

· 短篇及病例报道 ·

原发性阑尾黏膜相关性 B 细胞淋巴瘤误诊 1 例

杨雪峰¹, 穆青清¹, 王麦建¹, 黄韩冬¹, 黄琼², 程家平^{1△}

(遵义医学院附属医院: 1. 胃肠外科; 2. 病理科, 贵州遵义 563003)

doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2011.34.047

文献标识码: C

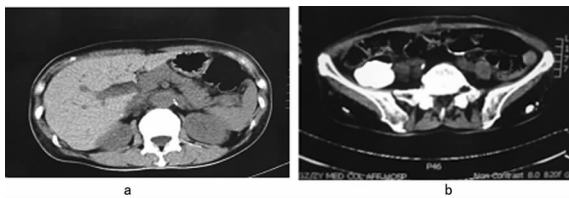
文章编号: 1671-8348(2011)34-3534-02

黏膜相关淋巴瘤一般多发生于胃肠道, 文献报道以胃多见, 肠道少见^[1], 在阑尾罕见发生, 作者于 2010 年 9 月收治阑尾淋巴瘤 1 例, 现报道如下。

1 临床资料

患者, 女, 66 岁, 因腹胀、腹痛伴食欲缺乏 3 年加重 5 d 入院。体格检查: 体温 36.7 °C, 全身淋巴结未触及, 右侧附件区扪及鸡蛋大小包块, 偏实性, 不规则, 不活动, 有压痛, 左侧附件区无异常。血常规: WBC $7.8 \times 10^9/L$ 、淋巴 0.18、RBC $4.57 \times 10^{12}/L$ 、Hb 117 g/L。X 线胸片无纵隔淋巴结肿大; B 超提示双侧卵巢未显示, 右附件区见 51 mm × 19 mm 实性低回声光团, 子宫直肠陷凹见液性暗区 21 mm。糖类抗原 CA-125 7.9 U/mL。以怀疑右侧卵巢癌、右侧输卵管癌入本院妇科。3 d 后行剖腹探查术, 术中见双侧附件外观正常, 阑尾实性增大, 约 70 mm × 20 mm、色灰白、质韧包块(封 4 图 1), 肝、脾及肠系膜淋巴结无肿大。外科会诊考虑为阑尾肿瘤, 行阑尾切除术及术中快速冷冻病理检查, 初步结果为阑尾恶性肿瘤, 遂行右半结肠切除术。快速冷冻病理检查镜下见阑尾黏膜层、黏膜下层及腺体间有异形小淋巴样细胞浸润(封 4 图 2), 初步结果为阑尾恶性肿瘤。免疫组化检测结果为阑尾黏膜相关性 B 细胞淋巴瘤(封 4 图 3), 免疫组化结果示检测细胞标志物、肿瘤细胞表达 CD20 弥漫 B(+)(封 4 图 4)、CD79a(+)(封 4 图 5)、Ki-67 增殖指数 60%。送检的右半结肠、两切缘及肠系膜淋巴结未见肿瘤累及(0/10 枚)。

术后行全腹 CT(图 6)及颈、腋窝、腹股沟区淋巴结 B 超检查未见肿大淋巴结。骨髓穿刺结果无恶性细胞。最后诊断: 阑尾黏膜相关性 B 细胞淋巴瘤(Ia 期), 应用 CHOP 方案化疗, 痊愈出院, 随访 4 个月无复发。



a: 上腹部 CT 检查未见异常肿大淋巴结; b: 下腹部 CT 检查见右半结肠切除术后改变, 未见异常肿大淋巴结。

图 6 全腹 CT 检查

2 讨论

淋巴瘤分为霍奇金淋巴瘤与非霍奇金淋巴瘤两大类。中国常见的非霍奇金淋巴瘤有 10 种类型, 其中黏膜相关性淋巴组织(mucosa associated lymphoid tissue, MALT)淋巴瘤是一类低度恶性 B 细胞淋巴瘤, 发病率仅次于弥漫大 B 细胞淋巴瘤。MALT 淋巴瘤成人多见, 中位年龄 60 岁^[2]。原发性阑尾淋巴瘤的发生率占有阑尾手术的 0.015%^[3]。与其他非霍奇金淋巴瘤不同的是, 阑尾淋巴瘤好发于 20~30 岁年龄组^[4]。

