

肠道 MALT 淋巴瘤 CT 特点临床分析研究

何学林

(玉林市第一人民医院 广西 玉林 537000)

【摘要】目的 分析肠道黏膜相关淋巴样组织结外边缘区 (mucosa-associated lymphoid tissue, MALT) 淋巴瘤的 CT 影像特征, 进一步认识本病。方法 收集经病理诊断为肠 MALT 淋巴瘤 7 例患者的临床影像资料并分析其 CT 影像特征。结果 7 例中单病灶 6 例, 多病灶 1 例; 位于十二指肠 2 例, 位于空肠下段 1 例, 位于回肠末段 2 例, 位于降结肠 1 例, 同时位于回肠末段、乙状结肠、直肠 1 例; CT 特点密度均匀, 形态有弥漫性浸润增厚 4 例, 不均匀增厚型 1 例, 混合型 (肿块并溃疡形成) 1 例, 肠系膜型 1 例; 边界清楚 6 例, 不清 1 例; 强化特点有均匀强化 6 例, 不均匀强化 1 例; 其中轻度强化 1 例, 中度强化 4 例, 重度强化 2 例; 有淋巴结肿大 4 例; 动脉瘤样扩张 2 例, 夹心面包征 2 例; 有肠腔狭窄 4 例合并肠梗阻 1 例。结论 肠 MALT 淋巴瘤主要为单发, 好发于小肠, 累及多部位少见, 密度多均匀, 边界多清楚, 大体类型以弥漫性浸润增厚为主, 中度均匀强化常见, 几乎无坏死, 常伴有肠系膜淋巴结肿大, 肠管较柔软、扩张可出现夹心面包征及动脉瘤样扩张, 偶见肠腔狭窄, 但肠梗阻者少见, 了解并掌握这些特点有助于提高诊断的准确性。

【关键词】肠 MALT 淋巴瘤; 体层摄影术; X 线计算机

黏膜相关淋巴样组织结外边缘区 (mucosa-associated lymphoid tissue, MALT) 淋巴瘤, 是一种 B 细胞惰性非霍奇金淋巴瘤。肠非霍奇金淋巴瘤占所有恶性结直肠肿瘤的不到 1%, 而肠 MALT 淋巴瘤约占非霍奇金淋巴瘤的 5%, 国内外文献报道的病例不足 200 例 [1]。目前针对位于肠 MALT 淋巴瘤 CT 表现鲜有报导。病理诊断是本病金标准, 内镜检查可了解肠管腔内病变并能同时取标本行病理活检, 但对肠管外情况了解有限, CT 扫描既可发现肠管病变部位、范围, 又可评估肠管外及淋巴结改变, 对该病分期、治疗有重要指导意义。本文结合相关文献回顾性分析 7 例病理诊断为肠 MALT 淋巴瘤患者临床及 CT 表现, 加深认识本病。

1 资料与方法

1.1 一般资料

收集本院 2015 年至 2021 年经手术后或内镜活检病理诊断为肠 MALT 淋巴瘤 7 例患者的临床影像等资料, 其中男 3 例, 女 4 例, 年龄 45 ~ 68 岁, 中位年龄 52 岁, 临床表现无特异性, 腹痛多见, 偶有血便, 常有轻 - 中度贫血。

1.2 肠道 CT 检查方法

患者检查前 1 周不做胃肠钡剂造影, 前 2 天低渣饮食, 前 1 晚服用泻药如福松等清洁肠道, 当日禁食, 前 1 小时内间隔 15 ~ 20min 分 3 次服完 1500 ~ 2000ml 温水 (患者耐受情况下)。设备使用西门子双源螺旋 CT 扫描仪并进行双期增强扫描, 扫描参数电压 100kV, 电流 230mA 及扫描螺距 1.0, 扫描准值为 0.6。对比剂使用非离子型对比剂优维显 (330mg I/ml), 用量根据 2ml/Kg 为标准, 以 2.5 ~ 3.0ml/s 流速用高压注射器推注入肘静脉, 打药后经过 20 到 30s 以及 55 到 60s, 分别要对动脉期、静脉期进行仔细地扫描, 所扫描的区域是膈顶至耻骨联合, 当前面的扫描工作完成之后, 再由后处理工作站将图像以层厚和间隔均为 2mm 进行轴位及冠、矢状位重建并上传 PACS 系统。

