

• 病例报告 •

险被误诊为淋巴瘤的淋巴结结核一例

张辉 闫冰迪 林苏杰 张晴 韩晓晓 杨俊玲

淋巴结结核在临床上较常见,但常缺乏特异的临床表现。当淋巴结结核侵及多部位淋巴结时,易与淋巴瘤所致淋巴结肿大相混淆,两者在临床表现及影像学特点方面有很多相似之处。吉林大学第二医院呼吸与危重症医学科 2016 年 9 月收治 1 例全身淋巴结肿大的淋巴结结核患者,险被误诊为淋巴瘤;笔者复习相关文献,对两种疾病的临床特点及影像学表现进行分析。

临床资料

患者,女,71 岁。因发热 10 d,于 2016 年 9 月 14 日就诊于吉林大学第二医院呼吸与危重症医学科。患者入院 10 d 前无明显诱因出现发热,偶有咳嗽,无痰,体温最高达 38.7℃,伴寒颤,大汗,就诊于当地医院,尿培养显示为大肠埃希菌感染,给予美罗培南抗感染治疗后未见明显好转,体质量下降约 3 kg。既往身体健康,无基础疾病,否认结核病史和结核病患者接触史。入院当天于我科检查:体温 38.7℃,神志清醒,精神状态差。左侧锁骨上窝可触及 1 个融合肿大的淋巴结,约 1.0 cm×0.5 cm;其余浅表淋巴结未触及肿大。胸廓对称,听诊呼吸音弱,未闻及干、湿性啰音及胸膜摩擦音。血常规检查:白细胞总数 $6.7 \times 10^9/L$,中性粒细胞 0.85,淋巴细胞 0.08,胸部 CT 扫描未见明确感染灶(图 1),肺门、纵隔淋巴结无肿大(图 2)。给予患者莫西沙星抗感染、退热等对症治疗后,症状未见好转,且日渐消瘦。痰涂片多次查找抗酸杆菌及痰培养均为阴性,G 试验未见异常,多次血培养无细菌生长。骨髓培养无细菌生长,骨髓穿刺结果显示感染骨髓象。甲状腺功能 8 项测定及风湿系列检查未见明显异常,暂排除风湿、内分泌等疾病所致发热。肿瘤标志物套餐(女)显示铁蛋白为 880.93 $\mu g/L$ (正常值:4.63~204 $\mu g/L$),糖类抗原 125 为 292.70 U/ml(正常值:0~35 U/ml)。遂全身搜索肿瘤证据。甲状腺彩色超声未见明显异常,左侧锁骨上窝多发淋巴结肿大,右侧锁骨上窝淋巴结稍大。腹部彩色超声显示胰腺附近后腹膜处探及面积约 5.9 cm×4.2 cm 的不规则低回声区,界限尚清晰,周边及内部探及血流信号;腹部彩色超声提示:(1)胆囊炎;(2)胰腺附近后腹膜处异常回声。但患者否认既往存在基础疾病,平素无胆囊炎症状。妇

科超声未见明显异常。全腹 CT 平扫+CT 增强扫描显示:腹膜后可见多枚团块状混杂密度影,最大者位于食管胃底部,边界不清晰,面积约 4.5 cm×3.9 cm,增强扫描呈不均匀强化。影像学诊断:腹膜后改变,考虑淋巴瘤的可能性大。对患者采用广谱抗生素进行抗感染(莫西沙星、美罗培南、氨曲南)治疗,体温未见下降,且进行性消瘦,多项检查提示后腹膜淋巴瘤。因患者颈部淋巴结小且位置深,穿刺风险较高,无法获得病理标本,遂行正电子发射计算机断层摄影(PET)-CT 检查(图 3,4)。结果提示:左侧锁骨上、胃小弯、胰腺后方、腹主动脉旁、肠系膜、双侧膈血管旁可见多个高代谢淋巴结,考虑淋巴瘤的可能性大。各项检查均指示恶性淋巴瘤,为明确诊断,遂行腹主动脉旁淋巴结穿刺,病理回报:慢性肉芽肿性炎,伴有坏死,抗酸染色阳性(图 5,6)。结核感染 T 细胞斑点试验(T-SPOT. TB)检测报告显示阳性,诊断为淋巴结结核,于 2016 年 10 月 10 日转入长春市传染病医院进行抗结核药物治疗(吡嗪酰胺 1.5 g/d,利福平 0.45 g/d,异烟肼 0.3 g/d;均为 1 次/d,顿服,疗程为至少 12 个月),于抗结核药物治疗 3 d 后体温恢复正常,于 2017 年 2 月 10 日复查腹部 B 超,肿大的淋巴结缩小,症状好转,治疗有效。患者目前仍处于随访中。

