

· 病例报道 ·

脾脏 T 淋巴母细胞性淋巴瘤二例

俞佩佩, 陈峰, 赵艺蕾

【关键词】脾肿瘤; 淋巴瘤, T 细胞; 体层摄影术, X 线计算机

【中图分类号】R733.4; R733.2; R814.42 【文献标识码】D 【文章编号】1000-0313(2019)06-0705-02

DOI:10.13609/j.cnki.1000-0313.2019.06.023

开放科学(资源服务)标识码(OSID):

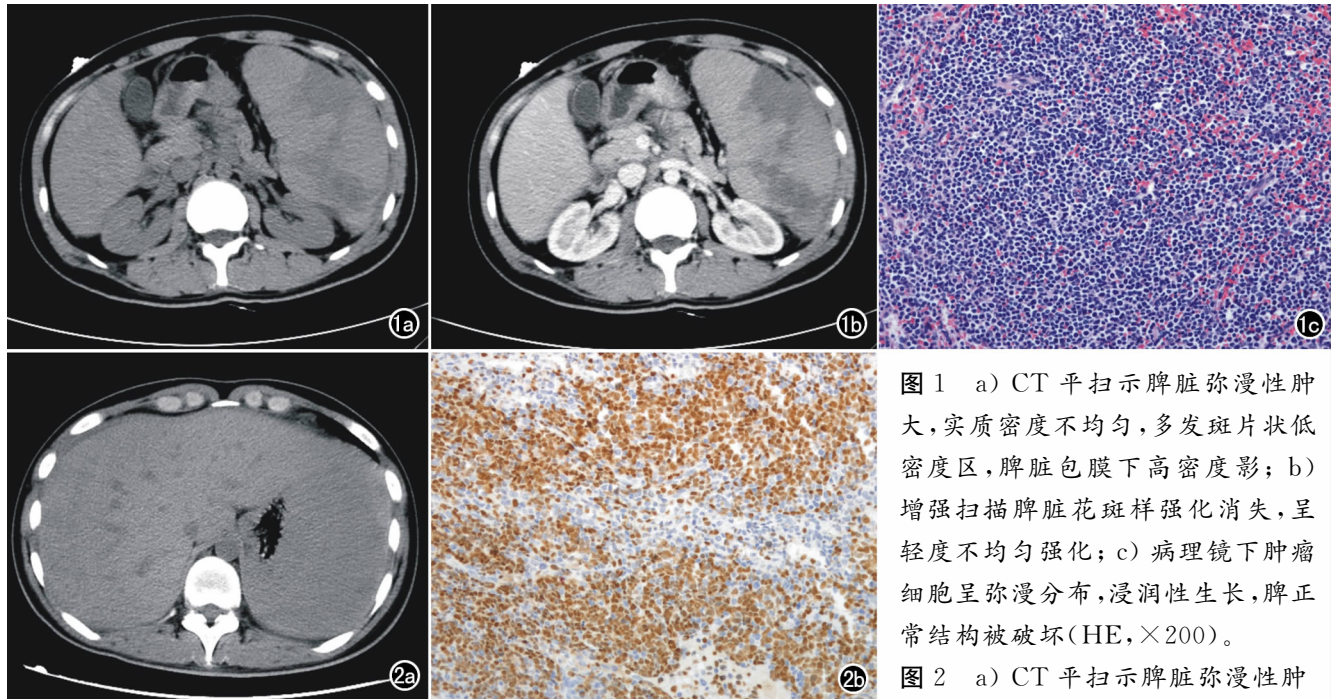


图 1 a) CT 平扫示脾脏弥漫性肿大, 实质密度不均匀, 多发斑片状低密度区, 脾脏包膜下高密度影; b) 增强扫描脾脏花斑样强化消失, 呈轻度不均匀强化; c) 病理镜下肿瘤细胞呈弥漫分布, 浸润性生长, 脾正常结构被破坏(HE, $\times 200$)。

图 2 a) CT 平扫示脾脏弥漫性肿

大, 密度稍低于正常脾组织, 脾脏包膜下少许高密度影, 同时显示肝肿大; b) 免疫组化肿瘤细胞核表达 TdT (HE, $\times 200$)。

病例资料 患者 1, 男, 20 岁, 因淋巴瘤末次化疗术后 50 余 d, 腹痛 3 d 入院。查体: 左上腹压痛明显, 无明显反跳痛。肝脏肋下未及, 脾脏触诊不满意。血常规示: WBC $155.9 \times 10^9/L$, PLT $19 \times 10^9/L$, HB 85 g/L。CT 诊断脾肿大伴脾破裂(图 1)。术中探查: 脾脏明显增大, 约 $25 \text{ cm} \times 15 \text{ cm}$, 脾脏有多个 2 cm 左右裂口, 肝脏质地可。病理: 弥漫性单形性小圆细胞浸润伴广泛坏死, 诊断为脾 T 淋巴母细胞性淋巴瘤。免疫组化: BcL-2(+), CD3(+), CD5(+), CD79a(+), CD43(+), Ki-67(+95%)。

患者 2, 男, 18 岁, 因反复发热伴双下肢红肿疼痛

30 余 d, 腹痛 1 d 入院。查体: 上腹部轻压痛, 无明显反跳痛, 全身浅表多发淋巴结肿大。血常规示: WBC $4.5 \times 10^9/L$, PLT $75 \times 10^9/L$, HB 115 g/dL。急诊腹部 CT 检查仅做了平扫, 诊断为脾肿大伴脾破裂(图 2)。术中探查: 脾肿大, 其上极膈面见一破口, 大小约 2.5 cm。病理: 肿瘤细胞呈弥漫浸润性生长, 诊断为脾 T 淋巴母细胞性淋巴瘤。免疫组化: BcL-2(+), CD3(+), CD5(+), CD43(+), Ki-67(+50%), CD21(FDC+), TdT(部分+), CD34(+)

