

淋巴瘤与淋巴结结核相互误诊各 1 例

文祎¹ 徐丽艳²

(1. 湖北省荆门市疾控中心结防所 荆门 448000; 2. 北京胸科医院 北京 101149)

2008 年 5 至 8 月同期收治于北京胸科医院的淋巴瘤及淋巴结结核各 1 例, 2 者在临床表现和影像学表现有许多相似之处, 极易误诊, 现报告如下。

1 资料和方法

1.1 病例资料 病例 1: 患者, 女, 22 岁, 大学生, 因“发现胸壁包块 5 个月, 增大伴疼痛, 午后发热 2 个月余”入院。患者于 5 个月前无明显诱因出现胸壁包块, 表面红肿, 破溃及压痛, CT 显示“纵隔淋巴结肿大”, 考虑“结核”转诊至当地胸科医院, 仍发热体温超过 39℃, 经胸壁切开引流, 引流物查抗酸杆菌阴性, 病理示“脓肿性炎”, 予 HRZE 治疗 1 个月, 无缓解, 转诊至北京某医院, 进行淋巴结活检, 示“坏死性淋巴结炎, T 细胞增生明显”, 考虑“结核”予 HRZE 治疗 1 个半月, 症状不减, 仍发热, 予地塞米松 10 mg/d 口服, 体温降至 38℃, 激素减量后体温又回复到 39℃, 为进一步诊治入院。入院时查体: T39℃, P90 次/min, R22 次/min, BP120/80 mmHg, 双锁骨上及双腋窝可触及明显肿大淋巴结, 质硬, 剑突上方可见一窦道, 有分泌物流出。心肺阴性。实验室检查: WBC 28×10^9 g/L, NE90%, HGB84 g/L,

RBC 2.92×10^{12} /L。尿、便常规正常, 红细胞沉降率 111 mm/h, 结核抗体阴性, PPD 试验阴性, 肝肾功能正常。B 超示右锁骨上 1.9 cm×1.1 cm 大小淋巴结, 右腋下 2.0 cm×1.7 cm, 左腋下 1.3 cm×2.1 cm 大小淋巴结, 腹部 CT 示肝脏饱满脾脏肿大, 胸 CT 示: 纵隔 1、2R、4R、3A 及心包前缘多发肿大淋巴结, 前纵隔融合呈软组织密度影, 侵及胸骨及前胸壁, 胸骨呈溶骨性破坏, 增强扫描不均匀强化, 右锁骨上及左腋窝肿大淋巴结(图 1、2)。患者仍有乏力、盗汗、发热, 加强抗结核及抗感染治疗, 体温仍 38~39.4℃。外院会诊淋巴结穿刺病理片见少许异型细胞, 不除外霍奇金淋巴瘤。5 月 27 日行右腋下淋巴结活检, 病理示“霍奇金淋巴瘤(混合细胞型)”, 免疫组化示“CD30 阳性, LCA 阳性, CD3CD20 阴性”, 确诊为“淋巴瘤”, 给予 CHOP, 4 周期 ABVD 化疗, 疗效评价 PR(图 3)。

病例 2: 患者, 女, 25 岁, 无业, 因“发现胸骨上端肿物 10 月余, 左颈部肿物破溃 2 月余”入院, 患者 10 月前无意中发现胸骨上端隆起, 无疼痛, 因怀孕未作任何处理, 5 个月前出现左颈部红肿疼痛, 声音嘶哑, 于北京某医院 CT 检查示“前纵隔及上胸壁肿块, 考

考虑恶性肿瘤,双侧腋下淋巴结转移不排除”。行左锁骨上淋巴结活检,病理示“大量干酪样坏死,考虑结核”,予 HRE 治疗,胸骨上端肿物有缩小,2 月前左颈部肿物渐破溃,一月前来我院 CT 检查示“左颈部右腋前纵隔内胸廓入口至心脏上缘不规则软组织密度肿块,坏死,侵及胸骨胸壁,临近大血管,右下叶尖段一孤立结节,边缘清楚”(图 4、5),疑恶性肿瘤收入院。入院时查体:T 37.5℃,P 85 次/min,R 21 次/min,BP 110/75 mmHg,左锁骨上可触及 5 cm×5 cm 大小包块,表面破溃,右腋下可触及直径 3 cm 大小淋巴结,左腋下数个直径 1 cm 大小淋巴结,心肺阴性,余阴性。实验室检查:WBC 8.5×10^9 g/L,NE64%,HGB 90 g/L,RBC 3.8×10^{12} g/L,尿、便常规正常,血结核抗体阴性,PPD 试验阴性,肝肾功能正常,红细胞沉降率 34 mm/h,腹部 B 超正常,双锁骨上及双腋下 B 超见左锁骨上及双腋下多发肿大淋巴结。外院会诊病理片示“考虑坏死性淋巴结炎或其他特殊感染”,8 月 8 日行左颈部淋巴结活检,病理示“大量坏死组织及少许肉芽肿性炎,考虑结核”,查抗酸杆菌阴性。诊断为“左颈部、胸骨上端及纵隔淋巴结结核”继续抗结核治疗。嘱患者定期复查,目前未随访。

