mia. Remission of hypophyseal infiltration during busulfan treatment [J]. Schweiz Med Wochenschr, 1988, 118(8): 275-279.

[17] 王曦，许建萍，伍学焱. 垂体柄阻断综合征合并身高过高、血液系统异常一例报告[J]. 协和医学杂志，2015，6(5)：381-383.

（收稿日期：2022-08-27　修回日期：2023-01-12）

**·案例分析·**

# 颅顶 B 淋巴母细胞淋巴瘤 1 例分析及文献复习

陈　茜[1,3]，代　净[1]，龙晓君[2]，邬颖华[2△]

（1. 成都中医药大学医学与生命科学学院，四川 成都 610075；2. 成都中医药大学附属医院放射科，四川 成都 610075；3. 四川中医药高等专科学校，四川 绵阳 621000）

**［摘　要］** 通过 1 例 B 淋巴母细胞淋巴瘤在颅顶生长方式及影像表现形式，分析、总结此类肿瘤性占位的影像诊断要点。35 岁年轻患者发现右侧颅顶部肿物 2 个月，CT 示右侧顶部颅骨内、外板 2 枚软组织团块影，磁共振成像（MRI）示病灶轻中度强化，影像表现较典型。后手术病理活检证实为（硬脑膜外、颅骨、皮下）B 淋巴母细胞淋巴瘤。中枢神经系统淋巴瘤的发生概率增加，疾病早期易误诊，临床医师需提高警惕，怀疑此类疾病应及早行病理活检以明确诊断，并按照正规疗程进行救治。

**［关键词］** B 淋巴母细胞淋巴瘤；　CT；　磁共振成像

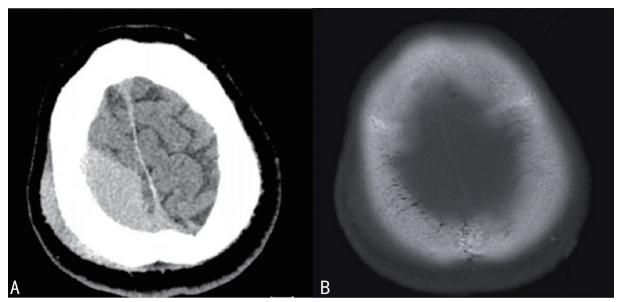
**DOI**：10.3969/j.issn.1009-5519.2023.11.038　　**中图法分类号**：R445.2；R445.3

**文章编号**：1009-5519(2023)11-1974-03　　**文献标识码**：B

淋巴母细胞淋巴瘤（LBL）是一种罕见的恶性肿瘤，约占所有非霍奇金淋巴瘤的 5%，主要来源于 B 或 T 前体细胞。B 淋巴母细胞淋巴瘤（B-LBL）仅占 LBL 的 10%左右[1]。由于发病率较低，其临床特征及影像学表现尚不明确。LBL 主要累及结外组织，皮肤、软组织和骨易受侵犯，头颈部区域很少受累[2]。本文回顾分析 1 例长于颅顶的短时间内逐渐增大的肿块，经后续相关检查及手术证实为孤立的髓外 B-LBL 病例，并回顾了相关诊断和有关文献，评估 B-LBL 影像学表现，以加强对恶性淋巴瘤的影像学鉴别诊断。

## 1　临床资料

**1.1**　病例资料　患者，男，35 岁，自行发现右侧头顶肿块渐进性长大 2 个月。外院头颅磁共振成像（MRI）提示右顶部颅骨局限性骨病，性质待定。转入成都中医药大学附属医院进一步检查和治疗。入院检查：右侧头顶间歇性胀痛，触及一大小约 6 cm×2 cm 包块，压痛明显，活动度差。患者无任何神经功能障碍。实验室检查：神经元特异性烯醇化酶指标异常。CT 检查：右侧顶部颅骨内、外板各见一独立软组织密度影，密度较均，边界尚清，颅内肿块大小约 4.7 cm×2.3 cm（图 1A）；骨窗 CT 示颅骨未见明显骨质无明显破坏（图 1B）；MRI 检查示 T1WI 示两处病灶呈均匀低信号（图 2A）；T2WI 呈等信号影（图 2B）；DWI 呈高信号；增强后肿块呈轻-中度强化，边缘强化明显、脑膜增厚、强化（图 2C、D）。初步诊断：右侧顶骨、颅骨内板下多发占位，考虑恶性淋巴瘤。



