维普资讯 http://www.cqvip.com

文章编号:0253－3626(2004)04－0549－02

韦氏环原发性非霍奇金淋巴瘤误诊分析

周建荣，魏莲枝

(重庆医科大学临床学院耳鼻咽喉科,重庆 400016)

【摘 要】目的:探讨韦氏环原发性非霍奇金淋巴瘤(NHL)临床和病理误诊的原因和避免误诊的措施。方法:回顾性分析我院近 10 年来韦氏环原发性非霍奇金氏淋巴瘤 92 例患者的临床资料。结果:92 例韦氏环原发性 NHL 中临床误诊 18 例,病理误诊 72 例,1 临床和病理均误诊的有 18 例,平均每例病理误诊约 2～3 次。误诊疾病为慢性扁桃体炎、扁桃体肥大、咽炎、淋巴组织增生等。全部 72 例最后经病理确诊为非霍奇金淋巴瘤。结论:韦氏环原发性非霍奇金淋巴瘤临床特征缺乏特异性,病理表现复杂,适当取材和依据免疫组化尽早确诊是重要的。

【关键词】韦氏环;非霍奇金氏淋巴瘤;误诊;咽肿瘤

【中国图书分类法分类号】R733.1 【文献标识码】B 【收稿日期】2003－05－14

Analysis on misdiagnosis of primary non－Hodgkin's lymphoma in Waldeyer's ring

ZHOU Jianrong, et al

(*Department of Otolaryngology, College of Clinical Medicine, Chongqing Medical University*)

【Abstract】*Objective*: To study the cause of clinical and pathological misdiagnosis and the measures against misdiagnosis in cases with primary non－Hodgkin's lymphoma in Waldeyer's ring. *Methods*: The clincal data of ninty two patients with primary NHL in Waldeyer's ring admitted to our hospital in recent ten years were studied retrospectively. *Results*: Eighteen patients were misdiagnosed clinically and seventy two patients were misdiagnosed pathologically. 18 cases were misdiagnosed both clinically and pathologically, with the average misdiagnosis rate of 2～3 times per case. The misdiagnosed diseases were chronic tonsillitis, tonsil vegetation, pharyngitis, lymphatic tissue hyperplasia, etc. All seventy－two patients were diagnosed as NHL finally. *Conclusion*: The patients with the primary NHL in Waldeyer's ring lack characterisic symptoms. Pathological manifestation is complicated. It is important to do biopsy exactly and diagnose early by immunohistochemical approaches.

【Key words】Waldeyer's ring; Non－Hodgkin's lymphoma; Misdiagnosis; neoplasms of pharynx

韦氏环(Waldryer'sring)是由咽、舌根、鼻咽、扁桃体等组成的咽淋巴环,因淋巴组织丰富是恶性淋巴瘤的好发部位之一。韦氏环原发性 NHL 是首发于韦氏环的非霍奇金氏淋巴瘤,因其临床特征缺乏特异性,取材部位影响病理诊断,极易发生临床和病理误诊。现报道我院 1991 年 2 月至 2000 年 6 月收治的 92 例韦氏环原发性 NHL 中 72 例发生误诊的患者,并对误诊原因与防范措施进行讨论。

1 临床资料与方法

1.1 临床资料

本组病例中,男 45 例;女 27 例;年龄为 12～73 岁,平均 44 岁。其中临床误诊 18 例,病理误诊 72 例,误诊时间为 8 天～18 月,平均 6 个月;平均每例患者误诊约 2～3 次。18 例临床误诊的病例中,①7 例首发于单侧扁桃体,表现为 1 例扁桃体肿大,咽异物感,咽不适,隐痛等,其中 4 例伴有颈淋巴结肿大,临床误诊为鼻咽癌;②6 例表现为单侧或双侧扁桃体肿大,色灰白,质脆,表面糜烂,伴咽痛,2 例伴发热,乏力,消瘦,盗汗等全身症状,误诊为扁桃体新生物;③1 例双侧扁桃体Ⅲ°肿大,表面光滑,伴反复咽痛影响呼吸进食梗阻感误诊为扁桃体肥大;④4 例误诊为咽溃疡,表现为咽部粘膜浅溃疡、咽痛,1 例伴发热,长期按溃疡治疗;⑤72 例患者病理误诊平均 2～3 次,最高者为 6 次,误诊为慢性扁桃体炎,慢性咽炎,慢性炎症伴大量淋巴细胞浸润,组织示坏死伴大量炎细胞浸润等。

1.2 免疫组化方法

采用 s－p 免疫组化染色方法。石蜡切片脱蜡和水化后,用 PBS(pH7.4)冲洗,每张切片加 50ul 过氧化酶阻断溶液(试剂 A),室温下孵育 10min;PBS(pH7.4)冲洗;甩去 PBS

