

本文引用格式:刘玉建,梁冬梅,颜宇,等.双侧泪腺套细胞淋巴瘤影像学表现1例[J].安徽医学,2024,45(6):800-801.DOI:10.3969/j.issn.1000-0399.2024.06.027

· 病例报道 ·

双侧泪腺套细胞淋巴瘤影像学表现1例

刘玉建 梁冬梅 颜宇 仲建全

[关键词]泪腺;套细胞淋巴瘤;影像学

doi:10.3969/j.issn.1000-0399.2024.06.027

1 病例资料

患者,女性,72岁,因“双眼上睑肿物伴眼胀不适1年”入院。入院体格检查,体温:36.4℃,脉搏:95次/分,呼吸:19次/分,血压:130/75 mmHg(1 mmHg≈0.133 kPa)。专科检查:双眼上睑肿胀,双上睑皮下扪及大小约2.5 cm×2.0 cm实性结节,呈分叶状,质软,活动度差,无压痛,局部皮温不高,上睑下垂,上睑位于角膜缘下2 mm,无睑内翻、睑外翻,挤压泪囊实验阴性,结膜无充血水肿,结膜囊无分泌物。患者全身及局部淋巴结无肿大,脾脏触诊轻度肿大,无压痛、叩击痛,余无特殊。

实验室检查:白细胞 $5.76 \times 10^9/L$;中性粒细胞百分率32.3%(正常值40.0%~75.0%);淋巴细胞百分率63.9%(正常值20.0%~50.0%);行白细胞手工分类,中性分叶粒细胞30.0%(正常值50.0%~70.0%),淋巴细胞62.0%(正常值20.0%~40.0%)。

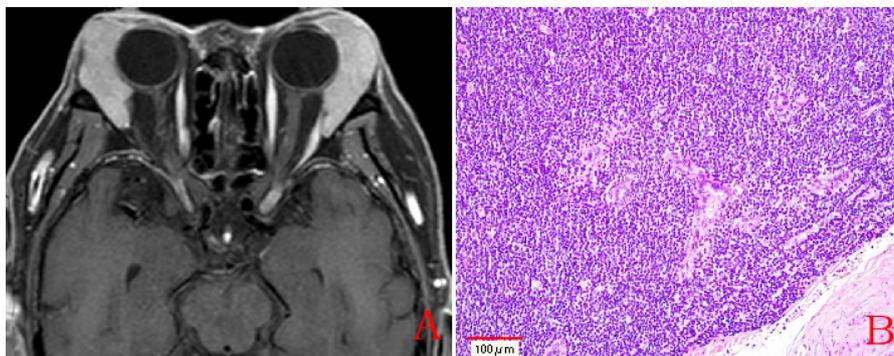
影像学检查:超声提示双侧泪腺区域低回声,右侧大小约32.7 mm×13.4 mm×19.7 mm,左侧大小约30.6 mm×34.9 mm×15.5 mm,形态不规则,边界部分清楚,可见稍丰富血流信号。MR扫描见双侧泪腺对称并明显增大,致局部膨隆前突,边缘光滑,界清,T1加权像(T1-weighted images, T1WI)呈等低信号,信号均匀;T2加权像(T2-weighted images, T2WI)呈稍高信号,弥散

加权成像(diffusion weighted imaging, DWI)呈高信号,表现扩散系数值(apparent diffusion coefficient, ADC)减低,弥散受限,增强扫描明显均匀强化(图1A),肿块位于肌锥外间隙,与双侧泪腺分界不清,考虑:双侧泪腺淋巴瘤可能、IgG4相关疾病待排查。

患者完善相关术前准备,局部麻醉下行双侧泪腺肿瘤局部切除活检术,术后病理诊断:双侧泪腺区肿物,光镜下可见结节状构象,部分结节相互融合、境界不清,部分区域细胞排列弥漫,间质可见玻璃样变性,细胞深染,部分小血管壁玻璃样变性,可见散在上皮样细胞(图1B)。肿瘤细胞呈:CD20(+)、CD79a(+)、PAX5(+)、CD5(+)、Bcl-2(+)、CyclinD1(+)、Ki67(约50%+)、P-CK(-)、CD3(-)、CD10(-)、Bcl-6(-)、CD30(-)、CD43(-);滤泡树突网:CD21(+)、CD23(+),结合形态学及免疫组化标记结果,考虑为套细胞淋巴瘤。患者术后采取联合化疗方法,联合利妥昔单抗+苯丁酸氮芥+泼尼松进行治疗。患者第一次治疗后查体泪腺肿块部分缩小,该患者因经济原因并未采取后续治疗。

2 讨论

眼眶淋巴瘤是由B淋巴细胞、T淋巴细胞或少数自然杀伤性细胞恶性克隆性增生引起的异质性恶性肿瘤。近年来,发病



注:A为磁共振T1WI增强扫描,显示双侧泪腺对称病灶,呈明显均匀强化;B为镜下见结节状构象,部分结节相互融合、境界不清,部分区域细胞排列弥漫,间质可见玻璃样变性,胞质稀少(HE×200)。

图1 患者影像学及病理检查图像

作者单位:643000 四川自贡 四川卫生康复职业学院临床医技学院(刘玉建)

643000 四川自贡 自贡市第一人民医院放射科(刘玉建,仲建全),眼科(颜宇)

643000 四川自贡 自贡市第二人民医院放射科(梁冬梅)