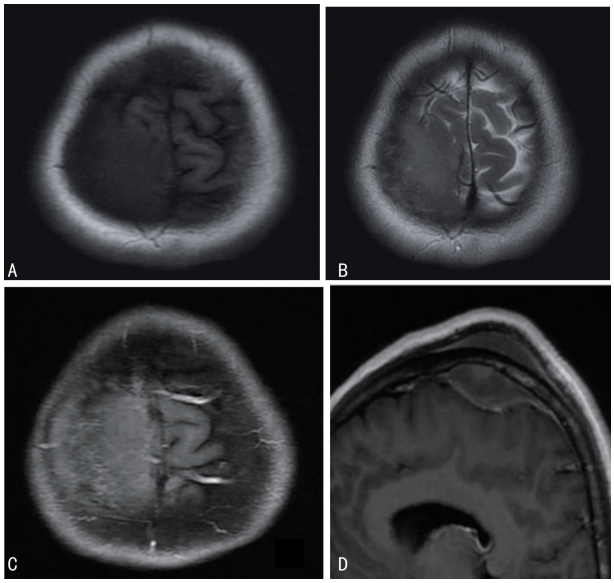
注：A. 右侧额顶部凸面占位及皮下软组织高密度影；B. 病灶相邻骨质未见明显破坏。

**图 1　CT 头颅平扫**

**1.2**　诊治经过　颅骨占位行矢状窦旁肿瘤切除，颅骨肿瘤切除及颅骨修补术。手术记录：颅骨外病变呈鱼肉状，质软，边界不清，血供丰富，颅骨外板可见小孔状改变，病变与颅骨相连。颅内病变与颅骨黏连，病变侵犯上矢状窦、硬脑膜。少许病变穿透硬脑膜沿脑表面生长。手术过程顺利，术后取颅骨外病变、颅骨及颅内病变病理检查。病理诊断："头皮颅骨硬膜外"小细胞恶性肿瘤，"头皮颅骨硬膜外"淋巴组织增生性病变，见大量小到中等大小的淋巴样细胞。免疫组织化学染色：CD20（+）、PAX5（+）、TdT（+）、CD9a（+）、CD43（+）、CD10（+）、Bcl-2（+）、Bcl-6（+）、CD99（+）、C-myc（+，约 60%）、Vimentin（+）、CD38（+）、Ki-67（+，约 90%）、CD3（−）、CD5（−）、CD30（−）、MPO（−）、CycliD1（−）、CD56（−）、EMA（−）、MUM（−）、CD138（−）、MyoD1（−）。结合形

△　通信作者，E-mail：137849547@qq.com。

态学及免疫表型，符合（硬脑膜外、颅骨、皮下）B 淋巴母细胞淋巴瘤。患者未在成都中医药大学附属医院行流式＋染色体检查，5 个月后电话随访外院化疗未复发。




注：A. T1WI 示颅内、外肿块呈低信号；B. T2WI 示颅内、外肿块呈等信号；C. 增强示病灶轻-中度强化；D. 病灶轻-中度不均匀强化，边缘见“拖尾征”，邻近颅骨髓腔不均匀强化。

**图 2　MR 平扫及增强**

## 2　讨　论

B-LBL 自然病程尚未完全定义，相关数据常来自个案报道。中枢神经系统侵犯一般位于幕上大脑半球浅表，较少累及深部及幕下[3-5]。B-LBL 起源于颅顶是比较隐蔽的，可能被误诊为头皮血肿、软组织感染等。本例首发症状为头皮肿块，临床表现无特异性。在接诊此类患者时应做全身诊断性影像检查，以确定是否有全身性疾病浸润。本病例使用了几种成像方式，包括 CT、增强 MRI。在 CT 上病变范围明确，呈均匀的软组织密度肿块，未见相邻骨性结构发生改变。但病灶形成是由炎症或是肿瘤浸润引起的尚不确定。在 MRI 上，肿块从 T1WI 呈低信号，T2WI 及 T2FLAIR 呈等、稍高信号，血管造影显示病灶轻-中度不均匀强化，与一般颅内淋巴瘤明显均匀强化方式不同[6]，考虑可能是肿瘤生长过快血供不足、分布不均有关；而病灶边缘及脑膜线样强化，考虑肿瘤细胞沿着脑膜表面匍匐样蔓延，反映了淋巴瘤质地软、易渗透的特点[7]。本例 DWI 图像肿瘤实质表现为高信号及极低的 ADC 值（$0.22\times10^{-3}$ $mm^2/s$），这与肿瘤的高密度相关[8]。相关文献报道的恶性淋巴瘤发生在中枢神经系统的影像特征可归纳为[9]：（1）单发或多发软组织肿块，密度均匀；（2）邻近颅骨边缘毛糙或局部骨质破坏；（3）CT 呈等或高密度；MRI T1WI 呈等或稍低信号，T2WI 呈等或稍高信号，增强呈轻-中度均匀强化；病灶过大可有坏死。当脑膜浸润时，脑膜强化后可见“拖尾征”；当侵及脑实质时，瘤周不同程度水肿。本病例影像表现骨膜、硬脑膜和皮下组织同时受累，结合淋巴瘤病理特征，在诊断中需考虑恶性淋巴瘤诊断。