1.3 图像分析

所有患者的影像结果, 均分别由 2 名有放射诊断高级职称医师及 10 年以上阅片经验者分别独立阅片, 其中两位诊断者相互结果相互保密, 分析病变肠管部位、大体类型、累及范围、密度、边缘、强化特点, 以及是否出现肠管官腔狭窄或扩张, 或出现特征性改变如动脉瘤样扩张、夹心面包征, 有无周围淋巴结肿大等情况。增强扫描, 强化程度以测量动脉期 CT 值评估, 轻度强化 <30HU, 中度强化 30 ~ 60HU, 重度强化 >60HU。

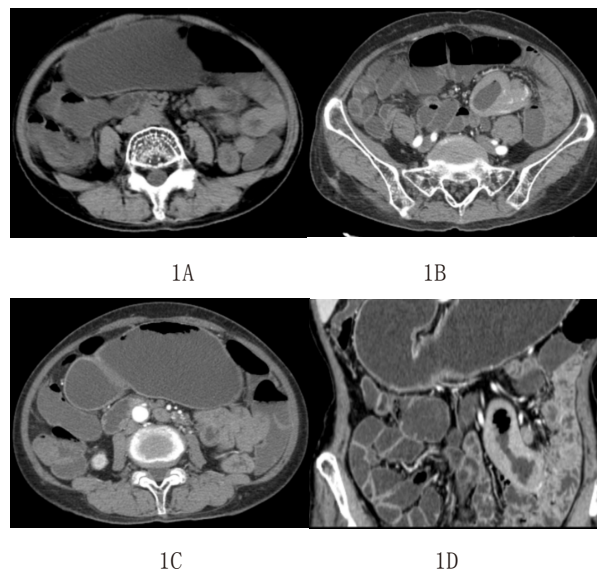
2 结果

2.1 CT 征象表现

本组 7 例, 均表现为密度均匀及管壁柔软; 病灶数量表现为单发 6 例, 包括位于十二指肠 2 例、空肠下段 1 例、回肠末段 2 例、降结肠 1 例; 多发 1 例, CT 未发现肠道病变, 仅发现肠系膜病灶及淋巴结肿大, 肠镜下于回肠末段、乙状结肠、直肠各处活检均见病灶。大体类型表现为弥漫性浸润增厚 4 例 (图 1), 不均匀增厚型 1 例 (图 2), 混合型 (肿块并溃疡形成) 1 例, 肠系膜型 1 例; 累及长度为 3.2cm-12.5cm; 边缘观察见边界清楚 6 例, 边界不清 1 例; 增强见均匀强化 6 例而不均匀强化 1 例; 其中强化程度分别有强化为轻度 1 例、强化为中度 4 例、强化为重度 2 例, 均未发现坏死; 有淋巴结肿大 4 例, 伴有肠腔狭窄 4 例; 有特征性表现动脉瘤样扩张 2 例, 夹心面包征 2 例; 合并肠梗阻 1 例。

2.2 病理表现

7 例中 5 例为活检标本呈灰白组织数点, 2 例位于小肠 (空肠、回肠) 为手术切除标本大体表现为, 肠壁增厚, 部分局部形成肿块, 切面灰白实性; 显微镜下见组织学为肠管粘膜腺体数量减少甚至部分消失, 见大量小淋巴细胞浸润, 以卵圆形核为主, 核深染、核仁不明显; 免疫组化均表达 CD20、CD79 α , 5 例检测 CD21 均为阳性, 2 例检测 IgM 均为阳性, 5 例检测 κ 、 λ , 其中 3 例阳性, 2 例阴性, 均未见 CD5、CD10、cyclin D1 表达。



