

始发于头颈部 Castleman 病的诊疗分析*

刘丽¹ 王凌芳² 桑建中² 陈磊²

[摘要] 目的:提高对始发于头颈部的 Castleman 病(CD)的诊断和治疗水平。方法:15 例始发于头颈部的 CD 患者,发生于右侧颈部者 8 例,左侧 6 例,双侧 1 例;11 例为局灶型 CD(UCD),4 例为多中心型 CD(MCD)。所有患者均接受影像学检查,并于全身麻醉下行颈部肿物切除术,4 例 MCD 患者均在术后行药物治疗。结果:随访 12~69 个月,1 例患者因肿块与腮腺关系密切,术后出现轻度面瘫;1 例术后瘢痕生长明显,偶有瘙痒;1 例肩部轻度疼痛;4 例多中心患者带瘤生存;2 例分别于随访 57 个月、65 个月后失访,随访期间未见复发;余 6 例未见异常。结论:CD 患者临床表现各异,病理检查为其诊断的重要依据,明确诊断后仍需完善相关检查,避免漏诊。UCD 患者一般预后较好,MCD 患者预后往往欠佳。对于咽旁间隙肿块并发甲状腺肿瘤患者,可同期手术。

[关键词] 头颈部;Castleman 病;诊断;治疗

doi:10.13201/j.issn.1001-1781.2018.11.015

[中图分类号] R653 **[文献标志码]** A

Analysis of the diagnosis and treatment of Castleman disease originating in the head and neck

LIU Li¹ WANG Lingfang² SANG Jianzhong² CHEN Lei²

(¹Department of Medicine, Henan Medical College, Zhengzhou, 451191, China; ²Department of Otolaryngology Head and Neck Surgery, the First Affiliated Hospital of Zhengzhou University) Corresponding author: LIU Li, E-mail: linlinma2013@sina.com

Abstract Objective: To improve diagnosis and treatment of castleman's disease (CD) originating in the head and neck. **Method:** Of 15 cases of Castleman's disease originating in the head and neck, 8 cases occurred in the right side of the neck, 6 cases in the left side, and 1 case in both sides. Eleven cases were focal type CD (UCD), and 4 cases were multi-center type CD (MCD). All patients underwent imaging examination and neck nephrectomy. Four patients with MCD received drug treatment after surgery. **Result:** During follow-up from 12 to 69 months, one patient suffered a slight facial paralysis due to a close relationship between mass and the parotid gland. One patient had obvious postoperative scar growth and occasional itching; another patient suffered mild pain in shoulder; 4 cases of multi-center patients survived with tumor; 2 cases lost follow-up at 57 months, 65 months after follow-up, respectively. There were no recurrence in these two cases during the follow-up period; the remaining 6 cases had no exceptions. **Conclusion:** The clinical manifestations of CD patients are different. Pathological examination is an important basis for diagnosis. After a definite diagnosis, related examinations need to be completed. The LCD patients generally had a good prognosis, and the MCD patients often had a poor prognosis. For patients with parapharyngeal masses complicated by thyroid tumors, surgery can be performed at the same time.

Key words head and neck; Castleman disease; diagnosis; treatment

Castleman 病(CD)是一种临床少见、原因未明的淋巴结反应性增生性疾病,根据其淋巴滤泡增生、毛细血管增生等特征又称为巨大淋巴结增生症、血管淋巴滤泡增生症等。1954 年由 Castleman 首次报道,并于 1956 年正式命名为 Castleman 病。CD 发生部位以纵隔多见,始发于头颈部者多以个案报道,现将我科 2012-02—2016-12 收治的 15 例始发于头颈部 CD 患者的临床资料进行回顾性分析,现报告如下。