讨 论

淋巴结结核以颈部淋巴结结核、腋下淋巴结结核较多见,腹膜后淋巴结结核、肠系膜淋巴结结核少见。肺外结核症状多不典型,且老年人结核病的发病率增高,发病隐匿,临床不易被发现,为诊断增加了难度。张林刚等^[1]曾报道 19 例胸腹腔淋巴结结核误诊患者。其中,误诊为淋巴瘤 8 例,误诊为中央型肺癌伴纵隔淋巴结转移 3 例,误诊为良性纵隔肿瘤 3 例,误诊为急性阑尾炎 3 例,误诊为肠系膜肿瘤 2 例。本例患者险被误诊的原因考虑如下。

1. 临床表现:(1)淋巴结肿大。淋巴结结核患者常出现无痛性淋巴结肿大,可坏死、破溃,形成瘰管。以颈部淋巴结结核、腋下淋巴结结核多见,腹膜后淋巴结结核、肠系膜淋巴结结核少见。淋巴结结核多由结核分枝杆菌通过上呼吸道或随食物在口腔及鼻咽部、尤其是在扁桃腺引起的原发灶上,感染后沿淋巴循环到达浅、深层的淋巴结^[2]。另一种是原发结核感染后,血液中结核分枝杆菌随血行进入内侧颈部淋巴结,引起颈部淋巴结结核;还可以从腰腹部淋巴感染,然后累及深部淋巴结群形成继发感染,在颈部淋巴结结核发病中较为常见。淋巴瘤以无痛性进行性淋巴结肿大为特征,多为全身淋巴结肿大,好发于颈部、纵隔及腹膜后淋巴结。肿

