

原发鼻腔非霍奇金淋巴瘤的 CT 诊断

李晓阳, 马巨文, 胡文俭

(唐山市人民医院 CT/MR 室, 唐山 063001)

摘要: 目的 探讨 CT 对原发鼻腔非霍奇金淋巴瘤 (N - NHL) 的诊断价值。材料和方法 N - NHL 病例 7 例, 男性 5 例, 女性 2 例, CT 轴位与冠状位扫描。结果 原发鼻腔非霍奇金淋巴瘤 CT 表现为鼻腔肿物, 鼻甲骨质破坏, 上颌窦内侧壁破坏等表现。结论 鼻腔肿物伴鼻甲及相邻结构骨质破坏, 应提示原发鼻腔非霍奇金淋巴瘤。

关键词: X-线计算机; 体层摄影术; 原发鼻腔非霍奇金淋巴瘤; 鼻腔

中图分类号: R739.62 R 814.42 文献标识码: B

CT Diagnose Nasal Non - Hodgkin Lymphoma

LI Xiao-yang, MA Ju-wen, HU Wen-jian

(Department of CT, Tangshan people hospital ,Tangshan ,063001,China)

Abstract : **Objective :** To discuss CT value on the N - NHL.**Methods:** 7 cases of the N - NHL,male 5 cases,female 2 cases.all have done scanning of CT axis and coronal.**Result:** N - NHL display of CT: Tumour on the nasal cavity,bone destroy on the nosepiece,and the same display on the border upon frame.**Conclusion:** Tumour on the nasal cavity, bone destroy on the nosepiece and he border upon frame, N - NHL should be hinted.

Key words: x-ray computer, tomography, Nasal Non - Hodgkin Lymphoma; nasal cavity

鼻腔非霍奇金淋巴瘤(Nasal Non - Hodgkin Lymphoma, N - NHL)属结外型淋巴瘤, 多见于东、南亚和中、南美地区⁽¹⁾, 西班牙语系人种也多见⁽²⁾。我国鼻腔非霍奇金淋巴瘤 (N - NHL) 发病率较高, 约占淋巴瘤的 2%~8.3%⁽³⁾, 在结外淋巴瘤中位于第三位, 仅次于韦氏环和胃肠道 NHL。N - NHL 较其它结外器官的 NHL 发病晚, 预后差, 5 年生存率约 20%~56%⁽⁴⁾。目前国内对外对 N - NHL 的诊断和治疗上的某些方面尚存在着争议。笔者仅就唐山人民医院 2003 年 5 月~2005 年 5 月经病理诊断证实的 N - NHL 病例报告如下。

1 材料与方法

1.1 临床资料

复习唐山人民医院 2003 年 5 月~2005 年 5 月经病理诊断证实的 N - NHL 病例 7 例, 男性 5 例, 女性 2 例, 年龄 52~75 岁。临床表现不典型, 常常误诊为过敏性鼻炎、鼻息肉、慢性鼻窦炎等。主要表现为进行性鼻塞, 部分患者有鼻涕带血, 鼻及鼻背隆起, 头痛, 面麻, 鼻腔臭味, 发热, 盗汗, 体重减轻等, 早期病变多局限于一侧鼻腔, 常原发于下鼻甲, 病变进展侵犯中上鼻甲、鼻中隔、对侧鼻腔、上颌窦、筛窦、眼眶、鼻咽腔和硬腭等邻近组织和器官, 并引

*收稿日期: 2005-09-12.

起相应的症状。

1.2 检查方法

采用 GE Prospeed – II 型螺旋 CT 扫描机，层厚 3-5mm，螺距 1.5，均做鼻腔、鼻窦的轴位及冠状位扫描，骨算法，必要时软组织算法重建。2 例行鼻腔增强扫描，采用欧乃派克 100ml 高压注射器静脉团注。

2 结果

2.1 治疗前影像表现

7 例病例 CT 平扫均表现为中、下鼻甲外形增大，以下鼻甲增大为著，增大的鼻甲边缘清晰、欠光滑，鼻甲的软组织部密度均一，相应区域中下鼻腔狭小，鼻甲骨质稀疏、边缘毛糙并骨质缺损、破坏，呈虫蚀状改变,见图 1；