1 资料与方法

15 例 CD 患者中,男 8 例,女 7 例;年龄 12~69 岁,中位年龄 27 岁;病程 5 d~20 年;发病年龄 8~69 岁,中位发病年龄 19 岁。发生于右侧颈部者 8 例,左侧 6 例,双侧 1 例,临床资料见表 1。15 例均发生于颈部,表现为颈部大小不一、质韧或质硬肿块;1 例位于咽旁间隙者表现为呼吸不畅,低头时呼吸困难;2 例肿块在 2 个月内由绿豆大小逐渐增至鹌鹑蛋大小。所有肿块无压痛、红肿、发热。15 例患者均接受颈部彩超检查,表现为单发或多发的低回声包块,其中 1 例包块中可见细小光点。13 例患者行颈部 CT 检查,其中平扫者 8 例,表现为多发小结节、占位性肿物;多期增强 1 例,动脉期左颈间

* 基金项目:河南省科技攻关项目(No.172102310059)

¹ 河南医学高等专科学校医学系(郑州,451191)

² 郑州大学第一附属医院耳鼻咽喉头颈外科

通信作者:刘丽, E-mail: linlinma2013@sina.com

隙明显强化肿物影,边缘强化显著,中心斑片状钙化影,静脉期与相邻血管呈低密度改变,边界清;平扫+增强扫描 4 例,3 例表现为颈部多发淋巴结肿大,其中 2 例直接做出怀疑 CD 的诊断,另 1 例示右侧咽旁占位,考虑神经源性肿瘤或涎腺混合瘤,同时发现右侧甲状腺占位性病变;行颈部 MRI 检查 1 例,结果示团块状等 T1 长 T2 信号,内部信号不均,可见斑片状短 T2 信号,DWI 上未见明显弥散受限;行 PET-CT 1 例。咽旁间隙者纤维鼻咽喉镜示右侧咽侧壁凸出,咽腔狭窄,其余患者鼻咽喉镜检查未见明显异常,术前常规实验室检查,结果无明显异常。

2 结果

对所有患者采取术后电话和门诊随访相结合,随访 12~69 个月,1 例患者因肿块与腮腺关系密切,术后出现轻度面瘫;1 例术后瘢痕生长明显,偶有瘙痒;1 例肩部轻度疼痛;4 例多中心患者带瘤生存;2 例随访 57、65 个月后失访,随访期间未见复发;余 6 例未见异常。

3 典型病例报告

患者,女,27 岁,以“呼吸不适 3 年”为主诉入院。查体:右侧咽侧壁明显隆起,表面黏膜光滑,口咽腔狭窄,右侧颌下区皮肤隆起,可触及范围约鸡蛋大小位置较深一肿块。甲状腺左侧叶未触及明显异常,甲状腺右侧叶可触及一大小约 2 cm×1 cm 结节。右颈部可触及多个大小不一肿大淋巴结,最

大者约 1.0 cm×0.5 cm。实验室检查未见明显异常。颈部超声检查:①右侧颈部淋巴结肿大(考虑 Met);②右侧甲状腺实性结节(TI-RADS 分级为 5 级)。CT 平扫+增强扫描:右侧咽旁间隙可见一椭圆形软组织密度影,截面大小约 45 mm×30 mm,CT 值约 51 HU,边界清晰,周围结构呈受压改变,口咽腔受压狭窄,增强后病灶呈明显欠均匀强化,甲状腺右侧叶可见小结节影,增强后呈轻度不均匀强化(图 1~2)。本例患者诊断为右侧咽旁占位,考虑神经源性肿瘤或涎腺混合瘤;甲状腺右侧叶占位。胸部 CT、心脏肝胆脾胰彩超等无异常,常规血液学检查未见异常。先行右侧甲状腺腺叶切除+右侧颈部 II、III、IV、VI 区淋巴结清扫+右侧喉返神经探查术,术后病理回示:右侧甲状腺乳头状癌;送检淋巴结见转移(右 II 区 3/10;右 III 区 6/13;右 IV 区 4/8;右 VI 区 4/4)。术后无声嘶、饮水呛咳,胸锁关节上一横指长约 12 cm 低弧形切口,切口周围可见瘢痕形成。术后 7 d 行“咽旁间隙肿物摘除术”,术后病理检查示淋巴组织和血管增生,淋巴组织内见大小相近的淋巴滤泡,玻璃样变的小血管穿插入滤泡中心,小淋巴细胞呈环层状排列,似“洋葱皮”结构,淋巴窦消失。免疫组织化学染色:CD20(+),CD3(-/+),Bcl-2(+),CD123(灶+),CD10(-),CD38(灶+),Ki-67(10%+)。最终诊断为(右咽旁肿物)CD 病(透明血管型),见图 2、3a。术后随访 12 个月,未见复发。