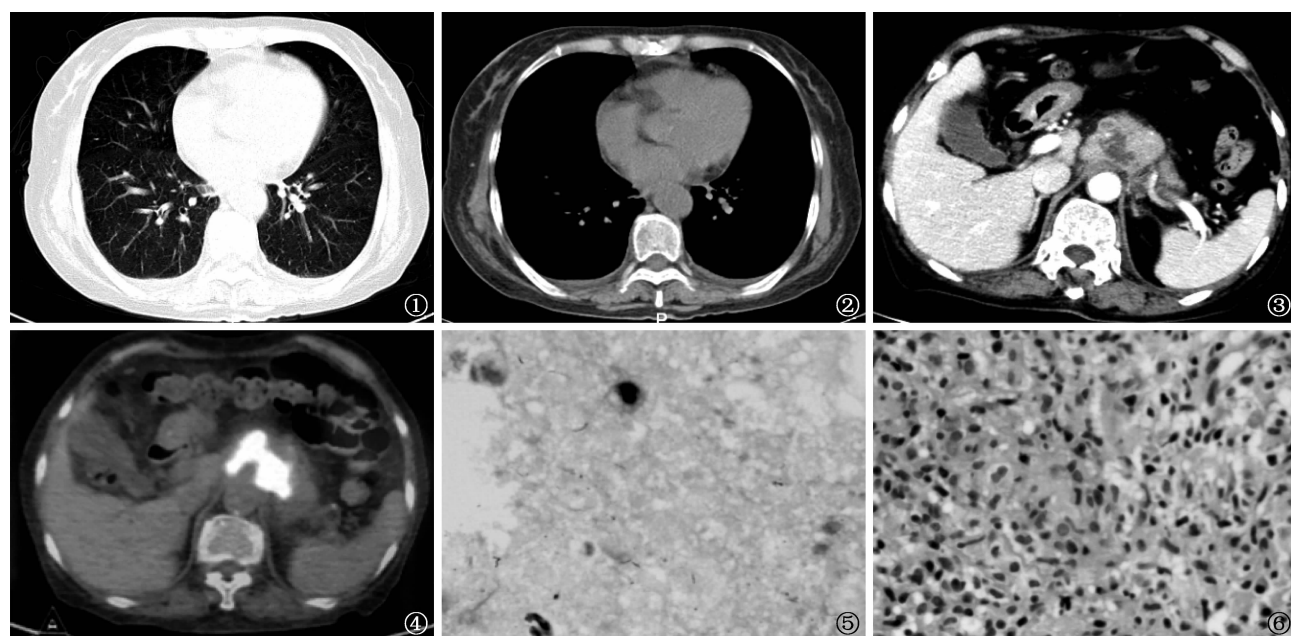


图 1,2 2016 年 9 月 14 日,患者胸部 CT 扫描,显示两肺纹理增多,无明显感染灶,未见肺门及纵隔淋巴结肿大 图 3 2016 年 9 月 22 日,患者增强 CT 扫描显示腹膜后多枚团块状混杂密度影,最大者位于食管-胃底处,边界不清晰,面积约 4.5 cm×3.9 cm,增强扫描呈不均匀强化 图 4 2016 年 9 月 26 日,患者 PET-CT 显示胃小弯、胰腺后方、腹主动脉旁、肠系膜有多个高代谢淋巴结 图 5,6 2016 年 10 月 8 日,患者腹主动脉旁淋巴结穿刺活检标本行免疫组织化学病理检查。图 5 显示苏-尼抗酸染色阳性(HE ×1000),图 6 显示过碘酸-雪夫(PAS)染色阴性(HE ×200)

大的淋巴结可以活动,也可互相粘连,融合成块,触诊有软骨样感觉。本例患者全身多处淋巴结肿大,从此点较难明确诊断。(2)全身症状。发热为结核病患者最常见的全身症状,临床多数起病缓慢,长期低热,可伴有疲倦、盗汗、食欲下降、体质量减轻等。淋巴瘤患者发热、盗汗、瘙痒及消瘦等全身症状较多见;淋巴瘤发热多为周期性,后为持续性,也有的患者体现为午后低热,并伴有体质量减轻、皮肤瘙痒等并发症表现。本例患者为老年女性,发热为主要症状,老年人由于年老体弱,机体免疫力下降,T 淋巴细胞活动度降低,机体易感染结核分枝杆菌或结核病灶易复燃,且临床表现不典型,往往给诊断和治疗带来困难^[3]。

2. 影像学表现:淋巴结结核、淋巴瘤累及淋巴结在 CT 平扫时均可见肿大淋巴结,氟化脱氧葡萄糖(¹⁸F-FDG)-PET-CT 显像均可见高代谢浓聚。仅凭影像学改变和临床表现有时鉴别困难,有报道活动性结核病患者¹⁸F-FDG-PET-CT 显像见双侧颈部、腋窝、肺门、腹主动脉旁、右侧髂总和髂外、左侧腹股沟淋巴结及脾脏均有¹⁸F-FDG 明显浓聚,表现与淋巴瘤非常相似^[4]。因此,两者常被误诊。但多层螺旋 CT 增强扫描对两者的鉴别有一些帮助,在 CT 增强扫描的表现特征上,结核性淋巴结肿大绝大多数呈典型的环状强化,而淋巴瘤多数为均匀的强化密度,结核更易形成具有“多房样”征象的肿块。在解剖方面,淋巴瘤较结核更易累及腹主动脉周围下部淋巴结^[5],增强扫描结节内出现中心低密度的环状强化是腹腔淋巴结结核较为特征性的表现^[6]。本例患者自入院以来行超声、CT、PET-CT 检查均提示淋巴

瘤,为明确诊断带来困难。辅助检查对疾病的诊断具有很高的价值,但若过分依赖可能带来错误的诊断。本例患者积极配合进行多项检查,均提示淋巴瘤可能性大,导致临床医生分析错误,险些误诊。

