

论 著

小肠淋巴瘤MSCT影像诊断价值

江苏省昆山市第三人民医院放射科
(江苏 昆山 215300)

汪海滔 杨文广 贾济波
陈允东

【摘要】目的 探讨小肠淋巴瘤MSCT影像诊断价值。**方法** 回顾性分析经手术、病理证实的21例小肠淋巴瘤的多层螺旋CT平扫和双期增强表现。**结果** 21例中,发病部位以回肠末端最常见,占15例,空肠2例,回肠近端2例,十二指肠2例。CT平扫表现为肠壁不规则增厚,息肉样肿块形成,肠腔扩张或狭窄,增强后病灶轻中度强化,密度较均匀,很少坏死。**结论** 小肠淋巴瘤的多层螺旋CT表现有一定特征性,对鉴别诊断具有应用价值。

【关键词】 小肠肿瘤; 淋巴瘤; 多层螺旋CT

【中图分类号】 R735.3+2 R814.42

【文献标识码】 A

DOI: 10.3969/j.issn.1672-5131.2015.11.028

通讯作者: 汪海滔

The Diagnostic Value of MSCT Imaging in Small Intestinal Lymphoma

WANG Hai-tao, YANG Wen-guang, JIA Ji-bo, et al. Department of Radiology, The Third People's Hospital of Kunshan, Kunshan, Jiangsu Province, 215300, China

[Abstract] **Objective** To explore the diagnostic value of MSCT imaging in small intestinal lymphoma. **Methods** Both plain, dual-phase contrast enhanced MSCT were performed for 21 cases of small intestine lymphoma which confirmed by pathology. **Results** The most common lesion located in terminal ileum (15 cases), and 2 cases located at jejunum, 2 cases at proximal ileal and the other 2 cases located at duodenum. CT scan characterized by irregular bowel wall thickening, polypoid tumor formation, expand or narrow lumen. All of the Lesions had mild-to-moderate enhancement after enhanced, and the density is uniform, rarely see signs of necrosis. **Conclusion** Small intestine lymphoma has certain MSCT features, and CT have application value for differential diagnosis.

[Key words] Intestinal Neoplasms; Lymphoma; Multic-slice Spiral CT

小肠淋巴瘤为起源于小肠壁粘膜下层淋巴组织的恶性肿瘤, 是小肠中最常见的恶性肿瘤, 占10%~25%, 且近年来有上升趋势, 传统的X线钡餐造影对本病的诊断存在许多不足之处, 随着多层螺旋CT (MSCT) 在国内的普及与应用, 小肠恶性肿瘤被更多地诊断, 笔者收集2010年至2014年我院及上海中山医院经病理证实的小肠淋巴瘤病例21例, 结合文献, 探讨小肠淋巴瘤的MSCT表现, 并提出鉴别诊断要点。现报告如下。

1 材料与方法

1.1 临床资料 选择2010年9月至2014年10月我院及上海中山医院行CT检查、后经外科手术及病理证实为小肠淋巴瘤患者21例。其中男16例, 女5例, 年龄35~79岁, 平均年龄45岁。患者临床表现主要为腹痛、腹部包块、消化道出血、贫血、发热、消瘦, 少数患者出现肠梗阻症状。

1.2 仪器和方法 采用美国GE公司lightspeed VCT 64层螺旋CT进行扫描, 所有病人均行平扫及增强扫描。在扫描前1d流质饮食, 检查前让患者空腹6h以上, 若患者体质允许, 饮用含20%甘露醇的纯净水1500~2000mL, 分3次, 间隔15min饮完, 以充分充盈小肠。扫描前15min肌注654~2注射液20mg (青光眼、前列腺肥大、排尿困难者不用)。常规取仰卧位, 扫描区域视病情而定, 先平扫, 后增强, 增强扫描应用高压注射器经肘正中静脉团注对比剂欧乃派克 (30mgI/mL) 80~100mL, 注射速率为3mL/s, 扫描参数120kV, 350mAs, 层厚5mm, 层距5mm, 增强分别于25~30s (动脉期)、65~80s (静脉期) 进行螺旋扫描。以0.625对原始数据进行重建, 部分病例行MPR和3D-MSCTA的SSD、MPR和VR显示其与血管之间的关系。由放射科主治及以上诊断医师分析其图像特点, 观察指标包括肿瘤的发病部位、形态、密度、强化特点和程度, 后腹膜及肠系膜区有无肿大淋巴结, 肿瘤与邻近组织器官及血管的关系。

2 结果

2.1 小肠淋巴瘤的发病部位、形态 肿瘤位于回肠末端15例, 空肠2例, 近端回肠2例, 十二指肠2例; 肿瘤呈肠壁增厚型16例, 息肉样肿块型3例, 肠管动脉瘤样扩张型2例。

2.2 小肠淋巴瘤的密度、强化特点和程度 肿瘤平扫大多数密度均匀, 极少见到低密度坏死及囊变, 增强后轻、中度强化, 均匀强化, 其内常见到漂浮的血管影, 见图1-2。