讨论 脾脏 T 淋巴母细胞性淋巴瘤(T lymphoblastic lymphoma, T-LBL)在临床上罕见, 在全身恶性淋巴瘤的比例中仅占不到 1%^[1]。T-LBL 以儿童和青少年最为多见, 成人少见, 男性多于女性, 最常见的原发部位为纵隔及淋巴结^[2], 原发于脾脏少见, 脾脏受累常是恶性淋巴瘤的全身征象之一, 故常伴纵隔肿块、浅表无痛性肿块。其大体病理分型^[3]分 4 型: 均匀弥漫

作者单位: 317100 浙江, 三门县人民医院放射科(俞佩佩); 310003 杭州, 浙江大学医学院附属第一医院放射科(陈峰、赵艺蕾)

作者简介: 俞佩佩(1986—), 女, 浙江三门人, 硕士研究生, 主治医师, 主要从事医学影像诊断。

通讯作者: 陈峰, E-mail: chenfenghz@zju.edu.cn

型、粟粒结节型、多发肿块型、巨块型。

T-LBL 的 CT 表现多样,无特异性,脾内征象主要可分为以下两型^[4]:①弥漫型与粟粒型病灶表现为脾脏体积均匀弥漫性肿大,平扫密度正常或稍低于正常脾组织,伴或不伴粟粒状低密度灶,增强扫描呈轻度均匀强化或不均匀强化。②巨块型与多发肿块型病灶表现为脾肿大,脾内可见大小不一的单发或多发类圆形低密度灶,境界不清;增强扫描,小病灶呈小结节状强化,病灶边缘更加清楚,大病灶呈轻度强化或边缘环形强化。本组 2 例病理类型属于均匀弥漫型,表现为弥漫性脾肿大,与淋巴瘤影像表现基本相符。但本组 2 例未见明显的弥漫性低密度灶,与既往文献报道有所差异。2 例均无脾外伤病史,但伴有自发性脾破裂,表现为脾实质密度不均匀及包膜下高密度影,术前均诊断为脾肿大伴脾破裂。本病免疫组化大部分表达 T 细胞特异性标志物 CD3、CD43 以及淋巴母细胞特异性标志物 TdT^[5]。本组 2 例均表达 CD3、CD43,但仅有 1 例表达 TdT。

脾外征象常伴淋巴结肿大,如脾门、肠系膜根部、腹膜后、盆腔淋巴结肿大,肿大的淋巴结融合成团并包裹、推挤邻近血管,而无明显侵犯征象,表现为“血管漂浮”征^[6]。部分病例累及肝脏,CT 表现为肝肿大,肝内多发片状或类圆形低密度灶,其平扫密度及强化方式与脾内病灶类似。

本病需与以下病变相鉴别:①血管肉瘤:CT 上表现为脾内境界不清的混合密度肿块,肿块内常有出血或坏死,增强后实质区呈明显强化,短期内可出现迅速

增大^[7]。②脾转移瘤:常有原发肿瘤病史,如肺癌、乳腺癌、胃癌等^[8,9],多伴淋巴结和其他脏器的转移。本病 CT 表现特点有助于淋巴瘤的初步诊断,但最终确诊仍需病理检查。

参考文献:

- [1] Brox A, Bishinsky JJ, Berry G. Primary non-Hodgkin lymphoma of the spleen[J]. Am J Hematol, 1991, 38(2): 95-100.
- [2] 熊淑红, 肖琼, 冯贵锋, 等. 原发性胸腺淋巴瘤的 CT 诊断[J]. 放射学实践, 2014, 29(6): 654-658.
- [3] Dachman AH, Buck JL, Krishnan J, et al. Primary non-Hodgkin's splenic lymphoma[J]. Clin Radiol, 1998, 53(2): 137-142.
- [4] Li M, Zhang L, Wu N, et al. Imaging Findings of Primary Splenic Lymphoma: a review of 17 cases in which diagnosis was made at splenectomy[J]. Plos One, 2013, 8(11): e80264.
- [5] Lewis RE, Cruse JM, Sanders CM, et al. The immunophenotype of pre-TALL/LBL revisited[J]. Exp Mol Pathol, 2006, 81(2): 162-165.
- [6] 谢佩怡, 孟晓春, 覃杰, 等. 脾脏淋巴瘤的 CT/MRI 诊断[J]. 当代医学, 2013, 19(2): 25-27.
- [7] Coppola S, Leva A, Pagni F, et al. Demanding diagnosis of splenic angiosarcoma as cause of delayed treatment of spontaneous splenic rupture: a case report and literature review[J]. Case Rep Surg, 2017; 6256102.
- [8] Watanabe H, Osawa H, Yasumasa K, et al. Two resected cases of non-isolated splenic metastasis of colon cancer[J]. Gan To Kagaku Ryoho, 2017, 44(12): 1132-1134.
- [9] 王旭荣, 黄田业, 陈少杰. 脾脏转移瘤的螺旋 CT 诊断[J]. 放射学实践, 2006, 21(2): 160-162.

(收稿日期: 2018-07-21 修回日期: 2018-09-10)