

## 肺 Castleman 病 1 例误诊并文献复习

刘佳慧<sup>1</sup>, 李艳<sup>2</sup>, 李陆风<sup>1</sup>, 张润<sup>1</sup>, 李殿明<sup>1</sup>

**[摘要]** 目的:提高临床医生对 Castleman 病的认识,减少误诊。方法:回顾性分析 1 例肺 Castleman 病误诊为肺门淋巴结结核病人的临床诊治资料,并结合误诊文献复习分析其常见误诊疾病,为临床诊断、鉴别诊断提供新思路。结果:该病易误诊为淋巴结结核、肺癌、结节病、淋巴瘤、骨髓瘤、腹部恶性肿瘤及风湿性疾病等。确诊有赖于病理组织学检查,必要时需结合免疫组织化学检查。该病例最终诊断为 Castleman 病(浆细胞型),予以 CHOP 方案化疗,病情稳定,短期随访未见复发。结论:Castleman 病为一种慢性的巨大淋巴结增生的少见病,在临床表现、实验室检查及影像学检查均缺乏特征性,易误诊为多种临床常见病,应引起临床医生重视。确诊有赖于淋巴结活检和病理学检查,治疗主要是手术和化疗。

**[关键词]** Castleman 病;病理学检查

**[中图分类号]** R 551.2

**[文献标志码]** A

**DOI:** 10.13898/j.cnki.issn.1000-2200.2019.01.018

Castleman 病(Castleman's disease, CD)又称为巨大淋巴结病或血管滤泡性淋巴结增生症,为一种较少见的淋巴增生性疾病。1956年由 Castleman 首次描述,其发病机制尚不明确,可能与慢性炎症、病毒感染(HIV、HHV-8、卡波西肉瘤病毒)和细胞因子调节异常有关<sup>[1-3]</sup>。临床表现缺乏特异性,多于体检时发现或肿大淋巴结压迫周围组织器官出现相应症状,部分病例有全身症状如长期发热、贫血、乏力、消瘦、肝脾肿大,肝功能异常。根据组织病理学(1988年 Frizzera)的标准分为透明血管型(hyaline vascular type, HV-CD)、浆细胞型(plasma cell type, PC-CD)和兼有两者特征的混合型;根据肿大淋巴结的分布,分为单中心型(unicentric Castleman's disease, UCD)和多中心型(multicentric Castleman's disease, MCD)。辅助检查可出现高免疫球蛋白血症及低蛋白血症,少见的可累及多系统出现相关临床表现,如肾病综合征、POEMS 综合征、淀粉样变性和结缔组织病等多系统受累<sup>[4-5]</sup>。临床治疗局灶性多手术完整切除瘤体可治愈,不能完全切除者,后期可加用化疗(CHOP、COP 方案或单用泼尼松)、放疗,预后较好<sup>[6]</sup>。多中心型为侵袭性病变,对于有局部压迫症状的可手术切除缓解症状,但大部分病人不能从中获益,易复发,需综合治疗,往往预后不良,常因转化为恶性淋巴瘤及卡波西肉瘤或合并感染死亡,中位生存时间为 26 个月<sup>[7-8]</sup>。为提高临床医生对 CD 的认识,减少误诊,本文对 1 例肺 CD 误诊为肺门淋巴结结核病人的临床诊治资料进行分