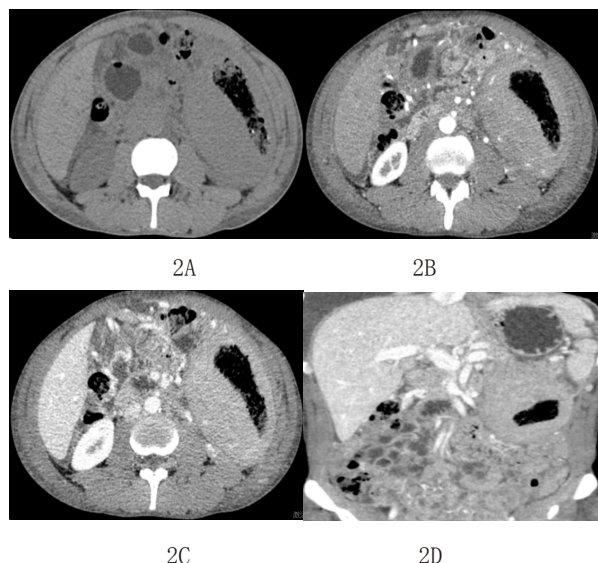


图 1A ~ D 为同一患者, 依次为平扫、动脉期、静脉期 (另一层面) 及静脉期冠位图像, 可见右上腹空肠弥漫性增厚 (1A), 密度均匀, 累及肠管较长, 增强扫描动脉期中度均匀强化, 静脉期持续强化, 管壁柔软, 肠腔局部呈动脉瘤样扩张 (1B), 腹主动脉旁可见淋巴结肿大 (1C), 冠位可见局部狭窄 (1D), 但无肠梗阻。图 2A ~ D 为同一患者依次为平扫、动脉期、静脉期及静脉期冠位结果。降结肠管壁不均匀增厚 (2A), 密度均匀, 增强扫描动脉期均匀中度强化, 静脉期持续强化, 浆膜面局部模糊 (2C), 肠管呈动脉瘤样扩张 (2B), 腹主动脉旁淋巴结肿大, 可见夹心面包征 (2D)。

3 讨论

3.1 肠 MALT 淋巴瘤的病理及临床特点

肠 MALT 淋巴瘤, 主要是指发生在肠道黏膜和腺体组织内并具有边缘区 B 淋巴细胞分化、表型的结外非霍奇金淋巴瘤, 细胞类型多为小淋巴样细胞、中心样细胞、浆细胞^[3], 免疫表型常表达 IgM、CD20、CD79 α 、CD21、Bcl-2 等 B 细胞及边缘区细胞阳性, 而 CD3、CD5、CD 10、Bcl-6、CyclinD 阴性^[4], 是一种重链疾病^[5], κ 、 λ 呈阳性表达。对于胃 MALT 淋巴瘤, 目前许多学者认为病因学为“幽门螺旋杆菌由幽门螺杆菌 (helicobacter pylori, HP) 学说”^[6], 而肠 MALT 淋巴瘤尚未明确与之相关的特导致病菌, 但有文献报导与持续慢性炎症有一定关系, 好发于成人, 中位年龄 60 岁, 且女性多见, 很多患者是无症状者, 她们是因为出现一些消化道症状才来就医, 后发现淋巴瘤的情况。比如腹痛、便秘、便血或黑便, 有的时候还可能有着肠梗阻的情况^[7,8,9]。本组 7 例与文献报道相似。

3.2 肠 MALT 淋巴瘤的 CT 表现

结合相关文献及总结本组病例, 有以下特点。①肠道非霍奇金淋巴瘤以小肠多见^[10], 本组资料显示 71% 病例位于小肠, 又以回肠末端略多见, 与文献报道一致。②大体类型以弥漫性浸润增厚为主 (图 1A), 通过再镜下仔细观察, 能够发现肿瘤细胞以在粘膜下, 表现出隆起的状态, 或者体现为浸润性生长为主, 这则能够导致破坏粘膜下肌间神经丛和肌层, 之后, 肠壁扩张的张力容易不断的变低, 因此, 肠腔狭窄的情况统计后, 发现这种概率是比较低的。相反的是使得肠腔扩张, 还容易表现为动脉瘤样扩张改变 (图 1B)。③肿瘤密度很多情况下是呈