通信作者:仲建全, zhongjianquan.2010@qq.com

率呈上升趋势。病因及发病机制尚存在争议,有学者认为与细胞遗传异常、免疫抑制异常、自身免疫性疾病以及机体慢性抗原性刺激有关^[1]。

套细胞淋巴瘤(mantle cell lymphoma, MCL)是一种起源于成熟 B 细胞的非霍奇金淋巴瘤亚类,占非霍奇金淋巴瘤(non-Hodgkin lymphoma, NHL)的 6%~8%^[2]。MCL 患者的中位年龄 60 岁,男女比例为 2~4:1,诊断时 80% 以上患者处于疾病晚期(Ann Arbor III~IV 期)^[3]。MCL 好发于淋巴结,也可原发于淋巴结外部位,常见的有胃肠道、结肠、肝脏、Waldeyer's 环等^[3-4],发生于眼部的套细胞淋巴瘤非常罕见,其中以眼眶最易受累,其次为眼睑和泪腺,并多见于老年男性。本例患者发生在老年女性,于双侧泪腺发病,故十分罕见。

影像学检查对该疾病的诊断及鉴别诊断具有重要作用。超声检查简便易行,肿瘤在声像图上主要表现为均匀的低回声,彩色多普勒血流信号较丰富^[5];CT 上表现为形状不规则的软组织肿块影,病变内密度均匀,无液化、坏死及钙化等征象。相对于超声和 CT 检查,磁共振检查对该疾病的诊断更具有优势,能明确病灶的边界、内部结构信号、增强扫描血供情况等,MRI 表现为单侧或双侧泪腺区不规则软组织肿块,与眼外肌分界欠清,少有骨质破坏,T1WI 呈等低信号,T2WI 呈等或稍高信号,信号均匀,增强后呈中度至明显均匀强化,DWI 提示扩散明显受限,ADC 明显减低^[6]。

典型影像学表现、血液系统异常指标、脾脏肿大、全身及局部淋巴结无肿大,根据 2022 年世界卫生组织(WHO)发布第 5 版造血与淋巴组织肿瘤分类^[7],诊断为:白血病性非淋巴结型套细胞淋巴瘤(leukemic non-nodal mantle cell lymphoma,非淋巴结 MCL,nnMCL),按照 Ann Arbor-Cotswold 改良分期标准诊断为 III S 期。临床应注意与发生于双侧眼眶 IgG4 相关疾病、泪腺良性淋巴上皮病变等鉴别^[8]。泪腺良性淋巴上皮病变磁共振上 T1WI 及 T2WI 均呈等信号,增强扫描呈均匀强化,不伴有眶壁骨质破坏;IgG4 相关性病变磁共振上常表现为 T1WI 等信号,T2WI 低信号,DWI 等信号,增强后均匀强化,血清 IgG4 升高。

眼眶淋巴瘤的治疗须根据组织学类型、Ann Arbor 分期、临床表现和视功能等情况综合制定。常规治疗包括手术、放疗、化疗和免疫疗法等。诊断时应注意组织学类型、病变分期、原发灶

位置,这些因素对影响疾病进展和治疗结果至关重要^[8]。套细胞淋巴瘤诊断时 80% 以上患者处于疾病晚期(Ann Arbor III~IV 期),即有淋巴结或远处转移,预后较差。

综上所述,如影像学检查若发现双侧泪腺区对称性病变,DWI 弥散受限,增强扫描明显强化,但周围骨质未见侵犯者,需考虑本病的可能。泪腺套细胞淋巴瘤恶性程度高,早期通过影像学检查(特别是磁共振增强扫描)可提高该病的检出率,有助于患者早期治疗、改善预后。

参考文献

- [1] 孙梅,马建民.眼眶淋巴瘤的病因及发病机制研究进展[J].中华实验眼科杂志,2022,40(11):1108-1113.
- [2] 中国抗癌协会血液肿瘤专业委员会,中华医学会血液学分会,中国临床肿瘤学会淋巴瘤专家委员会.套细胞淋巴瘤诊断与治疗中国指南(2022 年版)[J].中华血液学杂志,2022,43(7):529-536.
- [3] WU M, LI Y, HUANG H, et al. Initial treatment patterns and survival outcomes of mantle cell lymphoma patients managed at chinese academic centers in the rituximab era: a real-world study[J]. Front Oncol, 2022, 11:770988.
- [4] 侯卫华,段心科,韦萍,等.眼附属器套细胞淋巴瘤九例临床病理学观察[J].中华病理学杂志,2019,48(1):37-39.
- [5] 李尤佳,易阿玲,许格艳.泪腺淋巴瘤超声表现 1 例[J].中国超声医学杂志,2020,36(4):368.
- [6] 许晓泉,胡昊,沈杰,等.泪腺肿块的影像诊断思路[J].中华放射学杂志,2022,56(4):467-470.
- [7] ALAGGIO R, AMADOR C, ANAGNOSTOPOULOS I, et al. The 5th edition of the World Health Organization Classification of haematolymphoid tumours: lymphoid neoplasms[J]. Leukemia, 2022, 36:1720-1748.
- [8] 施颖芸,贾仁兵,范先群.眼眶淋巴瘤临床诊断与治疗进展[J].中华眼科杂志,2017,53(8):632-636.

(2023-05-18 收稿)

(本文编校:闵敏,崔月婷)