析,现作报道。

### 1 病例介绍

病人,男,26岁,于2015年8月以“间断性低热伴咳嗽盗汗1年余,再发3d”为主诉入住我院呼吸科。既往体健。体检:生命体征无异常,全身浅表淋巴结未触及,胸廓无畸形,右侧呼吸音稍低,无胸膜摩擦音。心率72次/分,律齐,各瓣膜听诊区无杂音,腹平软,肝脾肋下未触及。辅助检查:8月24日外院胸部CT示:右肺上叶多发斑片状密度增高影,密度不均匀,边缘模糊,双肺纹理增粗,纵隔内及右肺门见多发肿大淋巴结,右肺门淋巴结见钙化影(见图1)。8月26日我院支气管镜检示:右上叶管腔黏膜水肿,内见较多黏稠分泌物,吸除后见尖端轻度狭窄(见图2),予以刷检及WANG氏针刺活检。结果支刷找结核抗酸杆菌(-);支刷找脱落细胞(-);WANG氏针刺物:镜下见少数重度核异质细胞,未见癌细胞。病理(201528170)4R、7组淋巴结:为血块,少量淋巴样细胞及纤维蛋白(见图3)。8月27日我院结核试验(2+)。8月30日血常规:白细胞计数 $6.42 \times 10^9/L$ ,中性粒细胞计数 $3.26 \times 10^9/L$ ,淋巴细胞计数 $2.42 \times 10^9/L$ ,单核细胞数 $0.67 \times 10^9/L$ ,红细胞计数 $4.44 \times 10^{12}/L$ ,血红蛋白92g/L,血小板计数 $389 \times 10^9/L$ ,红细胞压积0.312L/L,平均红细胞体积70.3fL。生化常规:肝肾功能电解质均正常,白蛋白27.3g/L,球蛋白53.7g/L,C反应蛋白160.39mg/L。尿常规:(镜检)白细胞弱阳性(+)。红细胞沉降率:107mm/h。免疫过筛未见异常。肺肿瘤血清标志物未见异常。凝血功能:凝血酶原时间15.0s,国际标准化比值1.34,活化部分凝血活酶时间42.1s,纤维蛋白原

[收稿日期] 2018-04-12 [修回日期] 2018-10-11

[作者单位] 蚌埠医学院第一附属医院 1. 呼吸与危重症医学科, 2. 妇瘤科, 安徽 蚌埠 233004

[作者简介] 刘佳慧(1993-),女,硕士研究生。

7.30 g/L。8月31日我院痰找结核抗酸杆菌未见；结核 DNA 检测(-)。9月1日结核感染 T 细胞斑点试验(T-spot)阳性,2日 PET-CT 示:右肺门、隆突下及纵隔内多发团块状、结节状软组织密度影,部分融合成团,FDG 代谢增高,考虑淋巴结结核可能,淋巴瘤待排;右肺散在结节状、粟粒状影,代谢不高,考虑感染性病变-结核;左侧颈根部皮下淋巴结增大,FDG 代谢增高,考虑炎性淋巴结,脾脏增大(见图4)。7日骨髓细胞学检查示:感染性贫血可能。结合病人临床症状体征及各项辅助检查并根据常见病优先考虑原则诊断为纵隔淋巴结肿大原因待查,淋巴结结核可能。按初治涂阴结核予以 HRZE 抗结核治疗后,病人咳嗽盗汗症状好转,于9日出院,院外继续抗结核治疗。期间病人咳嗽、盗汗间断性出现但未予以重视,仍一直 HR 抗结核治疗,分别于2016年1月11日、4月12日复查胸部 CT,均显示右肺门病灶变化不大(见图5~6),斑片影有所吸收,但临床无症状或症状轻微。最后一次复查胸部 CT(2016年10月22日)显示右肺门病灶仍变化不大(见图7),但临床无症状或症状轻微。2017年3月自觉症状较前加重就诊于上海某医院,3月17日上海市肺科医院行纵膈镜纵膈淋巴结活检病理示:巨大淋巴结增生症。免疫组织化学结果:LCA(+),CD3(部分+),CD20(部分+),CD45RO(部分+),CD79 $\alpha$ (部分+),BCL-2(部分+),CD5(部分+),CD68(-)。支持 CD,确诊为 Castleman 淋巴结病(浆细胞型)。病人为求进一步治疗入住我院血液病科,排除化疗禁忌证后,予以 CHOP 方案(环磷酰胺+阿霉素+长春新碱+氢化泼尼松)化疗2个疗程,并辅以止吐护胃等处理。现病人无发热,咳嗽盗汗症状均好转,于2017年7月9日和10月22日复查胸部 CT 示:右肺门淋巴结及纵膈淋巴结未见明显缩小(见图8~9),现病人仍继续治疗、随访中。