表 1 患者一般资料

例序	性别	年龄/岁	颈部侧别	部位	面积/mm ²	类型	形态学特点	治疗方式	随访/月
1	女	27	右	咽旁间隙	55×30	UCD	HV	手术	12
2	男	36	左	颌下腺及腮腺下方	39×11	UCD	HV	手术	18
3	男	13	左	锁骨上窝	43×38	UCD	HV	穿刺+手术	21
4	女	22	双	锁骨上窝及胸锁乳突肌下 1/3 浅面	55×56	UCD	HV	手术	23
5	男	15	右	胸锁乳突肌中部内侧、左腋窝	66×39	MCD	HV	手术+化疗	24
6	男	12	左	胸锁乳突肌深面、纵隔、双腋窝	41×32	MCD	HV	手术+化疗	29
7	女	27	右	颈总动脉与锁骨下动脉夹角	63×26	UCD	HV	穿刺+手术	40
8	女	27	右	颈动脉鞘浅面	32×25	UCD	HV	手术	44
9	女	51	左	胸锁乳突肌中部浅面、双腋下	26×15	MCD	HV	穿刺+手术+化疗	44
10	男	69	右	腮腺后下方	31×28	UCD	HV	手术	45
11	男	34	右	颌下腺下方、腋窝	12×41	MCD	PC	手术+化疗	48
12	女	28	左	胸锁乳突肌深面	61×29	UCD	HV	手术	54
13	男	17	右	颈内静脉外侧	18×27	UCD	HV	手术	57(失访)
14	男	18	左	胸锁乳突肌前缘及颈动脉分叉处	30×18	UCD	HV	穿刺+栓塞+手术	65(失访)
15	女	19	右	胸锁乳突肌前缘	29×37	UCD	HV	手术	71

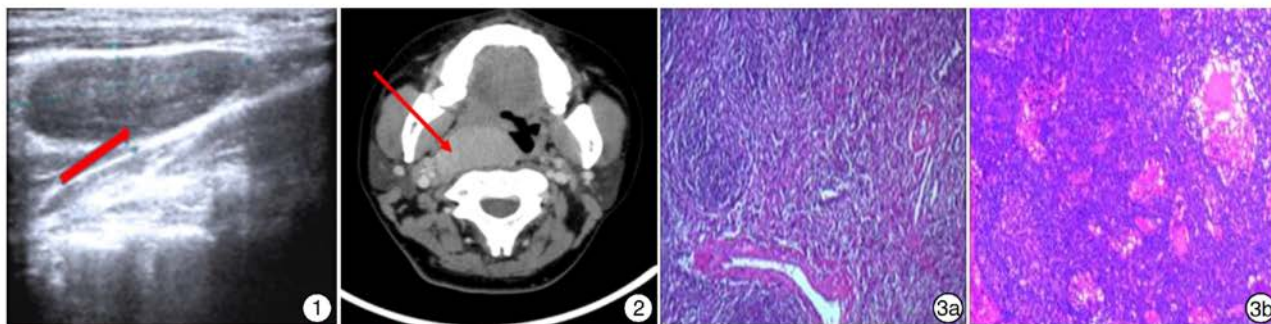


图 1 CD 患者颈部彩超所示；图 2 咽旁间隙的透明血管型 CD 的 CT 增强表现 肿物见红色箭头所示；图 3 病理学检查 3a:透明血管型 CD;3b:浆细胞型 CD。