本例患者首发症状是局限性软组织包块，既往无外伤病史，在鉴别诊断的时候需要考虑：（1）脑膜瘤[10]，CT 表现为脑外软组织肿块，瘤周水肿不明显，相邻骨质增生硬化，增强后脑膜尾征较短。（2）嗜酸性肉芽肿[11]，单发居多，常见颅骨骨质破坏，可有“纽扣样”死骨形成。（3）浆细胞瘤[12]，溶骨性骨质破坏，软组织肿块可累及颅骨内外生长，在 CT 表现上呈稍高或混杂密度影。

中枢神经系统病变多样，CT、MRI 结合 DWI 的应用不仅有助于疾病的定位和病变的生长状态，还可从分子水平上补充病灶信息，因此结合病变的影像学特征和临床信息对于准确诊断至关重要。但 LBL 恶性程度高，结外表现多样，明确诊断还需要全面的病理学检查，一经确诊，应尽快做进一步处理。

## 参考文献

[1] SWERDLOW SH, CAMPO E, PILERI SA, et al. The 2016 revision of the World Health Organization classification of lymphoid neoplasms [J]. Blood, 2016, 127(20): 2375-2390.

[2] GEETHAKUMARI PR, HOFFMANN MS, PEMMARAJU N, et al. Extramedullary B lymphoblastic leukemia/lymphoma (B-ALL/B-LBL): a diagnostic challenge[J]. Clin Lymphoma Myeloma Leuk, 2014, 14(4): e115-118.

[3] 张斌，林晓强，景梦园，等. 儿童头皮巨大 B 淋巴母细胞淋巴瘤 1 例[J]. 磁共振成像，2021，12(4)：78-79.

[4] 李欣，张鑫，张冰. 不典型原发性中枢神经系统淋巴瘤 1 例[J]. 实用放射学杂志，2021，37(7)：1217-1218.

[5] UMEMURA T, NAKANO Y, SOEJIMA Y, et al. Characteristics of bone destruction in cranial vault lymphoma compared with other skull tumors[J]. J Uoeh, 2019, 41(3): 335-342.

[6] 林洪平，肖大春，邵晓彤，等. 原发性中枢神经系统淋巴瘤的 MRI 特征分析[J]. 实用放射学杂志，2018，34(3)：347-350.

[7] HALDORSEN IS, ESPELAND A, LARSSON EM. Central nervous system lymphoma: characteristic findings on traditional and advanced imaging[J]. AJNR Am J Neuroradiol, 2011, 32(6): 984-992.

[8] 潘桂海，陈韵，周飞，等. 扩散加权成像及动态对比增强磁共振成像在腮腺混合瘤与腺淋巴瘤鉴

别中的应用[J]. 实用放射学杂志, 2020, 36(7): 1035-1038.
[9] CHENG G, ZHANG J. Imaging features (CT, MRI, MRS, and PET/CT) of primary central nervous system lymphoma in immunocompetent patients[J]. Neurol Sci, 2019, 40(3): 535-542.
[10] AMANO T, NAKAMIZO A, MURATA H, et al. Preoperative prediction of intracranial meningioma grade using conventional CT and MRI [J]. Cureus, 2022, 14(1): e21610.
[11] ZHAO S S, YAN L F, FENG X L, et al. Incidence and radiological pattern of eosinophilic granuloma: a retrospective study in a Chinese tertiary hospital[J]. J Orthop Surg Res, 2019, 14(1): 123.
[12] 田林, 范万峰, 候宗斌, 等. 颅骨浆细胞瘤 1 例[J]. 实用放射学杂志, 2020, 36(12): 2056.