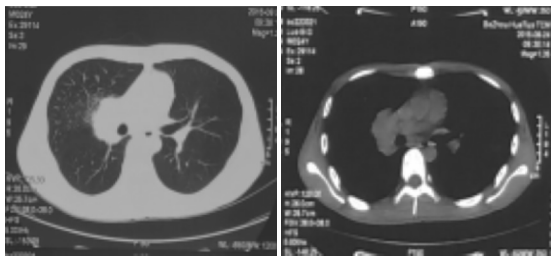


图1 2015年8月24日胸部CT

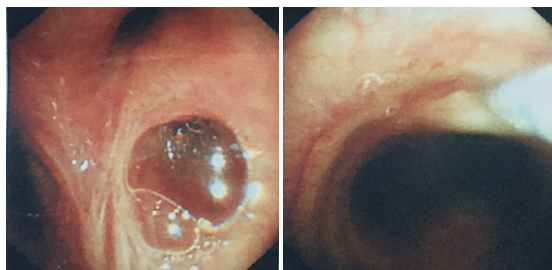


图2 2015年8月26日气管镜下表现

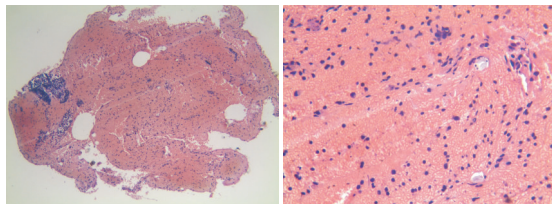


图3 2015年8月26日纤支镜病理HE染色

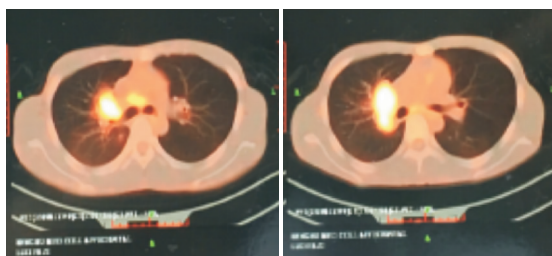


图4 2015年9月1日PET-CT

为关键词,通过中国医院数字图书馆系统(CNKI)和“维普期刊资源整合服务平台(VIP)”进行检索,检索了2017年12月以前的相关文献,共检索到国内非重复报道的CD误诊为其他疾病13篇文献,共18例(见表1)。

2.2 CD 误诊原因分析 从误诊文献可以看出该病好发于青壮年,男性多于女性。所有的误诊都是医生根据病人的临床表现、辅助检查并排除其他疾病而诊断的,部分病人予以相应的治疗症状有缓解,但最终依靠病理确诊。

2.2.1 肺癌 作为临床最常见的恶性肿瘤,除了有呼吸系统症状外,也可以有肺外表现,甚至没有任何临床表现,仅在体检时发现。本例病人胸部 CT 表现为肺门占位及纵膈淋巴结肿大,更应首先考虑中央型肺癌及淋巴结结核,但纤维支气管镜及超声支气管镜等检查均未见恶性表现,建议病人北京、上海等大医院进一步检查,但病人由于经济原因,同意诊断性抗结核治疗,虽症状好转,但胸部 CT 吸收不明显,且有缓慢增大趋势。一般而言,若是恶性,临床进展应更快,症状也会进一步恶化。但该病人后期有胸闷气短症状,故该病人即使是恶性,其程度也较低。但作为临床医生一定要做进一步检查,避免误