4 讨论

CD 的发病机制尚不明确,长期以来其发病机制的研究多集中在炎症刺激、病毒感染或药物导致的慢性反应性淋巴组织异常增生,目前公认 IL-6 及卡波西肉瘤疱疹病毒(HHV-8)与 CD 的发生有关,研究表明 VEGF、TNF、CMV 也可能与该疾病的发生有关,其机制仍需进一步探讨^[1]。有学者认为 CD 有女性好发的趋势,但多数学者认为其无性别差异,且可发生于任何年龄,以 35~55 岁为主^[2],本研究中男女比例为 1.14 : 1,发病年龄 8~69 岁,中位年龄 19 岁。根据组织学特点的不同将 CD 分为透明血管型(hayline-vascular, HV)、浆细胞型(plasma cell type, PC)以及兼有两者特征的混合型。HV 型占 80%~90%,PC 型占 10%~20%,混合型 < 10%。本研究中, HV 占 93.3% (14/15),PC 型占 6.7%(1/15),可能与发病部位局限于颈部有关。

CD 主要表现为无痛性淋巴结明显肿大,可发生于全身各处淋巴组织,也可发生于正常时不存在淋巴结的部位^[3],多见于胸部(纵隔),其次为颈、腋及腹部,偶见于眼眶、鼻咽等部位^[4]。根据其临床表现及淋巴结受累范围不同,Frizzera 等(1988)将其分为局灶型 CD(unicentric castleman disease, UCD)和多中心型 CD(multicentric castleman disease, MCD),并提出其诊断标准:①UCD 的诊断标准:单一部位的淋巴结肿大;除浆细胞型外多无全身症状及血沉加快、贫血、γ 球蛋白增高等异常;肿物切除后可长期存活。②MCD 的诊断标准:特征性的增生性组织病理学改变;显著的淋巴结肿大并累及多处外周淋巴结,多系统受累表现。UCD 常因无意间或体检发现肿大的淋巴结或体表包块就诊,多无临床症状,因肿大淋巴结压迫临近结构,可造成相应的临床症状,如肢体麻木感、睡眠打鼾及呼吸困难等。MCD 患者往往伴发多种疾病,且多处淋巴结显著肿大,并伴有发热、腹痛、水肿、消瘦、肝脾肿大等多系统受累表现,且血液学检查异常^[5]。本研究中,8 例肿块为无意间发现,其中 2 例

在 2 个月内逐渐增至鸭蛋大小,因位置尚表浅,故无明显临床症状;2 例为体检时发现;1 例位于咽旁间隙 UCD 患者肿大淋巴结凸向咽腔,导致咽腔狭窄,引起呼吸不适,低头时引起呼吸困难。4 例 MCD 患者中,3 例为 HV 型,1 例为 PC 型,均表现为无症状性多部位淋巴结肿大。因其临床表现不典型,对于术前未能考虑本病者,术后应完善胸、腹部相关检查及血液学检查,以免发生漏诊和复发。

CD 临床表现无特异性且罕见,容易漏诊或误诊,影像学检查均提示淋巴结增生,部分淋巴结明显肿大者,经验较丰富的影像学医师可给出参考性意见。影像学检查上,超声(图 1)检查多表现为包膜清晰、均质低回声团块影,多淋巴融合时因包膜存在,则表现为肿块内部回声不均,彩超可见内部丰富血流。UCD 在 CT 平扫时肿块密度均匀,边界清楚锐利,增强扫描动脉期明显强化,延迟期中度强化,明显强化与其内部含有较多血管和较丰富毛细血管有关,MCD 缺乏影像学特异性。MRI 检查多表现为等或短 T1 长 T2 信号,影像学检查 MCD 有肝脾肿大、胸腹腔积液等多系统受累表现^[6]。