彩色多普勒超声检查经济、快速、无痛苦。一些文献指出,超声尤其是彩色多普勒超声在淋巴结病变的鉴别方面具有较高的价值^[7-9],正常颈部淋巴结边界清楚、规整,皮质呈低回声或弱回声,髓质回声稍强于皮质,有时可见淋巴门,位于淋巴结的凹陷外^[10]。结核性淋巴结超声特点为多发性圆形或椭圆形结节,结节内部回声欠均匀,以混合样低回声为主,其内可见暗区或弱回声斑块^[11]。淋巴结结核的病理基础可分为:炎症浸润型(I 型)、干酪坏死型(II 型)、液化脓肿型(III 型)、愈合期钙化型(IV 型)^[12]。不同病理阶段,其临床彩色多普勒超声特征也不尽相同。I 型淋巴结结核,超声图像上血流信号丰富,淋巴门完整。髓质因受到挤压而移位或消失。这一阶段的患者很少及时发现病情并就医,所以较为少见。随病情发展进入 II 型,结核病灶部位肤色暗红,淋巴结体积变大,淋巴组织结构受到破坏,出现干酪样坏死,超声显示淋巴结内部回声降低且强弱不均,髓质回声消失,淋巴结之间发生融合,血流信号紊乱或消失。此阶段患者应注意与淋巴结转移瘤及淋巴瘤进行区分。III 型淋巴结结核,对于结核病灶所在部位有明显疼痛感并发生溃烂的患者,可形成窦道,有干酪样物质流出。回声杂乱不均,可见液化、弱回声点,无血流信号。最终发展成为 IV 型,出现发热、盗汗、失眠、消瘦、精神倦怠等明显的临床症状。淋巴结萎缩变小,形成

液化、脓肿、溃疡,内部为低回声,有少量血流,最后钙化愈合^[12]。由此提示,不能盲目相信辅助检查,要综合考虑患者病史及辅助检查结果,仔细分析。

3. 病理检查:淋巴瘤的肿瘤细胞是一种独特的瘤巨细胞,多可见 Reed-Sternberg 细胞(简称“R-S 细胞”)。淋巴结核可见慢性肉芽肿,肉芽肿中心常为干酪样坏死,周围为放射状排列的上皮样细胞,并可见朗格汉斯细胞。韩骏锋等^[13]曾报道分析 10 例 PET-CT 误诊为肿瘤的腹腔结核患者,均经手术或腹腔镜取得病理组织,明确诊断为腹腔结核,可见病理诊断尤为重要。病理活检是确诊淋巴瘤的主要依据,当仅有纵隔、腹腔淋巴结肿大时,可采用 CT 或超声引导下进行穿刺活检,必要时可作胸腔、腹腔探查手术。对于难以通过症状、体征及影像学检查进行鉴别的学生,应尽早进行病理学诊断,以便尽早进行下一步诊治。此例患者最终行腹主动脉旁淋巴结穿刺,病理报告为慢性肉芽肿性炎,伴有坏死,抗酸染色阳性,进一步验证了病理检查是疾病诊断的金标准。

淋巴瘤和淋巴结核初期临床表现及影像学特征有许多重叠或相似之处,缺乏特异性临床表现,如均可出现无痛性淋巴结肿大,可伴有发热、盗汗、体质量减轻等,仅凭影像学改变和临床表现有时难以鉴别,多可见恶性淋巴瘤与结核相互误诊的病例报道。张炎林等^[14]研究的 89 例淋巴瘤患者中,其中误诊为结核病 27 例,误诊率为 30.3%;误诊时间最短 2 个月,最长 3 年。陈小冰和李德宪^[15]也曾报道 23 例恶性淋巴瘤误诊为结核病。本例患者的诊治过程提示,临床医生在疾病诊治过程中要全面考虑患者病史及进行必要的辅助检查,尤其是提高病理检查的确诊率,以减少误诊及漏诊,不能盲目进行诊断与治疗。

由于耐多药结核病和广泛耐药结核病患者的增多,HIV 和结核分枝杆菌双重感染患者的增加,以及人口快速流动等因素的存在,结核病疫情明显上升^[16-19]。肺外结核中,特殊淋巴结核多可见相关文献报道^[20-22]。尤其对于老年免疫力低下者出现不明原因发热,需广泛搜集相关临床资料进行全面分析,以便尽快明确诊断及治疗。

参 考 文 献

- [1] 张林刚,李勤华,杨蛟龙,等. 胸腹腔淋巴结核误诊 19 例. 武警医学,2008,19(6):529-530.
- [2] 肖淑芬,陶振峰,李晓明,等. 颈部淋巴结核的手术治疗. 临床耳鼻咽喉科杂志,2006,20(3):140-141.