## 2 讨论

### 2.1 误诊文献复习 以“Castleman 病”和“误诊”

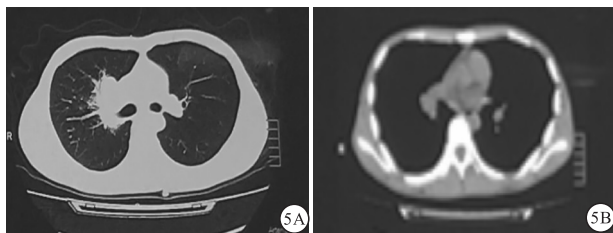


图5 2016年1月11日胸部CT

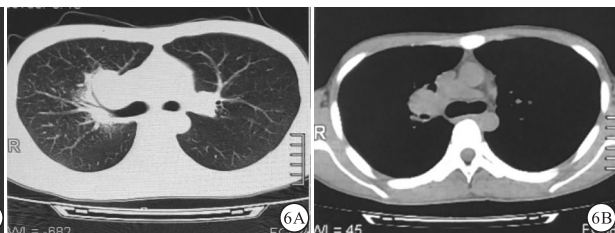


图6 2016年4月12日胸部CT

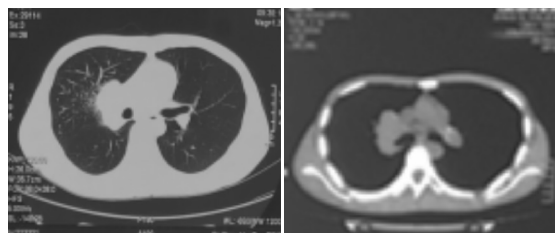


图7 2016年10月22日胸部CT

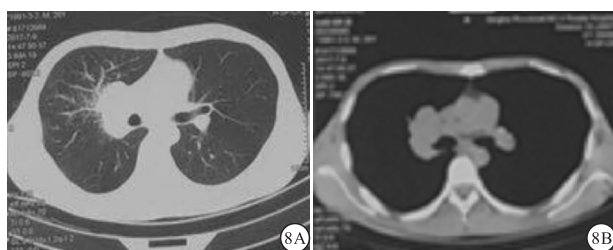


图8 2017年7月9日胸部CT



图9 2017年10月22日胸部CT

诊或错诊。臧贵明等<sup>[9]</sup>也报道 1 例 59 岁女性以“胸闷、腹胀”为主诉入院,胸部 CT 检查示:左肺主动脉旁肿物,右肺门和右腋下多发淋巴结增大,左肺上叶炎性病变,心包积液,腹腔积液。误诊为肺癌晚期,后行右腋下淋巴结活检,病理报告:慢性淋巴细胞炎,淋巴组织增生。最终经病理确诊。曹殿波等<sup>[16]</sup>报道 1 例临床及胸部 CT 表现就是左下肺癌,但最

表 1 国内非重复报道的 CD 病误诊为其他疾病 18 例资料

作者	病人性别	病人年龄(岁)	误诊疾病
臧贵明等 <sup>[9]</sup>	女	59 岁	纵隔型肺癌 1 例
李会影等 <sup>[10]</sup>	女	33 岁	卵巢实质性肿瘤 1 例
武剑等 <sup>[11]</sup>	男	37 岁	白塞病 1 例
曹江等 <sup>[12]</sup>	男	55 岁	重链病? 淋巴瘤? 骨髓瘤? 1 例
	男	52 岁	淋巴瘤? 骨髓瘤? 1 例
赵银英等 <sup>[13]</sup>	男	45 岁	弥漫性肺间质纤维化 1 例
刁德昌等 <sup>[14]</sup>	男	29 岁	腹膜后恶性肿瘤:结肠癌局部淋巴结转移 1 例
李先承等 <sup>[15]</sup>	女	67 岁	肾孟癌 1 例
曹殿波等 <sup>[16]</sup>	男	49 岁	左肺下叶中心肺癌 1 例
王焯华等 <sup>[17]</sup>	男	63 岁	类风湿性关节炎 1 例
廖莹等 <sup>[18]</sup>	男	57 岁	慢性肾功能不全(尿毒症期)1 例
江蓓等 <sup>[19]</sup>	女	22 岁	急性肾炎 1 例
金成华等 <sup>[20]</sup>	文中未注明	文中未注明	左下肺癌 1 例
曾道兵等 <sup>[21]</sup>	文中未注明	文中未注明	共 5 例;2 例诊断为副神经节瘤; 1 例诊断为神经鞘瘤; 1 例诊断为胰腺神经内分泌肿瘤;1 例诊断为富血供肉瘤

2.2.2 淋巴结结核 本例病人临床表现为间断性低热、咳嗽、盗汗等结核一般毒性症状,体检无明显异常。胸部 CT 示:右肺门及纵隔多发肿大淋巴结,右肺上叶多发斑片状密度增高影,密度不均匀,边缘模糊。PPD5u(++)、结核感染 T 细胞斑点试验(T-spot)(+),纤维支气管镜及超声内镜检查未见明确恶性征象,按常见病优先考虑原则诊断为结核可能。予以抗结核治疗,临床症状好转,复查胸部 CT 未见明显吸收。由于 CD 也可有发热、盗汗、乏力等症状,影像学缺乏特异性,故对此病人,除了要考虑耐药结核外,可建议病人再次行纤维支气管镜、超声内镜或纵隔镜进一步明确检查。

2.2.3 淋巴瘤与骨髓瘤 纵隔淋巴结肿大融合,临床上除了要考虑肺癌,另一个要考虑的就是淋巴瘤。淋巴瘤是起源于淋巴造血系统的恶性肿瘤,主要表现为无痛性淋巴结肿大(主要为浅表淋巴结肿大,也可表现为深部如胸部纵隔淋巴结、腹部淋巴结等肿大),肝脾肿大,全身各组织器官均可受累,伴发热、盗汗、消瘦、瘙痒等全身症状。另外 CD 实验室检查可有肝肾功能异常,表现为血清转氨酶、胆红素、血清肌酐水平升高,血清免疫球蛋白呈多克隆升高,较为常见,少数血清出现 M 蛋白,红细胞沉降率