作者介绍:周建荣(1969－),女,主治医师,硕士,主要研究方向:头颈肿瘤。

维普资讯 http://www.cqvip.com

液，每张切片加 50μl 非免疫性动物血清（试剂 B），室温下孵育 10min；甩去血清，每张切片加 50μl 的小鼠抗人单克隆抗体 CD_3 或小鼠抗人单克隆抗体 CD_{20} 室温下孵育 60min 或 4℃过夜；PBS 冲洗 3×5s；甩去 PBS 液，每张切片加 50μl 生物素标记的第二抗体（试剂 C），室温下孵育 10min；PBS 冲洗 3×3s；甩去 PBS 液，每张切片加 50μl 链亲和素－过氧化物酶溶液（试剂 D），室温下孵育 10min；PBS 冲洗 3×3s；甩去 PBS 液，每张切片加 100μl 新鲜配制的 DAB 溶液，显微镜下观察 3～10min；自来水冲洗，苏木精复染。

2 结 果

14 例临床误诊为扁桃体疾病患者均行单侧或双侧扁桃体摘除术，术后全部标本送检，经病理确诊为非霍奇金淋巴瘤。72 例病理误诊患者中，经反复多次活检，其中 68 例行免疫组化检查，最后病理确诊为非霍奇金淋巴瘤。

3 讨 论

韦氏环原发性 NHL 是首发于韦氏环的非霍奇金氏淋巴瘤，因其临床缺乏特异性症状与体征，易被误诊为常见的咽部疾病。口咽部恶性淋巴瘤，尤其是咽粘膜坏死糜烂型，早期可表现为咽痛，咽浅溃疡，患者一般情况好，可不伴有全身其它症状，与口腔溃疡不易区分；扁桃体恶性淋巴瘤早期表现为咽痛，咽异物感，单侧或双侧扁桃体肿大，粘膜表面光滑而无糜烂，临床表现与慢性扁桃体炎相似。当扁桃体双侧不对称和药物治疗不敏感时应考虑恶性淋巴瘤的可能[1]；扁桃体恶性淋巴瘤随病情进展可表现为扁桃体表面溃烂坏死，多伴有颈淋巴结肿大，易误诊为扁桃体癌；表现为单侧颈部包块的 NHL 易误诊为颈部鳞状细胞癌，鳞癌是头颈部最常见的恶性肿瘤，而 NHL 位于第二位。这个区域的 NHL 不易与鳞状细胞癌区分，特别是因为 NHL 常常出现在结外[2]。韦氏环原发性 NHL 取材部位影响病理诊断，极易发生病理误诊。本组 72 例患者均有病理学检查误诊史，有的高达 6 次，这其中大部分原因是因为活检取材部位不准确和活检后标本处理不当引起的。①扁桃体恶性淋巴瘤早期病变时，其表面可覆盖正常粘膜，若取材过浅，病理切片常示慢性炎症，如果病变局部有继发感染和组织大片坏死，活检报告坏死组织，因此活检取材部位很重要，如有溃烂，应在其边缘取，避开坏死组织，最好切除肿块或切开粘膜取深层组织，取下的标本要避免挤压。局部活检往往因深层组织无法切取，病理诊断较困难，应及时作扁桃体切除活检[1]。②肿瘤可隐蔽在非肿瘤性成分的炎细胞中，T 淋巴瘤常隐蔽在大片坏死之下，且血管中心性和血管破坏性的形态学特点对诊断很重要，所以也需要深部活检[3]。③对于诊断确实困难的患者，应尽早实施手术探查，如扁桃体摘除术等以明确诊断，缩短误诊时间。淋巴瘤活检标本一被取下就应立即浸入福尔马林内，必要时为了进行分子生物学研究，流式细胞学检测和某些特殊染色需要用新鲜组织。分析 72 例有病理学误诊史的患者，平均每人 2～3 次，除了与活检取材部位不当外，还与切片与染色的质量及病理医师的诊断水平及经验有关，在完整的临床资料，良好的形态学切片和仔细观察病变的基础上，一位受到良好训练的病理学家可以正确地判断 70%～80% 的淋巴瘤，并加以分级 b30 免疫组化和分子遗传学技术对疑难病例的诊断有帮助，但每种方法都有其优点和局限性，所以对疑难病例应将形态学，免疫组化和微生物学技术联合应用并与临床表现密切结合。非霍奇金淋巴瘤除有原发结外器官的表现外，常较早出现经血源广泛扩散，易出现骨髓受侵。韦氏环恶性淋巴瘤除侵犯颈部淋巴结外，也可以向腹腔，纵隔等处侵犯。其中以腹腔侵犯最为常见。因患者往往精神状态和一般情况较好，出现症状和体征不一致的情况，临床医师往往只注意了局部的病变而忽视了全身其他系统的检查，而造成误诊。对于颈部肿大的淋巴结，可以是鳞状细胞癌，也可以是 NHL，有研究表明 CT 的影像学特征可以用来帮助区别 NHL 和鳞癌[2]，所以对于颈部包块不能排除 NHL 颈侵犯的患者，应辅以 CT 检查。本组病例中，全部患者均行血液学检查，48 例行 B 超、胸片检查均无阳性发现。其余 24 例患者在明确诊断后行 B 超、胸片、骨髓等检查，其中 2 例发现腹腔淋巴结肿大，1 例有骨髓转移。所以对于可疑的恶性淋巴瘤患者，除了首发灶的病理学检查外，全身系统的检查如血液学、胸片、B 超、CT 等检查对诊断也很有帮助。