现着比较均匀的状态, 强化程度是中等而已, 边界查看后发现是清晰的, 坏死的概率比较低, 可能因与本型为肿瘤惰性, 增殖缓慢, 细胞形态主要为小细胞, 具有略微不规则的细胞核和中等至丰富的透明细胞质构成, 且多聚集于间质、血供少而细。⑤肠管外情况可见大多有淋巴结肿大 (图 1C), 另外, 肿瘤细胞呈弥漫性分布, 常无包膜、纤维组织间隔, 管壁多有一定的柔软性, 很少侵袭周围组织, 其生长方式常以包绕相应的肠系膜血管及周围脂肪为主, 从而出现“夹心面包征”, 这可能与淋巴瘤较少导致结缔组织增生反应, 一般不弥漫到相邻的结构有关 (图 2D)。^[10-13]

总之, 肠 MALT 淋巴瘤 CT 表现具有一定的特点, 主要为单发, 好发于小肠, 累及多部位少见, 密度常均匀, 边缘多清楚, 大体类型以弥漫性浸润增厚为主, 多为中度均匀强化, 几乎无坏死, 常伴有肠系膜淋巴结肿大, 肠管较柔软、扩张可出现夹心面包征及动脉瘤样扩张, 偶见肠腔狭窄, 但肠梗阻者少见, 了解并掌握这些特点有助于提高诊断的准确性。

参考文献:

- [1] 兰智华, 赵强, 贺荣芳, et al. 8 例肠黏膜相关淋巴组织淋巴瘤的临床病理特征 [J]. 临床与病理杂志, 2019, 39(03):242-246.
- [2] 吕淑慧, 徐志刚, 王彩霞, et al. 27 例黏膜相关淋巴瘤结外边缘带 B 细胞淋巴瘤的病理研究 [J]. 黑龙江医药科学, 2015, 38(1):69-71.
- [3] 王小燕, 黄欣, 李敏, et al. 黏膜相关淋巴组织结外边缘区 B 细胞淋巴瘤预后相关因素分析 [J]. 白血病·淋巴瘤, 2012, 21(8):456-460.
- [4] Bianchi G, Sohani A R. Heavy Chain Disease of the Small Bowel[J]. Current Gastroenterology Reports, 2018, 20(1):3.
- [5] 王筱臻 (综述) [1], 克晓燕 (审校) [1]. MALT 淋巴瘤病因及发病机制研究进展 [J]. 中国实验血液学杂志, 2012, 20(6):1526-1530.
- [6] Adams K M, Roe N M. A Rare Case of MALT Lymphoma Underlying Ileocecal Intussusception[J]. The Journal of the American Osteopathic Association, 2016, 116(8):e37-.
- [7] Palo S, Biligi D S. A Unique Presentation of Primary Intestinal MALT Lymphoma as Multiple Lymphomatous Polyposis[J]. Journal of Clinical & Diagnostic Research Jcdr, 2016, 10(4):ED16.
- [8] Vannata B, Stathis A, Zucca E. Management of the Marginal Zone Lymphomas[J]. Cancer treatment and research, 2015, 165:227-249.
- [9] Kako S, Oshima K, Sato M, et al. Clinical outcome in patients with small-intestinal non-Hodgkin lymphoma[J]. Leukemia & lymphoma, 2009, 50(10):1618-1624. DOI:10.1080/10428190903147629.
- [10] 靳勇, 张华, 吴达明, 等. 胃肠道淋巴瘤的多层螺旋 CT 影像学分析 [J]. 临床放射学杂志, 2006, 25(10): 928931.
- [11] 李松年现代全身 CT 诊断学 (下卷) [M], 北京: 中国医药科技出版社, 2001, 988.
- [12] 卢春燕等. 原发性胃肠道淋巴瘤的 CT 诊断 [J]. 国外医学临床放射学分册, 2003, 26(2): 9699.
- [13] 石木兰. 胃肠道恶性淋巴瘤影像学诊断 [J]. 中国医学计算机成像杂志, 2001, 7(2): 118-125.