终术后病理确诊。因此肺癌是 18 例中误诊比例最高的(占 1/6),一定要引起临床医生重视。

也相应增快。部分病人骨髓象中浆细胞升高 2% ~ 20% 不等,但形态基本正常,故应与淋巴瘤相鉴别。曹江等<sup>[12]</sup>报道的 2 例病人均是以浅表淋巴结无痛性肿大伴发热,检查有全身浅表淋巴结肿大,血浆球蛋白增高而诊断为淋巴瘤或骨髓瘤,但最终通过淋巴结活检而病理确诊。另外刘宁等<sup>[22]</sup>总结我国文献报道的 737 例 CD 病例(1984-01 至 2008-05),误诊为淋巴瘤 34 例。可见 CD 与淋巴瘤难以区分,尽管两者都可以采用 CHOP 方案化疗,但局灶性 CD 可通过手术治疗,辅以化疗,预后较好。故临床一定要做有创检查——病理学检查,必要时免疫组织化学检查以区分。

2.2.4 腹腔或盆腔恶性肿瘤 腹部、盆腔局灶性 CD 可表现为腹膜后、盆腔巨大淋巴结肿大融合,占位性改变,临床上误诊为腹膜后恶性肿瘤、卵巢实质性肿瘤、结肠癌局部淋巴结转移等。对于这部分病人腹部 CT 提示软组织肿块影,增强见明显强化;MRI 表现为腹膜后类圆形肿块,腹膜后淋巴结肿大。另外 CD 在其病灶发生的特征性中央区斑点、分支状钙化的影像学表现<sup>[23]</sup>有助于鉴别诊断。李会影<sup>[10]</sup>报道 1 例 33 岁女性,以“下腹部隐痛不适”入院,妇科检查:于右侧下腹部右附件区触及肿物。超声提示盆腔实性占位。行手术治疗,术后病理检查示:下腹部后腹膜 CD,透明血管型。因此对于女性盆腔或腹腔占位性病变,一定要注意鉴别。

2.2.5 其他 如肺结节病:是一种非干酪样坏死的上皮肉芽肿病变,是全身性疾病,最常累及肺部,尤其是双侧肺门和纵隔淋巴结,除肺内改变外可能有多处浅表淋巴结肿大,但临床症状缓和轻微,病期长,反复发作并有自愈的可能,一般不咯血。肺间质纤维化:赵银英等<sup>[13]</sup>报道 1 例男性病人,以“干咳、胸闷”为主诉入院,胸片及胸部 CT 均示:肺间质纤维化,但体检有双侧颈部及腋窝多发肿大淋巴结,行淋巴结活检病理确诊为 CD。白塞病:属少见病,但武剑等<sup>[11]</sup>报道的该例病人,男性,表现为“口腔糜烂、龟头糜烂、气急”行口腔黏膜活检,考虑天疱疮可能,腹部 B 超及 CT 发现盆腔占位,在泌尿外科行盆腔包块切除术,术后病理示“CD”,术后予以化疗好转。后再次出现龟头包皮糜烂,考虑“白塞病”予以治疗,疗效不佳,最终确诊为“CD 伴副肿瘤性天疱疮”。此外,由于 CD 实验室检查可以有抗核抗体(+),类风湿因子(+),蛋白尿、红细胞沉降率增快等表现,特别是当有肾功能损害,同时合并浅表或纵

隔淋巴结肿大时一定要注意还应与风湿性疾病及肾脏疾病相鉴别。临床上 CD 可伴发或继发于自身免疫性疾病(如系统性红斑狼疮、类风湿关节炎、干燥综合征和自身免疫性血细胞减少症)<sup>[24]</sup>。另外还应于副神经节瘤、神经鞘瘤、胰腺神经内分泌肿瘤及富血供肉瘤相鉴别。

综上,CD 为一种慢性的巨大淋巴结增生的少见病,在临床表现、实验室检查及影像学检查均缺乏特征性,易误诊,应引起临床医生重视。确诊有赖于淋巴结活检和病理学检查,治疗主要是手术和化疗。