6 例同侧上颌窦内侧壁骨质破坏、缺损。见图 2，图 3、图 4；上颌窦窦腔充满软组织密度影，上颌窦自然开口为病变所封闭，钩突骨质吸收、移位见图 5；2 例累及病变同侧筛窦，可见筛窦骨质缺损，筛窦呈斑片状高密度影。见图 6。

自筛骨纸板累及眶内、内直肌 1 例，表现为内直肌增粗，肌锥外间隙消失，眶尖脂肪层尚未见异常。

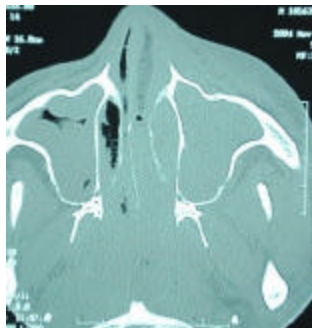


图 1 N-NHL, 双侧鼻甲虫蚀状破坏

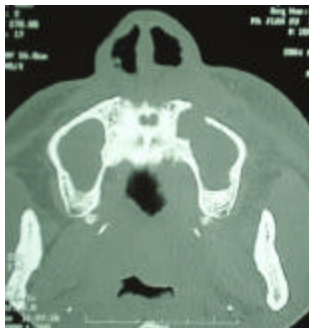


图 2 N-NHL, 上颌牙槽骨、
上颌窦前壁骨质破坏。



图 3 N-NHL, 鼻腔肿物（前层），
双侧中下甲骨质破坏



图 4 N-NHL, 鼻腔肿物，
双侧中下甲骨质破坏。



图 5 N-NHL, 鼻腔肿物，
双侧中下甲骨质破坏。



图 6 N-NHL, 左侧上颌窦
内侧壁骨质破坏

2.2 治疗后表现

原则上鼻腔非霍奇金淋巴瘤(N-NHL)分期为 I E 期的病例只需放疗。本组 7 例病例临床诊断均达 II E 期, 故均进行放、化疗。

治疗后鼻甲外形显著缩小, 部分呈萎缩状改变, 鼻甲骨质缺损程度和范围较治疗前更为明显, 残存鼻甲骨质呈串珠状骨质缺损, 更类似虫蚀状改变。

2 例病人硬腭放射性骨炎, 硬腭局部坏死, 与鼻腔形成窦道相互沟通, 局部形成炎症病变, 鼻腔恶臭。

3 讨论

3.1 鼻腔非霍奇金淋巴瘤是恶性淋巴瘤的本质

它起源于人类免疫系统及其前体细胞的肿瘤, 本质上是在体内外多种有害因素作用下, 不同阶段免疫活性细胞被转化, 或机体调控正常机制被扰乱而发生的异常分化和异常增生性疾病。就直接的癌症病因来看, 90%来自环境, 10%与机制和遗传因素有关^[5]。

3.2 关于非霍奇金淋巴瘤(N-NHL)病因

目前研究最多的是 Epstein-Barr 病毒(EB 病毒)。非霍奇金淋巴瘤(N-NHL)的病理比较复杂, 以前认为其均为 T 淋巴细胞来源, 偶见于 B 淋巴细胞来源。NK 细胞特异性抗体 CD56 的诞生, 使人们的认识达成一致。目前认为鼻腔非霍奇金淋巴瘤(N-NHL)属 T/NK 细胞淋巴瘤。组织病理学鼻腔非霍奇金淋巴瘤(N-NHL)病例均为弥漫型, 以多形性为主, 均有不同程度的凝固性坏死及混合性炎症细胞浸润。并认为鼻腔坏死性肉芽肿是 N-NHL 的一种不同的表现形式, 其远处转移以腹腔侵犯多见, 皮下、骨、胰腺、肺、胃、乳腺等也常见, 属中高度恶性肿瘤。

3.3 鼻腔非霍奇金淋巴瘤(N-NHL)高发年龄

高发年龄是 40~50 岁, 男性多于女性, 其病程较长, 中位病程为 5 个月。鼻腔坏死性肉芽肿临床表现以坏死、侵蚀为主, 鼻腔恶性淋巴瘤临床表现以新生物为主, 目前大多认为二者是 N-NHL 的两种不同的临床表现, 鼻腔非霍奇金淋巴瘤(N-NHL)的临床表现不典型, 常误诊为过敏性鼻炎、鼻息肉或慢性副鼻窦阻塞性炎症。