(收稿日期: 2022-08-09　修回日期: 2023-01-23)

**· 案例分析 ·**

# 影像学以间质性肺疾病为主的肺腺癌 1 例报道

刘翠芳[1], 向　茜[2△]
(重庆市中医院: 1. 放射科; 2. 呼吸与危重症医学科, 重庆 400021)

[摘　要] 肺腺癌影像学复杂, 多为结节或肿块影。该文报道了 1 例影像类似间质性肺疾病的肺腺癌, 旨在提高对该病的认识, 避免误诊。

[关键词] 肺腺癌;　间质性肺疾病;　CT
**DOI**: 10.3969/j.issn.1009-5519.2023.11.039　　**中图法分类号**: R563
**文章编号**: 1009-5519(2023)11-1976-03　　**文献标识码**: B

自 20 世纪 70 年代以来, 我国恶性肿瘤的死亡率呈明显上升趋势, 肺癌仍是中国人发病率和死亡率最高的恶性肿瘤, 特别是近年来肺腺癌的发病率显著提高[1-2]。肺癌早期临床无特征性症状, 多以咳嗽起病, 临床表现多样化, 影像表现亦复杂, 大部分表现为结节或肿块影, 部分肿瘤可类似肺炎[2]。2022 年本院呼吸科收治 1 例以咳嗽、咳痰、喘息为症状, 双肺以弥漫性间质性病变为表现的病例, 经过数月的检查、治疗, 最终确诊为肺腺癌。

## 1　临床资料

患者, 男, 52 岁, 因"咳嗽、咳痰 5 年, 喘息 2 个月"入院。5 年前无明显诱因感咳嗽、咳痰, 咳白色泡沫痰, 无发热、盗汗、气促等不适, 未予以重视, 症状反复发作。2 个月前患者再次因感冒出现咳嗽、咳痰, 性质同前, 伴有进行性胸闷、气促加重, 曾于重庆某三甲教学医院诊断为"咳嗽变异性哮喘", 给予"布地奈德福莫特罗吸入剂、孟鲁司特钠片、苏黄止咳胶囊"后喘息、气促症状进一步加重, 于 2022 年 2 月 14 日收入本院呼吸科。否认结核、肿瘤病史, 否认长期药物服用史, 否认粉尘、有毒有害物质接触史, 既往有吸烟史, 25～30 支/日×30 年, 偶饮酒。

体征: 体温 36.1 ℃, 呼吸 24 次/分, 脉搏 102 次/分, 血压 116/64 mm Hg(1 mm Hg=0.133 kPa), 营养中等, 慢性病容, 皮肤无皮损, 全身浅表淋巴结无肿大。口唇无发绀, 胸廓未见异常, 肋间隙增宽, 语颤减弱。叩诊过清音, 呼吸气促, 双肺呼吸音低, 双侧肺未闻及干、湿性啰音, 心浊音界未见异常, 心率 102 次/分, 律齐, 各瓣膜听诊区未闻及病理性杂音, 腹平坦, 无压痛、反跳痛, 腹部无包块。下肢不肿。

实验室相关检查: 入院血气分析(未吸氧): pH 7.456, 氧分压($PO_2$) 57.6 mm Hg, 二氧化碳分压($PCO_2$) 39.2 mm Hg, $HCO_3^-$ 27.3 mmol/L, 剩余碱(BE) 3.5。血常规 中性粒细胞比例(NEUT%) 79.2%, Hb 120 g/L, 血小板(PLT) $415\times10^9$ $L^{-1}$, C 反应蛋白(CRP) 19.9mg/L, 降钙素原(PCT)水平正常, 癌胚抗原(CEA) 34.29 ng/mL, CA125 205.8 IU/mL, CA153 246.4 IU/mL, CYFRA21-1 8.8 ng/mL, NSE、SCC、CA50、CA72-4、AFP、CA199 水平正常。痰涂片未找到真菌、抗酸杆菌, 细菌培养: 正常菌群生长。ANA: 1∶100 阳性, 1∶320 阳性, RF IgM 240 RU/mL, 肌炎谱: 抗 KU 抗体阳性, AKA、ANCA、ENA 谱阴性。支气管镜灌洗液: 下呼吸道病原体核酸检测阴性, 结核分枝杆菌直接检测阴性, 抗酸杆菌染色阴性。

影像学检查: 2021 年 8 月 29 日胸部 CT 提示双肺小叶间隔增厚, 散在条索影, 右肺下叶后基底段一 7 mm 磨玻璃结节, 纵隔淋巴结增多、增大。2022 年

△ 通信作者, E-mail: 155187820@qq.com。