影像学检查只能作为 CD 的辅助检查手段,病理学检查为 CD 诊断的“金标准”。穿刺活检因其创伤小常被应用于颈部肿块的定性诊断,因其组织量小且对组织有一定的破坏性,准确度为 50%~75%。本研究中,4 例术前行穿刺活检,1 例示正常细胞,2 例示淋巴结慢性炎症,1 例较难诊断者经会诊后确定为透明血管型 CD,所有患者均经再次手术后确诊为 CD。透明血管型 CD 典型的病例特征为滤泡生发中心被层状排列的小淋巴细胞围绕,呈“洋葱皮”样改变,滤泡生发中心内可见明显嗜伊红物质沉积,滤泡间可见透明变性的小血管插入生发中心呈“棒棒糖样”图像(图 3a);而浆细胞型 CD 滤泡内毛细血管穿入和“洋葱皮”样改变或缺如或不明显,生发中心玻璃样变的血管罕见;混合型则同时兼具 2 种类型的形态学特点(图 3b)^[3]。

发生于颈部的 CD 应与木村病相鉴别,木村病除了皮下无痛性肿块外,还表现为血液学检查异

常,如外周血嗜酸粒细胞和血清 IgE 增多。传染性单核细胞增多症的发生被认为与 EB 病毒感染有关,好发于儿童及青少年,可表现为发热、寒战和多汗,其病程有一定的自限性,70% 患者有淋巴结肿大,发生于颈部者多见,应与颈部 CD 相鉴别。无论 LCD 还是 MCD 型,均有转化为恶性淋巴瘤的可能,许建芳等^[7]采用免疫组织化学染色后发现其在 CD 的诊断中无特异标记,根据其病理特征、组织学形态及免疫组织化学检查,可与淋巴瘤做出鉴别诊断,由此也可看出对于怀疑 CD 的颈部肿块行免疫组织化学染色的重要性。WHO(2001)淋巴瘤新分类中提到,滤泡树突状细胞肉瘤与 PC 型 CD 有关,HIV 感染患者 MCD 发病率增加。因此,高度怀疑 CD 的颈部肿块应注意有无滤泡状树突细胞肉瘤和淋巴瘤的转化。此外,CD 仍需与颈部淋巴结结核、淋巴结炎、神经鞘瘤、涎腺混合瘤、颈动脉体瘤等相鉴别,发生于儿童患者,还应与淋巴管瘤相鉴别。本研究中,1 例患者行头颈联合 CTA 示病变位于颈动脉分叉水平,瘤体较大,与周围大血管界限清,怀疑动静脉畸形,但临床波动不明显,且颈动脉体瘤多呈圆形或椭圆形,有包膜,考虑颈动脉体瘤可能,患者有过手术史,考虑颈筋膜粘连可能,为减少术中出血,术前介入下行血管栓塞术。

CD 的治疗方式及预后与其临床类型及病理分型有关。作为病因不明的罕见疾病,CD 尚无标准的治疗方案。外科手术完整切除肿大的淋巴结是 UCD 患者首选,本研究中 UCD 切除后随访期内均无复发,但外科手术治疗 UCD 患者 9 年后有复发病例报道^[4]。对无法耐受手术及病灶广泛不能完整切除的 UCD 患者,可选择药物治疗或放射治疗。MCD 患者累及外周多处淋巴结,有多系统受累表现,有研究表明,部分 MCD 患者外科手术切除病灶可有效缓解全身症状,免疫治疗和化学疗法是其基本的治疗策略。而 IL-6 导致 MCD 大多数的临床症状和血液学检查异常,是 MCD 发病机制的关键,而针对 IL-6 的治疗,如抑制 IL-6 自分泌的蛋白酶抑制剂硼替唑米以及抗 IL-6 人受体的人源化单克隆抗体等,该类型患者临床症状和异常的实验室指标都得到改善。其他方法仍被尝试应用于该类型的治疗,如激素、化疗、抗 CD-20 单抗以及新型靶向药物。MCD 临床呈高度侵袭性,生存期较短,多在 13~40 个月,死因主要为严重感染并转化为恶性淋巴瘤及多器官功能衰竭^[1,8-9]。无论 LCD 还是 MCD 型,均有转化为恶性淋巴瘤的可能,化疗多经验性应用非霍奇金淋巴瘤的治疗方案。本研究中,1 例单中心 HV 型 MCD 患者,血液学检查未见明显异常,且无消瘦、肝脾肿大等全身表现,应用“干扰素+沙利度胺”预防性治疗,术后未见复发;1 例 MCD 术后行“吉西他滨+顺铂+强的松+沙利度