- [3] 张万军. 46 例老年肺结核临床分析. 社区医学杂志,2010,8(1):80-81.
- [4] Yeh CL,Chen LK,Chen SW,et al. Abnormal FDG PET imaging in tuberculosis appearing like mesothelioma; anatomic delineation by CT can aid in differential diagnosis. Clin Nucl Med, 2009, 34(11):815-817.
- [5] 李媛,杨志刚,郭应坤,等. 腹腔、腹膜后淋巴结核与淋巴瘤的多层螺旋 CT 鉴别诊断. 中国医学影像技术,2005,21(8):1252-1255.
- [6] 赵静,李文波,刘晓峰. 肝十二指肠韧带淋巴结核误诊为胰头肿瘤一例. 中华胰腺病杂志,2013,13(4):276-277.
- [7] 聂红军,王志敢. 颈部淋巴结核的彩超诊断价值探讨. 中外医学研究,2013,11(20):62.
- [8] 李玉平,王红春,葛玲,等. 淋巴结核患者的超声诊断研究. 中华医院感染学杂志,2015,25(8):1825-1827.
- [9] 赵丹,杨高怡,何宁,等. 超声造影模式在诊断颈部淋巴结核中的应用价值. 中国超声医学杂志,2015,31(8):683-686.
- [10] 马桂玲. 彩色多普勒超声对颈部肿大淋巴结疾病的诊断和鉴别诊断. 当代医学,2011,17(32):78-79.
- [11] 孙宪. 彩色多普勒超声诊断颈部淋巴结肿大的价值. 实用医技杂志,2008,15(21):2774-2775.
- [12] 陈力. 彩色多普勒超声在浅表淋巴结核诊断中的应用价值. 河北医学,2015,21(1):125-128.
- [13] 韩骏锋,梅早仙,李丽. 10 例 PET-CT 误诊为肿瘤的腹腔结核临床分析//中华医学会. 中华医学会结核病学分会 2013 年学术大会论文汇编,武汉,2013. 北京:中华医学会,2013:119-120.
- [14] 张炎林,袁保东,杜鹃,等. 恶性淋巴瘤误诊结核病 27 例分析. 中国防痨杂志,2005,27(5):302-304.
- [15] 陈小冰,李德宪. 恶性淋巴瘤误诊结核病 23 例分析. 中国防痨杂志,2006,28(1):45-46.
- [16] 高振秋,王东方,任成山. 耐多药结核病临床研究的回顾与展望. 中华肺部疾病杂志(电子版),2010,3(5):353-363.
- [17] Nathanson E, Nunn P, Uplekar M, et al. 耐多药结核病——预防和控制的关键步骤. 王细文,译. 中华肺部疾病杂志(电子版),2010,3(6):443-450.
- [18] 葛均波,徐永健. 内科学. 8 版. 北京:人民卫生出版社,2013:61-74.
- [19] 全国第五次结核病流行病学抽样调查技术指导组,全国第五次结核病流行病学抽样调查办公室. 2010 年全国第五次结核病流行病学抽样调查报告. 中国防痨杂志,2012,34(8):485-508.
- [20] 王子函,韩威,刘军,等. 胰头囊性肿瘤表现的腹腔淋巴结核一例. 中华消化外科杂志,2014,13(7):573-574.
- [21] 杨建华,石彦,雷晓,等. 脾结核误诊为脾淋巴瘤一例. 中华消化外科杂志,2009,8(1):42.
- [22] 张行芬,黄建荣. 误诊为淋巴瘤的肝结核一例. 中华临床感染病杂志,2008,1(1):59.

(收稿日期:2017-03-06)

(本文编辑:郭萌)