2.3 小肠淋巴瘤与邻近组织的关系, 后腹膜及肠系膜区有无肿大淋巴结 18例病灶边界较清, 3例病灶与周围组织有不同程度粘连, 周围脂肪密度略升高, 21例病灶邻近结构均轻度受压推移, 无明显肠梗阻表现。7例有肠系膜淋巴结增大, 3例可见后腹膜多发肿大淋巴结。

3 讨论

3.1 小肠淋巴瘤的临床与病理 小肠淋巴瘤是最常见的小肠恶性肿瘤, 常累及回肠远端^[1], 肿瘤来源于肠壁粘膜下淋巴组织, 沿粘膜固有层或粘膜下层浸润性生长, 致肠壁增厚, 形成息肉或肿块, 小肠淋巴瘤多数为非霍奇金淋巴瘤(NHL), B细胞来源为主, 组织学类型以弥漫大B细胞淋巴瘤最常见, 极少数为霍奇金淋巴瘤(HD)。免疫组化: 21例淋巴瘤均表达CD45, AEI/AE3均阴性, 10例B细胞淋巴瘤EMA弱阳性, 10例B细胞淋巴瘤均表达CD20和CD79a, 7例T细胞淋巴瘤均表达CD3和CD45RO^[2]。本病多见于35岁以上的中老年人, 无明显性别差异。临床表现主要为腹痛、腹部包块、消化道出血、贫血、发热、消瘦等。

3.2 CT表现 根据分型不同, 小肠淋巴瘤的CT表现呈多样



图1-2: 肠壁呈不规则增厚, 边缘欠光整, 受累肠管范围较长, 增强后轻度强化。

性: ①肠壁弥漫性增厚型(也称浸润型): 16例, 肠壁呈不规则增厚(图1), 边缘欠光整, 受累肠管范围较长, 部分肠管可有轻度狭窄, 病变近端肠管无明显扩张。病灶密度均匀, 增强后轻度强化(图2), 邻近肠系膜淋巴结肿大, 病灶与周围组织分界较清楚^[3]。②息肉样肿块型: 3例, 表现为肠腔内较大的息肉样软组织肿块影, 边缘清晰, 呈分叶状, 病灶密度欠均匀, 中央见低密度坏死区, 增强后轻度强化, 病灶内常见到漂浮的血管影^[4]。相邻肠管壁增厚, 肠腔变窄。③肠管动脉瘤样扩张型: 2例, 受累肠管有明显的肠壁增厚, 密度均匀, 增强后轻度强化, 但肠管不出现狭窄, 反而明显扩张, 呈“动脉瘤样”特征性改变, 经3D-CTA可以发现“肿瘤包绕血管”征象, 表现为“三明治征”^[5]。

3.3 鉴别诊断 虽然小肠淋巴瘤MSCT上具有一定的特征性, 但实际工作中仍需要与小肠间质瘤、小肠腺癌、小肠克罗恩病进行鉴别。①小肠间质瘤: 好发于空肠^[6], 其CT典型表现为类圆形或分叶状肿块影, 其内部常见低密度坏死, 增强后实质部分明显强化, 周围常无淋巴结肿大。②小肠克罗恩病: CT表现为肠壁全层增厚, 病变呈跳跃式分布, 其增厚较均匀、规则, 增厚的程度一般较轻, 其活动期肠壁明显强化, 肠系膜淋巴结轻度增大, 形

态也较规则^[7]。

综上所述, MSCT扫描能准确评价小肠淋巴瘤的肠壁浸润情况及与邻近结构关系, 辨认淋巴瘤的CT特征性表现, 不仅有助于病变的定性及鉴别诊断, 而且在临床术前分期、疗效判断等方面有着重要作用。

参考文献

- [1] 李胜华, 孙庚喜. 多层螺旋CT在原发性小肠淋巴瘤诊断中的价值[J]. 中国CT和MRI杂志, 2014, 11(1): 65-67.
- [2] 佟铸, 刘彤, 张宝良, 等. 原发性小肠淋巴瘤30例诊治分析[J]. 天津医科大学学报, 2006, 12(1): 41-43.
- [3] 唐永华, 陈克敏, 钟捷, 等. 原发性小肠淋巴瘤的多层螺旋CT诊断[J]. 诊断学理论与实践, 2008, 7(1): 42-46.
- [4] 赵雪松, 缪飞, 杨燕萍, 等. CT能谱成像在小肠间质瘤和淋巴瘤鉴别诊断中的应用价值[J]. 中华医学计算机成像杂志, 2013, 19(1): 38-42.
- [5] 王华, 王伯胤. 原发性小肠淋巴瘤影像学诊断研究进展[J]. 中华临床医师杂志(电子版), 2010, 4(10): 1963-1964.
- [6] 章宏, 吴贞, 沈哲, 等. 小肠间质瘤74例临床诊断分析[J]. 中华消化杂志, 2010, 30(10): 733-736.
- [7] 谷勇, 曹道成, 马雨九. 胃肠间质瘤的临床诊断与外科治疗分析[J]. 罕见疾病杂志, 2014, 12(1): 9-12.

(本文编辑: 谢婷婷)

【收稿日期】2015-10-08