2 讨论

据文献报道恶性淋巴瘤初诊时易误诊为淋巴结结核,纵隔淋巴结结核易误诊为淋巴瘤^[1],此 2 病例有相似之处有不同之处。

2.1 临床表现 (1)发热。淋巴瘤发热多为周期性,后为持续性,也有的病人体现为午后低热,并伴有体重减轻、皮肤瘙痒等合并症表现,病例 1 符合淋巴瘤发热特点,病例 2 有午后发热,体温在 37.5℃ 左右,无持续高热,符合结核发热特点^[2]。(2)淋巴结肿大。淋巴瘤表现为全身性淋巴结肿大,首先发生在颈部或(和)锁骨上淋巴结,也可首先侵犯结外淋巴组织与器官。90% 的淋巴结-体表淋巴肿大为首发症状,其中 60%~70% 锁骨上淋巴结、颈部淋巴结易与淋巴结结核相混淆。纵隔也是淋巴瘤的好发部位,始于前中纵隔、气管旁及气管支气管淋巴结^[3-4]。而淋巴结结核以颈部为最常见,颈部淋巴结结核还可以合并纵隔肺门部、腋窝部、腹股沟部淋巴结,肿大肺门淋巴结常压迫气管引起局限性肺不张,颈两侧淋巴结易破溃形成窦道^[2]。此 2 病例均表现为颈两侧、腋下及上纵隔淋巴结肿大,而病例 2 广泛性的上纵隔淋巴结肿大易误诊为淋巴瘤,两病例浅表淋巴结肿大相似且均有破溃,从此点较难鉴别^[1]。(3)贫血。恶性淋巴瘤 10%~20% 早期就出现贫

血,晚期更常出现贫血,病例 1 查血象有贫血,病例 2 血象正常^[2]。(4)肝脾肿大。淋巴瘤 2/3 病理性脾大,而淋巴结结核伴脾结核少见^[2]。病例 1 腹部 CT 显示脾脏肿大占据 8 个肋单元,病例 2 腹部 B 超示脾正常。

2.2 影像学表现 淋巴瘤以肺门和纵隔肿大为表现的与结核病很相似,但淋巴瘤在前纵隔多见,多表现两侧淋巴结肿大,淋巴结结核常位于肺门,多在一侧^[2]。此 2 病例在 CT 表现上均示前上纵隔广泛淋巴结肿大融合,并侵犯胸壁胸骨,仅从影像上很难区分两病,而病例 2 除上述表现外右上叶尖段一孤立结节,这与典型结核表现不一致,相对少见,更倾向于肺内转移,这是影像学病理诊断的分歧所在。

2.3 病理 霍杰金淋巴瘤多找到里-斯细胞,淋巴结结核多为朗罕巨细胞^[1]。病例 1 早期病理提示“坏死性淋巴结炎”,病例 2 在 1 次病理结果后抗结核治疗病变有进展,而高度怀疑第 1 次病理的准确性,不得不再次病检。

上述 2 病例诊治过程提醒临床医生特别是结核科医生,对于 2 病要提高警惕注意鉴别。

1. 从临床症状体征、影像表现、病理、治疗经过综合分析。医生往往对淋巴瘤缺乏足够的认识,在一次病检未找到肿瘤细胞而没有继续作免疫组化来鉴别,根据经验试验性抗结核治疗而延误病情。

2. 不能只相信一次病理结果。病理诊断与取材、病史长短、病理医生的经验、诊断水平有很大关系。在诊断性抗结核治疗时,应密切观察,若病情进展,淋巴结从无到有,从小到大,必要时在不同部位多次淋巴结活检。浅表淋巴结活检是一种简单易行、安全可靠、创伤小的诊断方法,在基层医院很适用。

3. 对于基层结防所遇到类似病例,在诊断性抗结核治疗的同时,应尽快转诊至上级医疗机构获取病理诊断结果,避免给患者造成不必要的损失及医疗差错事故的发生。

3 参考文献

- [1] 陈小冰,李德宪. 恶性淋巴瘤误诊结核病 23 例分析[J]. 中国防痨杂志,2006,28(2):45-46.
- [2] 马珂,朱莉贞,潘毓莹. 结核病[M]. 北京:人民卫生出版社,2006:203-207.
- [3] 陈灏珠. 实用内科学[M]. 北京:人民卫生出版社,2000:1969-1970.
- [4] 周际昌. 实用肿瘤内科学[M]. 北京:人民卫生出版社,2006:482-484.

(收稿日期:2009-01-15)