#### [参 考 文 献]

- [1] ZOETEWEJJ JP, EYES ST, ORENSTEIN JM, *et al.* Identification and rapid quantification of early- and late-lytic human herpesvirus 8 infection in single cells by flow cytometric analysis: characterization of antihherpesvirus agents [J]. *J Virol*, 1999, 73 (7):5894.
- [2] NISHIMOTO N, TERAOKA K, MIMA T, *et al.* Mechanisms and pathologic significances in increase in serum interleukin-6 (IL-6) and soluble IL-6 receptor after administration of an anti-IL-6 receptor antibody, tocilizumab, in patients with rheumatoid arthritis and Castleman disease [J]. *Blood*, 2008, 112 (10):3959.
- [3] POLIZZOTTO MN, ULDRICK TS, WANG V, *et al.* Human and viral interleukin-6 and other cytokines in Kaposi sarcoma herpesvirus-as-associated multicentric Castleman disease [J]. *Blood*, 2013, 22(26):4189.
- [4] HUANG J, WANG L, ZHOU W, *et al.* Hyaline vascular Castleman disease associated with POEMS syndrome and cerebral infarction [J]. *Ann Hematol*, 2007, 86(1):59.
- [5] XIA JY, CHEN XY, XU F, *et al.* A case report of systemic lupus erythematosus combined with Castleman's disease and literature review [J]. *Rheumatol Int*, 2012, 32(7):2189.
- [6] YE B, GAO SG, LI W, *et al.* A retrospective study of unicentric and multicentric Castleman's disease: a report of 52 patients [J]. *Med Oncol*, 2010, 27 (4):1171.
- [7] WEISENBURGER DD, NATHWANI BN, WINBERG CD, *et al.* Multicentric angiofollicular lymph node hyperplasia: a clinicopathologic study of 16 cases [J]. *Hum Pathol*, 1985, 16(2):162.
- [8] CASPER C. The aetiology and management of Castleman disease at 50 years: translating pathophysiology to patient care [J]. *Br J Haematol*, 2005, 129(1):3.
- [9] 臧贵明, 王苏苏, 王洪瑛, 等. 多中心弥漫型 Castleman 病误诊为肺癌 [J]. *临床误诊误治*, 2009, 22(9):63.
- [10] 李会影. Castleman 病误诊为卵巢实质性肿瘤 1 例临床分析 [J]. *微量元素与健康研究*, 2012, 29 (5):69.
- [11] 武剑, 陈志伟, 王鸣军. Castleman 病伴副肿瘤性天疱疮误诊为白塞病 1 例分析 [J]. *中国误诊学杂志*, 2011, 11(18):4428.
- [12] 曹江, 黄一虹. Castleman 病的诊治及误诊分析 [J]. *医药世界*, 2006(11):7.
- [13] 赵银英, 周宇麒, 冯定云, 等. Castleman 病一例并文献复习

- [J]. 新医学, 2015, 46(6):403.
- [14] 刁德昌, 彭俊生, 汪建平. 结肠癌合并腹部局灶性 Castleman 病 1 例误诊分析[J]. 中国实用外科杂志, 2011, 31(1):106.
- [15] 李先承, 王雪剑, 薛金岭, 等. 肾盂 Castleman 病误诊 1 例分析并文献复习[J]. 中国误诊学杂志, 2011, 11(22):5414.
- [16] 曹殿波, 郭亮, 李叶, 等. 误诊为左肺下叶中心肺癌的肺门 Castleman 病[J]. 中国临床医学影像杂志, 2011, 22(3):221.
- [17] 王焯华, 冯俊. 以关节损害为首发表现的 Castleman 病误诊 1 例分析并文献复习[J]. 中国误诊学杂志, 2010, 10(34):8444.
- [18] 廖莹, 万启军, 黄浩桂. 以肾衰竭为首发表现的 Castleman 病一例并文献复习[J]. 临床误诊误诊, 2017, 30(6):36.
- [19] 江蓓, 杨向东, 宋强, 等. 以肾损害为首发表现的 Castleman 病误诊 1 例分析并文献复习[J]. 中国误诊学杂志, 2007, 7(25):5967.
- [20] 金成华, 沈韦羽. 胸内局灶型巨淋巴结增生症的外科治疗[J]. 现代实用医学, 2010, 22(4):456.
- [21] 曾道兵, 赵新湘, 常婵, 等. 腹盆部局灶型 Castleman 病的 MRI 特征及误诊分析[J]. 临床放射学杂志, 2017, 36(10):1446.
- [22] 刘宁, 邱法波, 李奉达. Castleman's 病流行病学及临床特征[J]. 世界华人消化杂志, 2008, 16(30):3469.
- [23] 陈祖华, 杨光钊. 局限性 Castleman 病的 CT 和 MRI 表现[J]. 影像诊断与介入放射学, 2008, 17(2):78.
- [24] DE MARCHI G, DE VITA S, FABRIS M, et al. Systemic connective tissue disease complicated by Castleman disease: report of a case and review of the the literature[J]. Haematologica, 2004, 89(4): ECR03.

