后给予抗感染治疗并完善相关检查。查体全身未扪及肿大淋巴结。心脏超声提示左心房扩张,主动脉瓣钙化伴少量反流,三尖瓣少量反流,左心室舒张功能减低。女性肿瘤全项提示CA125升高(约1934U/mL),其余肿瘤标记物及生化检查未见明显异常。行胸腔穿刺术抽出胸水并外引流,胸水生化结果:渗出液,未见抗酸杆菌及肿瘤细胞。痰培养显示无致病菌生长。胸部CT平扫及增强扫描:双肺下叶前基底段见不规则的软组织密度影,增强呈较均匀中度强化;双肺下叶前基底段支气管变窄、

局部闭塞,左侧胸腔积液;双侧胸膜多发结节样增厚(图1~3)。CT诊断:恶性病变可能性大,建议行支气管镜进一步检查。因胸水原因不明,且增长较快,遂转入胸外科行胸腔镜下左肺下叶及左侧胸膜活检并胸膜固定术。病理诊断:(左肺下叶及左侧胸膜结节)非霍奇金淋巴瘤,小B细胞型(图4)。免疫组化:CD20(+++),CD79a(+++),CD21(部分+),CD3(+),CD43(+),Ki-67阳性率约30%(图5)。

讨论 非霍奇金淋巴瘤(non-Hodgkin's lymphoma, NHL)是淋巴组织中相对少见的一种肿瘤,85%来源于B淋巴细胞,15%来源于T淋巴细胞或NK细胞,其中B淋巴细胞以大B细胞多见,小B细胞非常罕见^[1]。本例属于小B细胞型NHL。NHL累及肺部后往往无特异性症状,很难与呼吸系统其它疾病相鉴别。NHL常见的临床表现包括咳嗽、胸痛、胸闷、盗汗、纳差、发热、体重减轻等,故易误诊为肺炎、肺结核

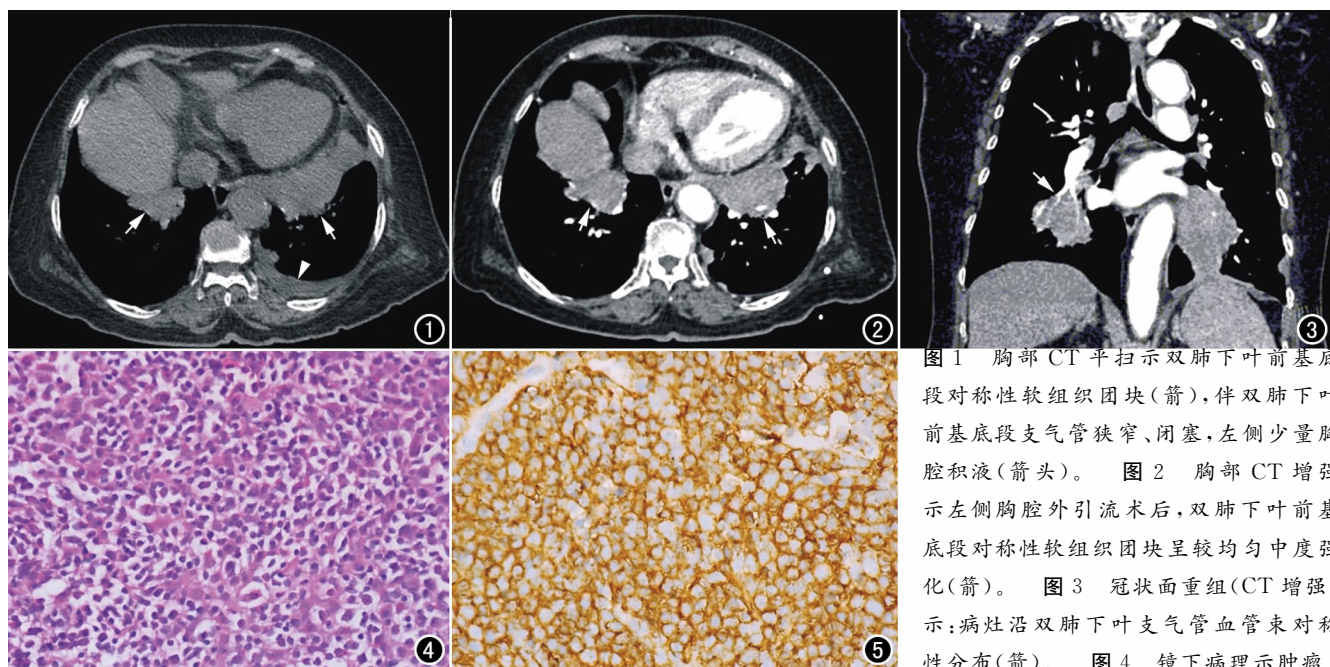


图1 胸部CT平扫示双肺下叶前基底段对称性软组织团块(箭),伴双肺下叶前基底段支气管狭窄、闭塞,左侧少量胸腔积液(箭头)。图2 胸部CT增强示左侧胸腔外引流术后,双肺下叶前基底段对称性软组织团块呈较均匀中度强化(箭)。图3 冠状面重组(CT增强)示:病灶沿双肺下叶支气管血管束对称性分布(箭)。图4 镜下病理示肿瘤

