

早期鼻腔淋巴瘤 6 例临床分析

Clinical analysis of six cases of early nasal lymphoma

袁群芳¹ 王为¹ 周明¹

[关键词] 单侧;下鼻甲肿胀;不典型;鼻腔淋巴瘤

Key words unilateral;the inferior turbinate swelling;untypical;nasal lymphoma

[中图分类号] R739.62 [文献标志码] B [文章编号] 1001 1781(2013)15 0856 02

我科自 2007-05—2012-10 收治 6 例临床表现不典型的鼻腔淋巴瘤患者,临床资料现报告如下。

1 临床资料

鼻腔淋巴瘤患者 6 例,男 5 例,女 1 例;年龄 32~65 岁,平均 48 岁。6 例患者的共同临床表现为患侧鼻腔间断堵塞,其中 1 例有患侧鼻唇沟区轻度肿胀,间断流浓涕,间断发热病史;2 例患者伴有患侧溢泪;余 3 例无其他特殊临床表现。所有患者专科检查均发现患侧下鼻甲异常肿胀肥大,表面稍粗糙,未见明显新生物与溃烂,对麻黄碱收缩效果差。

6 例患者中,5 例入院即诊断为鼻中隔偏曲、肥厚性鼻炎,余 1 例诊断为鼻中隔偏曲、慢性鼻-鼻窦炎。入院后常规行鼻窦 CT 检查,其中 1 例 CT 检查发现患侧下鼻甲黏膜增厚,伴有同侧上颌窦炎症、鼻唇沟软组织增厚(图 1),另 5 例鼻窦 CT 均仅表现为鼻中隔偏曲、下鼻甲肥大或伴有上颌窦黏膜增厚(图 2)。6 例鼻窦 CT 均未发现明显的骨质破坏和吸收。6 例患者中有 1 例在行鼻中隔矫正术的同时,取下鼻甲部分组织送检;另外 5 例均在保守治疗的同时,取下鼻甲肿胀增生的组织送病理检查,并行免疫组织化学检查,病检结果均为 T 细胞

淋巴瘤,其中一例免疫组织化学结果示:瘤细胞 CD3(+),CD5(部分+),CD10(-),CD20(少许+),Bc1-2(+),CD21(-),见图 3。

2 讨论

原发于鼻腔、鼻窦的非霍奇金淋巴瘤是最常见的结外淋巴瘤之一,占全部患者淋巴瘤的 2%~10%。鼻腔、鼻窦的非霍奇金淋巴瘤可来源于 NK/T 细胞淋巴瘤或 B 细胞淋巴瘤。我国的鼻腔淋巴瘤以 NK/T 细胞淋巴瘤为主,80% 发于鼻腔前段,另 20% 发现于鼻腔顶部^[1]。按照世界卫生组织 WHO(2001 年)临床组织形态学、免疫学和基因技术,将本病定义为结外 NK/T 细胞淋巴瘤-鼻型(nasal extranodal NK/T cell lymphoma, NENK-TCL)^[2]。

鼻腔淋巴瘤临床表现复杂,主要表现为鼻塞、流脓涕、涕中带血和头痛等。局部进行性发展可有鼻中隔骨质破坏和吸收,表现为鼻腔占位性病变及邻近组织广泛侵犯、溃疡及骨质破坏,其面部中线部位的破坏是其突出的临床特征,但是本文研究对象均为鼻腔淋巴瘤早期患者,临床表现不典型。鼻窦 CT 扫描有助于明确肿瘤的原发部位及其扩展、

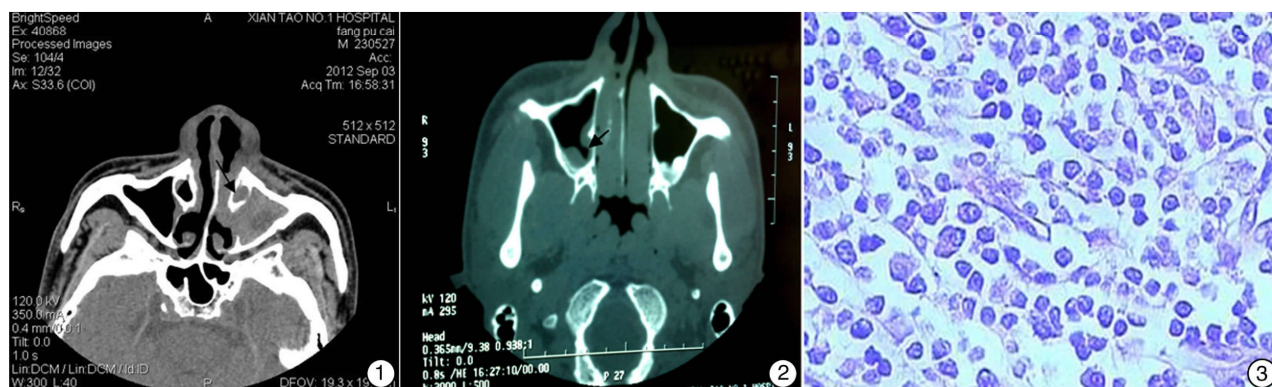


图 1 CT 检查 示左侧下鼻甲肥大、上颌窦炎症、局部无明显骨质破坏; 图 2 CT 检查 示右侧下鼻甲肥大、鼻中隔偏曲、同侧上颌窦黏膜增厚; 图 3 T 细胞淋巴瘤的病理检查