(本文编辑 刘梦楠)

[文章编号] 1000-2200(2019)01-0067-03

· 临床医学 ·

## 放射治疗鼻腔、鼻窦巨细胞修复性肉芽肿 1 例报道并文献复习

张 琪<sup>1</sup>, 江 浩<sup>2</sup>, 沈学明<sup>2</sup>

[关键词] 巨细胞修复性肉芽肿; 放疗; 个案报道

[中图分类号] R 782 [文献标志码] A DOI:10.13898/j.cnki.issn.1000-2200.2019.01.019

巨细胞修复性肉芽肿 (giant cell reparative granuloma, GCRG) 是一种伴有修复性的非肿瘤性良性病变, 临床极为少见, 具有恶性肿瘤的生物学特性, 如局部侵袭性。本病多发生于颌面骨, 很少涉及颌骨外组织<sup>[1-2]</sup>。近几年国内外陆续有学者文献报道发生于颌骨外的病变<sup>[3-6]</sup>, 对于原发于鼻腔、鼻窦的病例国内罕见报道, 而应用放射治疗该病的报道更少。现报道收治的 1 例鼻腔、鼻窦 GCRG 术后复发广泛侵犯颅脑的病例, 该病人经放射治疗后病变退缩显著。本文再复习国内外相关文献, 以期提高对本病的认识, 降低误诊率; 同时提出放射治疗对该病的实际价值的思考。

### 1 病例资料

男性, 35 岁, 主诉“间断头痛 3 月余, 右耳听力进行性下降 1 月”入院。2014 年 9 月 3 日因发现右

侧鼻腔、鼻窦新生物行“右侧鼻腔外侧壁切入路鼻腔鼻窦新生物摘除术”, 术后病理示: 病变中可见增生的梭形成纤维细胞, 散在分布多核巨细胞, 大小不一, 细胞核小, 无明显核分裂象, 间质可见出血。(HI14-14631) P63 -, CD68 (单核及多核细胞) + / -, SMA (少量间质细胞 +), Ki-67 (最高处) 约 60% +, CD163 (单核细胞) +, 符合 GCRG (见图 1)。该次入院行 CT 检查示: 右侧鼻腔、上颌窦、颅底、右侧额叶见浸润性病灶, 右侧眼眶、颅底骨质破坏 (见图 2); 头颅 MRI 示: 鼻腔及鼻窦内见巨大团块状等长 T1 等长 T2 信号, 异常信号向周边侵袭性生长, 累及鼻咽腔、鼻腔、双侧筛窦, 向上侵及颅内, 临近骨质受侵蚀, 增强扫描明显强化, 最大层面 9.8 cm × 7.6 cm, 双侧眼球、眼外肌及额叶脑实质及双侧脑室受压推移 (见图 3)。入院后给予 6 MV X 线调强放射治疗, 设 8 野, 200 cGy/f, 5 次/周, DT 56 Gy。随访 1 年, 复查头颅 MRI 对比评价肿块退缩程度及治疗效果示: 右侧鼻腔、上颌窦、筛窦及右侧面部皮下间不规则混杂 T1 混杂 T2 信号, 边缘不清, 信号不均, 增强扫描异常信号不均匀强化, 临近颌面部骨质信号不均; 右侧额窦膨胀, 窦腔内见不规则囊状短 T1 稍短 T2 信号。右侧额窦内异常信号, 考虑为“黏液囊肿” (见图 4)。放疗前后对比见图 5~6。

[收稿日期] 2016-10-30 [修回日期] 2017-04-16

[基金项目] 安徽十二五临床医学重点专科建设基金资助项目 (01Z33)

[作者单位] 蚌埠医学院第一附属医院 放疗科, 安徽 蚌埠 233004

[作者简介] 张 琪 (1987-), 女, 硕士研究生, 医师。

[通信作者] 江 浩, 硕士研究生导师, 主任医师, 教授. E-mail: jianghao1223@163.com