细胞丰富,弥漫分布,细胞较小,淋巴细胞大,形态呈现一致性,细胞核呈椭圆形,部分扭曲变形,可见核分裂象(HE染色,×400)。图5 免疫组化示肿瘤细胞为单克隆性B细胞增生,CD20抗体弥漫性表达于肿瘤细胞的胞膜(SP染色,×400)。

作者单位:0500512 石家庄,河北省人民医院医学影像科

作者简介:郭小皖(1987-),女,四川德阳人,硕士研究生,住院医师,主要从事体部MRI、CT诊断工作。

等常见病。本例患者入院时血清 CA125 升高,抗炎治疗后 4 天复查,血 CA125 值下降(约 39.78 U/mL),考虑到 CA125 值升高对 NHL 的诊断没有特异性,最终诊断主要依赖病理与免疫组化。

NHL 的影像学表现多样,无特异性,主要可分为以下四型^[2,3]:①肿块、结节型:单发或多发,肿块呈类圆形,边界多较清晰,部分可形成空洞^[4-6]。此型易与肺癌相混淆。梁勇等^[7]报道的 1 例原发性大 B 细胞型 NHL 被误诊为肺癌,最终通过肺穿刺病理活检确诊;②炎症、肺泡型:肿瘤首先侵犯肺间质,继而侵犯肺实质,表现为沿肺血管、支气管分布的斑片状密度增高影,边界模糊,该型与肺感染性病变鉴别困难,抗炎治疗后病变的转归有助于二者的鉴别。③支气管淋巴瘤型:淋巴瘤侵犯支气管内膜,表现为支气管管腔狭窄、闭塞,肺段、肺叶的阻塞性炎症或不张,该型少见,本例属于此型。④粟粒性血液播散型:Srinivasan 等^[8]报道的 1 例弥漫性大 B 细胞 NHL 表现为双肺散在、多发粟粒结节,抗结核治疗效果不佳,活检证实并规范化化疗后效果良好,复查胸片未见异常病灶。

本例 NHL 需与以下病变进行鉴别:①原位腺癌:弥漫型腺癌组织常累及肺的数叶或两肺,表现为肺段或肺叶的实变,边缘模糊,常伴含气支气管征象,二者鉴别需进行穿刺活检。②转移瘤:原发灶的发现对疾病诊断有帮助。③机化性肺炎:肺实质及肺间质的纤维化和炎性细胞浸润,沿支气管血管束浸润及沿胸膜

呈带状阴影对机化性肺炎的定性诊断有帮助。

综上所述,原发性 NHL 是一种少见疾病,有多种组织学亚型,影像学表现多样,特异性差,影像诊断必须密切结合临床,当肺内出现对称性实变、多发结节、支气管血管型或淋巴管型病变时,应考虑该病的可能,尤其是合并肺外表现时。

参考文献:

- [1] 武忠弼. 里德病理[M]. 上海:科技出版社,2007:513-522.
- [2] 黄卫明,韦勇军,黄勇穗,等. 7 例肺内淋巴瘤的诊断[J]. 现代诊断与治疗,2004,15(3):185-186.
- [3] Kinsely BL, Mastey LA, Mergo PJ, et al. Pulmonary mucosa-associated lymphoid tissue lymphoma: CT and pathologic findings[J]. AJR, 1999, 172(5):1321-1326.
- [4] Baccari-Ezzine S, Bouzaidi K, Chelbi E, et al. Unusual radiologic and histologic anifestations of primary pulmonary lymphoma[J]. Asian Cardiovasc Thorac Ann, 2014, 22(3):362-364.
- [5] Jackson SA, Tung KT, Mead GM. Multiple cavitating pulmonary lesions in non-Hodgkin's lymphoma[J]. Clin Radiol, 1994, 49(12):883-885.
- [6] 邱乾德,吴海,林达,等. 原发性肺非霍奇金淋巴瘤的 CT 诊断[J]. 放射学实践,2011,26(8):836-840.
- [7] 梁勇,付蓉,高珊,等. 原发性肺非霍奇金淋巴瘤 1 例并文献复习[J]. 中国肺癌杂志,2011,14(6):557-560.
- [8] Srinivasan A, Ravikumar T, Andal A, et al. Primary pulmonary diffuse large B-cell non-hodgkin's lymphoma in a child[J]. Indian J Chest Dis Allied Sci, 2013, 55(4):225-227.

(收稿日期:2016-04-04 修回日期:2016-06-24)