胺(GDPT)”,1 例行“环磷酰胺+多柔比星+长春新碱+泼尼松(CHOP)”方案,均未见异常。1 例 MCD 患者 CHOP 方案化疗 2 个疗程,随访 48 个月未见异常。

典型病例中,患者发生右侧咽旁 CD 的同时,并发甲状腺乳头状癌伴右颈部淋巴结转移。甲状腺乳头状癌生物学行为良好,属低度恶性肿瘤,研究表明,甲状腺乳头状癌颈部淋巴结转移发生率为 40%~70%,最常见转移至同侧 VI 区,其次为 II、III、IV 区,而转移咽旁淋巴结的概率在 0.43%~12.5%,临床差异较大^[10]。临床上咽旁间隙 CD 并发甲状腺乳头状癌伴颈部淋巴结转移者临床罕见,国内外尚无此类病例报道。完整彻底切除咽旁间隙肿块和甲状腺乳头状癌根治术是其有效的治疗方法。本例患者术前根据颈部 CT 平扫+增强检查,怀疑咽旁神经鞘瘤或涎腺源性肿瘤、甲状腺占位。而甲状腺乳头状癌典型 CT 增强扫描为淋巴结囊性变或壁内明显强化的乳头状结节等特征性密度改变^[11],请甲状腺科会诊后建议先行甲状腺肿瘤根治手术,术后 7 d 行咽旁手术,咽旁肿瘤手术过程中,纤维结缔组织黏连严重,组织结构欠清晰,给手术造成一定困难。术后患者第 1 天渗出约 600 ml 暗红色血液,第 2 天渗出约 100 ml,术中术后渗出总量约 900 ml。根据患者术后术腔渗血及出院后皮肤瘀痕情况,我们认为第 1 次手术后术区组织粘连明显,同区域再行手术,钝性分离过程中牵拉黏连组织,使新生毛细血管破裂致术后渗出较多。由此,建议对于咽旁间隙肿块并发甲状腺肿瘤患者,应完善相关术前检查、充分了解病情、评估手术风险,患者可耐受情况下,考虑同区域同期手术,以减少术中术后渗血,避免损伤。

参考文献

- [1] 张路,李剑. Castleman 病发病机制研究进展[J]. 中国医学科学院学报,2016,38(1):118-121.
- [2] 张晓雯,梁大鹏,李君,等. 头颈部 Castleman 病的诊断与治疗[J]. 临床耳鼻咽喉头颈外科杂志,2016,19(19):1561-1563.
- [3] 韩鸿雁,李晓兵,张博,等. Castleman 病临床病理分析并文献复习[J]. 临床与实验病理学杂志,2015,31(1):58-61.
- [4] TALAT N, BELGAUMKAR A P, SCHULTE K M. Surgery in Castleman's disease: a systematic review of 404 published cases[J]. Ann Surg, 2012, 255:677-684.
- [5] XIE Y, ZHAO Y, JI Z G, et al. Castleman's Disease: A Rare Mass in the Pararenal Retroperitoneum that Mimics Other Tumors[J]. Chin Med J (Engl), 2017, 130:2126-2127.
- [6] 王东,胡春洪. Castleman 病的影像学诊断[J]. 苏州大学学报(医学版),2007,27(3):466-467.

慢性鼻窦炎中金黄色葡萄球菌药敏结果分析

刘洋¹ 范立² 汤燕琴² 张志远²

[摘要] **目的:**了解慢性鼻窦炎(CRS)及健康对照者鼻腔金黄色葡萄球菌感染情况及药物敏感性。**方法:**对 71 例 CRS 患者(实验组)和 103 例健康对照者(对照组)中鼻道分泌物行细菌培养和药敏试验,分析金黄色葡萄球菌感染情况及药物敏感性。**结果:**实验组 71 例患者中,分离出金黄色葡萄球菌 29 株,阳性率为 40.85%;103 例对照组中,分离出 12 株,阳性率为 11.65%。菌株对氨基糖苷类、糖肽类药物敏感性较高,实验组与对照组耐药率无差异。共检出 13 株耐甲氧西林金黄色葡萄球菌,未出现对喹诺酮类、氨基糖苷类和万古霉素耐药的菌株。**结论:**部分 CRS 患者发病可能与金黄色葡萄球菌感染有关,使用抗生素治疗 CRS,应根据鼻腔分泌物的细菌培养和药敏结果选择药物。