¹仙桃市第一人民医院耳鼻咽喉头颈外科(湖北仙桃,433000)

通信作者:袁群芳,E-mail:yuanqunfang7932@163.com

变应性鼻炎的非特异性免疫治疗进展

张樊莘¹ 余翠萍^{1△}

[关键词] 鼻炎,变应性;免疫调节;非特异性免疫治疗

[中图分类号] R765.21 [文献标志码] A [文章编号] 1001-1781(2013)15-0857-04

The progress of the nonspecific immune therapy of allergic rhinitis

Summary The article describes immune disorder mechanisms of allergic rhinitis and the progress and clinical application status of the nonspecific immune therapy of allergic rhinitis, which can raise people's understanding about the nonspecific immune therapy of this disease.

Key words rhinitis, allergic; immune modulation; nonspecific immune therapy

变应性鼻炎(allergic rhinitis, AR)是特异性个体接触致敏原后由 IgE 介导的递质释放,并由多种免疫活性细胞和细胞因子等参与的鼻黏膜慢性炎症反应性疾病^[1]。随着人们的居住环境和生活条件的改变,AR 成为了一个全球性的健康问题,影响至少 10%~25%的人口^[2]。AR 目前的治疗方法

主要有避免接触变应原,药物治疗和免疫治疗 3 个方面。在不能有效回避变应原的前提下,药物治疗如鼻用糖皮质激素和抗组胺受体拮抗剂等能够有效控制症状。免疫治疗包括特异性免疫治疗和非特异性免疫治疗。特异性免疫治疗是惟一针对病因的治疗方法,众多的临床试验已经证实特异性免疫治疗能够有效减少临床症状和相关成本^[3],但是,此方法无论是天然变应原浸液、提取物还是修饰后的类变应原或重组变应原,都可引起局部或全

¹大连医科大学附属大连市中心医院耳鼻咽喉头颈外科(辽宁大连,116033)

[△]审校者

通信作者:余翠萍, E-mail: dlscp@tom.com

侵犯范围,故应作为常规检查^[1]。

因鼻腔淋巴瘤患者早期临床表现无特异性,再加上病例少见及临床医生经验不足,常易误诊漏诊。据报告误诊率可达 64%,病例假阴性率达 60.1%^[3]。鼻腔 NK/T 细胞淋巴瘤预后不良,5 年生存率较其他型非霍奇金淋巴瘤低^[4],而早期确诊治疗对预后又起着决定性作用^[5]。本文 6 例患者临床仅表现为患侧鼻腔间断堵塞、溢泪等,下鼻甲黏膜明显肿胀、增厚、表面稍粗糙,无明显灰白色坏死物附着,容易与肥厚性鼻炎相混淆,极易漏诊误诊。所以对于按照慢性鼻炎尤其是单侧肿大保守治疗无效的患者临床医生需要引起高度重视,不能仅用射频消融或等离子消融对下鼻甲肥大进行处理,需及时取活检排除此病的可能。但是临床上也常遇到因送检标本不理想,而误诊为慢性炎症伴大量坏死组织病例,最后需经过多次送检才确诊^[6]。这就要求临床医生在取标本时对病变可疑组织需要深部取材^[7],同时取交界处组织时并尽可能扩大面积,采用锐性取材,防止活检组织受挤压变形,影响病检准确率,并对病理切片做免疫组织化学检查,提高诊断率,缩短确诊时间,使患者能够及时得到治疗,提高生存率及生活质量。

参考文献

- [1] 卜国铨. 鼻科学[M]. 上海:上海科学技术出版社, 2000;602-602.
- [2] 王志斌. 鼻部结外 NK/T 细胞淋巴瘤:术语演变与诊断问题[J]. 临床耳鼻咽喉头颈外科杂志, 2010, 24(17):793-794.
- [3] 刘新霞,田传美. 鼻腔 NK/T 细胞淋巴瘤误诊分析(附 2 例报告)[J]. 中国中西医结合耳鼻咽喉科杂志, 2010, 18(2):88-89.
- [4] SEYMOUR J F, PRO B, FULLER L M, et al. Long-term follow-up of a prospective study of combined modality therapy for stage I -II indolent non-Hodgkin's lymphoma[J]. J Clin Oncol, 2003, 21:2115-2122.
- [5] 王虎,李晓江,张世文,等. 结外 NK/T 细胞淋巴瘤-鼻型临床研究[J]. 中华耳鼻咽喉头颈外科杂志, 2005, 40(11):850-854.
- [6] 秦作荣,孙虹. 头颈部恶性淋巴瘤的临床分析[J]. 中国耳鼻咽喉颅底外科杂志, 2005, 11(1):52-53.
- [7] PETRELLA T, DELFAU-LARUE M H, CAILLOT D, et al. Nasopharyngeal lymphomas: further evidence for a natural killer origin[J]. Hun Pathol, 1996, 27: 827-833.

(收稿日期:2013-05-29)