参 考 文 献

[1] 戚建伟，樊贤超，王长宽，等. 单侧扁桃体肿大与非霍奇

（下转第 557 页）

维普资讯 http://www.cqvip.com

一开始即为恶性。

2.4.2 转移性 TCC：卵巢转移癌多来自胃肠道，来自泌尿系统 TCC 较少见。Young 等[5]提出支持卵巢原发 TCC 的依据有：a 泌尿系 TCC 与卵巢 TCC 的发生相隔 3 年；b 泌尿系肿瘤无侵润或仅有浅表侵润；c 卵巢肿瘤成分中出现浆液性、粘液性等其他苗勒管上皮分化。支持卵巢转移性 TCC 的依据有：a 双卵巢受累；b 泌尿系肿瘤侵犯浆肌层以上；c 卵巢表面有肿瘤种植；d 肿瘤的腺管侵润明显。

2.5 治疗及预后

目前卵巢 TCC 的治疗与其他卵巢上皮性肿瘤一样，仍以手术为主、辅以化疗，对放疗不敏感。铂类仍为化疗的首选药物，有效率达 90% 以上。一般认为，卵巢 TCC 较其他类型卵巢上皮性癌对化疗敏感，常伴有较好的预后[6]。本组病例均在术后进行化疗，药物以顺铂、环磷酰胺为主。其中病例 3 虽期别最晚（Ⅲ期），但坚持化疗（25 次：第 1 年每月 1 次，第 2 年每 3 月 1 次，此后每半年 1 次），存活时间最长；反之，病例 1 仅在术后化疗 1 次，后未在化疗，5 个月后肿瘤复发死亡。这也提示了化疗对卵巢 TCC 的有效性。

参 考 文 献

[1] Silva EG, Robey - Cafferty SS, Smith TL, et al. Ovarian carcinomas with transitional cell carcinoma pattern[J]. Am J Clin Pathol, 1990;93(4):457 - 465.

[2] 陈乐真. 妇产科诊断病理学[M]. 第 1 版，北京：人民卫生出版社，2002;298 - 300.

[3] Ordonez NG. transitional cell carcinomas of the ovary and bladder are immunotypically different[J]. Histopathology, 2000;36(5):433 - 438.

[4] Riedel I, Czernobilsky B, Lifschitz - Mercer B, et al. Brenner tumors but not transitional cell carcinomas of the ovary show urothelial differentiation[J]. Virchows Arch, 2001;438(2):181 - 191.

[5] Young RH, Scully RE. Urothelial and ovarian carcinomas of identical cell type: problems in interpretation. a report of three cases and review of the literature[J]. Int J Gynecol Pathol, 1988;7(3):197 - 211.

[6] Hollingsworth HC, Steinberg SM, Silverberg SG, et al. Advanced stage transitional cell carcinoma of the ovary[J]. Hum Pathol, 1996;27(12):1267 - 1272.

（上接第 550 页）

金淋巴瘤[J]. 临床耳鼻咽喉科杂志，2002;16(9):469 - 470.

[2] Andrew C, Lawrence G, Richard L. Distinguishing Non - Hodgkin Lymphoma From Squamous Cell Carcinoma Tumors of the Head and Neck by Computed Tomography Parameters[J]. Laryngoscope, 2002;112(6):1097 - 1083.

[3] Petrlla T, Delfau - Larue MH, Caillot D, et al. Nasopharyngeal lymphomas: futher evidence for a natural killer origin[J]. Hun Pathol, 1996;27:827 - 833.

[4] 李甘地. 免疫组织化学在淋巴瘤诊断和鉴别诊断中的应用[J]. 中华病理学杂志，1997;26(3):182 - 183.

（上接第 555 页）

嗽为唯一临床症状。[3]4）不重视必要的辅检，如支气管激发试验或支气管扩张试验。

CVA 被误诊为感染性疾病的较多，故抗生素使用时间长且档次高，品种更换频繁，造成抗生素的滥用及患者费用的增加。因此在临床工作中，应提高对 CVA 的认识。CVA 经长期随访，其中约有一半的患者会发展成典型的哮喘[4]因此 CVA 患者应早诊断，早期正规治疗。处理慢性咳嗽患者时，应除外如：后鼻部分泌物滴流、慢性支气管炎、胃食道返流等病的同时行支气管激发或舒张试验、过敏原试验等，提高确诊率，减少误诊，必要时可诊断性治疗。

参 考 文 献

[1] 钟南山，徐 军. 哮喘发病机制及诊断进展[J]. 中华结核和呼吸杂志，1995;18(3):136 - 139.

[2] 顾忠民，马忠森，李 勃. 咳嗽变异性哮喘 20 例临床分析[J]. 吉林医学，2002;23(6):352 - 353.

[3] 李明华，段凯生，朱栓立. 哮喘病学[M]. 北京：人民卫生出版社，1998;494.

[4] 黄克武. 咳嗽变异性哮喘[J]. 中国临床医生，2003;31(1):4 - 5.