[关键词] 鼻窦炎;细菌培养;抗生素类

doi:10.13201/j.issn.1001-1781.2018.11.016

[中图分类号] R765.4 **[文献标志码]** A

Analysis of drug sensitivity of *Staphylococcus aureus* in patients with chronic sinusitis

LIU Yang¹ FAN Li² TANG Yanqin² ZHANG Zhiyuan²

(¹Department of ENT and Stomatology, First People's Hospital of Fuzhou, Fuzhou, 344000, China;²Department of Otolaryngology Head and Neck Surgery, First Affiliated Hospital of Nanchang University)

Corresponding author: ZHANG Zhiyuan, E-mail: zzyent@126.com

Abstract Objective: To investigate the prevalence and drug sensitivity of nasal *Staphylococcus aureus* infection in patients with chronic sinusitis and healthy controls. **Method:** Bacterial culture and drug sensitivity test were performed in 71 patients with CRS (experimental group) and 103 healthy controls (control group). The infection rate of *Staphylococcus aureus* and the sensitivity of the drug were analyzed based on these results. **Result:** Twenty-nine *Staphylococcus aureus* strains were isolated from 71 cases of patients in the experimental group, and the positive rate was 40.85%; 12 *Staphylococcus aureus* strains were isolated from 103 cases of patients in the control group, and the positive rate was 11.65%. There was no significant difference between the experimental group and the control group in the sensitivity of the strains to aminoglycosides and glycopeptides. A total of 13 strains of methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* (MRSA) were detected, and there was no strains which had resistance to quinolones, aminoglycosides and vancomycin. **Conclusion:** The incidence of CRS may be related to the infection of *Staphylococcus aureus*. The use of antibiotics in the treatment of CRS should be based on the results of bacterial culture and drug sensitivity test.

Key words sinusitis; bacterial culture; antibiotics

慢性鼻窦炎(chronic sinusitis, CRS)是耳鼻咽喉

科的常见疾病之一,对患者生活质量有严重影响。虽然 CRS 发病率高,但目前对其发病机制的认识尚未统一,呼吸道变态反应、鼻窦黏膜清洁功能障碍、呼吸道微生物(细菌、真菌及病毒)感染、鼻局部解剖

¹抚州市第一人民医院耳鼻咽喉口腔科(江西抚州,344000)

²南昌大学第一附属医院耳鼻咽喉头颈外科

通信作者:张志远, E-mail: zzyent@126.com

[7] 许建芳,胡锡琪,周燕南,等. Castleman 病 16 例临床病理分析[J]. 临床与实验病理学杂志, 2002, 18(4): 360-362.

[8] YOSHIZAKI K, MURAYAMA S, ITO H, et al. The Role of Interleukin-6 in Castleman Disease[J]. Hematol Oncol Clin North Am, 2018, 32: 23-36.

[9] SHAH D, DARJI P, LODHA S, et al. Unicentric Castleman's disease of abdomen[J]. J Radiol Case Rep, 2013, 7: 26-33.

[10] DESUTER G, LONNEUX M, PLOUIN-GAUDON I, et al. Parapharyngeal metastases from thyroid cancer[J]. Eur J Surg Oncol, 2004, 30: 80-84.

[11] SOM P M, BRANDWEIN M, LIDOV M, et al. The varied presentations of papillary thyroid carcinoma cervical nodal disease: CT and MR findings [J]. AJNR Am J Neuroradiol, 1994, 15: 1123-1128.

(收稿日期: 2018-02-23)