3.4 CT 检查其表现没有特异性

表现为鼻腔肿物和鼻甲的骨质破坏, 存在鼻甲及相邻上颌窦及其它相邻器官的骨质破坏即应高度警惕是否为 N-NHL, 尤其是高龄患者。CT 检查可明确肿瘤侵犯范围, 但 CT 不能做出明确诊断, 确诊需依靠活检病理学证实。

3.5 鼻腔非霍奇金淋巴瘤(N-NHL)必须做病理学检查

鉴于鼻腔非霍奇金淋巴瘤(N-NHL)与鼻腔其他良性或恶性肿瘤难以鉴别, Chen SH^[6]等人认为所有鼻腔与副鼻窦切除的肿物必须做病理学检查, 否则易导致漏诊和误诊。

3.6 鼻腔非霍奇金淋巴瘤(N-NHL)的治疗

在治疗上, 放射治疗被公认为鼻腔非霍奇金淋巴瘤(N-NHL)的首选治疗方案。在临床, 原发灶的照射剂量以及照射野的设定上存在分歧, 照射剂量一般主张 50~60Gy, 较 NHL 的常规计量偏高。

3.7 鼻腔非霍奇金淋巴瘤 (N – NHL) 的远处转移率偏高

鼻腔非霍奇金淋巴瘤 (N – NHL) 如一旦发生转移预后较差, 是治疗失败的主要原因之一, 多数专家或学者认为对于局部侵犯范围较广或病期较晚的病例应联合使用化疗。

3.8 鼻腔非霍奇金淋巴瘤 (N – NHL) 的恶性程度较高

鼻腔非霍奇金淋巴瘤 (N – NHL) 易形成局部相邻组织和器官的侵犯, 局部复发和远处转移率也较高, 如侵犯筛窦、上颌窦、眼眶、脑组织等组织器官, 本组全部侵犯上颌窦内侧壁, 占 100%。放射治疗由于病人的敏感程度不同, 部分病人易形成放射性颌骨炎, 放射性颌骨坏死。

本组 2 例病人硬腭放射性骨炎, 硬腭局部坏死, 与鼻腔形成窦道相互沟通, 局部形成炎症病变, 鼻腔组织坏死, 在临床产生难闻的臭味。硬腭坏死未累及大的血管, 未发生大出血的危险, 但是预防放射性骨炎仍是一个临床治疗中应该关注的问题。

多数文献认为非霍奇金淋巴瘤 (N – NHL) 是一组特殊类型的淋巴瘤, 预后较差, 复发率高, 转移率高, 生存率较原发于其它部位的 NHL 低, 5 年生存率多在 50% 左右。

因此, 早期发现、早期治疗是治疗非霍奇金淋巴瘤 (N – NHL) 的关键。CT 医师应提高对非霍奇金淋巴瘤 (N – NHL) 影像表现的认识, 使非霍奇金淋巴瘤 (N – NHL) 病例得到及时的诊断和治疗。

参考文献:

- [1] Cho EY, Gong G. Fine needle aspiration cytology of CD56 – Positive natural killer/T – cell lymphoma of soft tissue[J]. Cancer, 2002, 96(6):344.
- [2] Hon C, Kwok AK. Vision – threatening complications of nasal T/NK lymphoma[J]. Am J Ophthalmol[J]. 2002, sep, 134(3):406.
- [3] 黄一荣, 严庆汉, 管忠震, 等. 恶性淋巴瘤现代诊断与治疗[M]. 河南: 河南医科大学出版社, 1997, 89-90.
- [4] 张运涛. 鼻腔原发非霍奇金淋巴瘤的临床特征及预后分析[J]. 癌症, 2000, 19 (8): 825.
- [5] 仲伟霞, 于金明, 杨锡贵, 等. 新编恶性淋巴瘤诊断与治疗[M]. 济南: 济南出版社 1999, 12.189-192
- [6] Chen SH, WU CS. Primary sinonasal non – Hodgkin's lymphoma masquerading as chronic rhinosinusitis: an issue of routine histopathological examination[J]. Laryngol Otol. 2003 May ;117 (5):404

作者简介: 李晓阳 (1966-), 男, 现任唐山市人民医院, 肿瘤医院, CT/MR 室副主任, 毕业于河北医科大学临床医学系, 从事影像研究 19 年, 并不断深入实际研究, 及时总结工作成果, 已在有关期刊上发表文章十余篇。