阑尾淋巴瘤起病隐匿, 惰性生长, 症状少, 临床表现为急性

阑尾炎或腹部包块, 淋巴结、骨髓和外周血较少累及, 肿瘤可较长时间局限于原发部位, 多为 I 或 II 期, 预后较好。但阑尾淋巴瘤较为罕见, 临床表现复杂多样, 缺乏特异性, 术前确诊困难, 极易误诊, 由于该病诊治经验欠缺, 误诊或漏诊是影响患者生存重要原因。辅助检查、肿瘤标记物检查诊断困难, 如患者出现胸、腹腔积液抽取寻找淋巴瘤细胞可协助诊断^[5]。彩超在 MALT 淋巴瘤诊断中临床价值较大, 有利于与其他肠道疾病相鉴别^[6], 对淋巴瘤诊断、分期, CT 检查为常用诊断方法, 能初步估计肿瘤大小、浸润情况、并对肿瘤疗效进行评价。但 PET 扫描在监测疗效及肿瘤有无复发优于 CT, 尤其对是肿瘤的残存还是纤维化病灶鉴别更为优越^[7-8]。尽管单纯的冷冻切片仅初步判断良、恶性, 确诊需依靠病理检查, 需组织学分析结合多种免疫组化才能最后病理诊断^[9]。但为避免对该病出现误诊或漏诊, 作者认为, 术中高度怀疑阑尾肿瘤, 必须行快速病理检查, 可为术中及时诊断和处理提供可靠依据。

较多研究表明, MALT 淋巴瘤与感染及免疫因素有明显关系, 国外报道早期胃 MALT 淋巴瘤有 78% 患者经抗幽门螺杆菌(Hp)治疗后肿瘤得以治愈^[10]。国内有研究认为磷酸酶基因(PTEN)蛋白参与胃 MALT 淋巴瘤的恶性转化与其浸润进展及其恶性生物学行为有关^[11]。

目前对 MALT 淋巴瘤的治疗尚缺乏统一方案。MALT 淋巴瘤是一组惰性的低度恶性淋巴瘤, 但淋巴瘤存在转化现象, 即由低度恶性淋巴瘤向高度恶性淋巴瘤转化现象^[12], 针对阑尾 MALT 淋巴瘤大部分均为剖腹探查发现, 如果治疗方案保守, 有影响预后可能。作者认为, 对于阑尾 MALT 淋巴瘤治疗方式宜手术为主, 化、放疗为辅。由于 MALT 淋巴瘤有易累及原发部位其他黏膜特点, 即使手术切除原发病灶, 其远处黏膜仍被累及, 达不到治疗目的。故作者主张针对阑尾 MALT 淋巴瘤手术方式以右半结肠切除术为主, 应保证切缘无瘤。国外文献报道通过阑尾切除术或右半结肠切除术治疗成功^[13]。但作者认为阑尾 MALT 淋巴瘤病例数极少, 随访时间短, 黏膜下浸润广度与深度难以估计, 无法判断单纯阑尾切除术对治疗阑尾 MALT 淋巴瘤可效性, 仅行单纯阑尾切除术, 术后病理检查结果为恶性淋巴瘤, 半月内仍积极行右半结肠切除术, 而不是单纯切除阑尾, 这样才能提高患者远期生存率。对于术中发现肿瘤分期较晚者, 术后宜行常规化疗, 化疗首选 CHOP 方案, 化疗 6 个周期。总之, 早期诊断、准确分型、合理个体化治疗方案必然会提高恶性淋巴瘤患者的生存期。避免误诊是关系到淋巴瘤患者治疗和预后的重要因素^[14]。有报道阑尾非霍奇金淋巴瘤在初次诊断 9 年后复发^[15]。

参考文献:

- [1] 梅开勇, 苏祖兰, 林汉良, 等. 原发性胃肠道淋巴瘤临床病理分析[J]. 中国现代医师, 2009, 47(3): 3-5.
- [2] 李玉林. 病理学[M], 7 版. 北京: 人民卫生出版社, 2008:

- 207-208.
- [3] Rao SK, Aydinalp N. Appendiceal lymphoma: a case report[J]. J Clin Gastroenterol, 1991, 13(5): 588-590.
- [4] Carpenter BW. Lymphoma of the appendix[J]. Gastrointest Radiol, 1991, 16(3): 256-258.
- [5] Chishima F, Hayakawa S, Ohta Y, et al. Ovarian Burkitt's lymphoma diagnosed by a combination of clinical features, morphology, immunophenotype, and molecular findings and successfully managed with surgery and chemotherapy[J]. Int J Gynecol Cancer, 2006 (16 Suppl 1): S337-343.
- [6] 任宏义, 朱连清, 黄勇进, 等. 彩色多普勒超声诊断肠道黏膜相关淋巴组织淋巴瘤 2 例并文献复习[J]. 中国现代医药杂志, 2011, 13(1): 49-51.
- [7] Ak I. F-18 FDG imaging of an asymptomatic sacrococcygeal pilonidal sinus in a patient with malignant disease [J]. Clin Nucl Med, 2007, 32(10): 822-824.
- [8] Ab Hamid S, Wastie ML. Primary non-Hodgkin's lymphoma presenting as a uterine cervical mass[J]. Singapore Med J, 2008, 49(3): e73-75.
- [9] 郑晓林, 陈墨. 结外型淋巴瘤 CT、MRI 分析[J]. 中国 CT 和 MRI 杂志, 2009, 7(1): 52-54.
- [10] Arima N, Tsudo M. Extragastric mucosa-associated lymphoid tissue lymphoma showing the regression by Helicobacter pylori eradication therapy[J]. Br J Haematol, 2003, 120(5): 790-792.
- [11] 刘迎利, 林涛, 周毅. 胃 MALT 淋巴瘤临床、内镜、病理特征分析及 PTEN 蛋白的表达[J]. 南方医科大学学报, 2010, 30(5): 1183-1184.
- [12] 秦叔逵, 马军, 游伟程. 中国临床肿瘤学进展 2010[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2010: 237-241.
- [13] Hanna GB, Frizelle FA, Santoro GA. Lymphoma of the appendix. A case report[J]. G Chir, 1997, 18(4): 219-221.
- [14] 程霄虹. 非霍奇金淋巴瘤误诊为阑尾炎 1 例[J]. 中国临床医药研究杂志, 2007(15): 78.
- [15] Katz DS, Stein LB, Mazzie JP. Recurrent non-Hodgkin's lymphoma of the appendix[J]. AJR Am J Roentgenol, 2002, 179(6): 1443-1445.

(收稿日期: 2011-01-01 修回日期: 2011-07-15)

· 短篇及病例报道 ·

卵巢腺癌术后脾转移 1 例

黄 辉, 张朝军[△]

(第三军医大学新桥医院普外科, 重庆 400037)

doi: 10.3969/j.issn.1671-8348.2011.34.048

文献标识码: C

文章编号: 1671-8348(2011)34-3535-02

1 临床资料

患者, 女, 48 岁, 于 2007 年 8 月无明显诱因出现腹痛、腹胀, 全身乏力、体质量明显下降, 于 2007 年 9 月 12 日在外院诊断为卵巢癌行全子宫、双附件、阑尾及大网膜切除术。术后病理检查示双卵巢低分化乳头状腺癌, 侵及双侧输卵管组织, 大网膜广泛性癌转移。术后给予系统化疗, 于 2008 年 1 月 22 日、2008 年 2 月 20 日复查糖类抗原 125(CA-125)分别为 19.60 U/mL、15.90 U/mL(正常值为 2.5~20.4 U/mL)。2008 年 11 月 25 日 B 超检查示盆底右侧可见 32 mm×30 mm×27 mm 不均质实性包块, 阴道顶端可见 29 mm×13 mm×18 mm 不均质实性块状影。于 2008 年 11 月 27 日行定向放疗, 并分别于 2008 年 12 月 5 日、2009 年 1 月 8 日行 TP 方案化疗。2009 年 1 月 5 日复查 CA-125 为 546.38 U/mL。2009 年 2 月 12 日复查盆腔 CT: 右侧盆腔结节影部分侵犯直肠, 考虑卵巢癌术后复发; 于 2009 年 2 月 16 日经腹行直肠切除吻合术。术后病理检查示直肠中-低分化管状腺癌, 肿瘤侵犯肠壁浆膜层及肌层, 于卵巢来源, 双切缘无癌, 肠周淋巴结(5/15)可见癌转移, 另外转移癌结节 3 个。术后分两次给予 TP 化疗方案。2010 年 1 月 6 日 CT 检查示脾脏转移癌(封 4 图 1)。于 2010 年 1 月 22 日在全身麻醉下行脾脏切除术及周围淋巴结清扫术, 术中探查: 脾中极见约 6 cm×5 cm 大小包块, 包块侵犯胃大弯处。术后病理检查示脾门低分化腺癌浸润(封 4 图 2), 考虑卵巢癌转移, 少许胃壁组织可见癌转移。

2 讨论

转移性脾肿瘤(metastatic carcinoma of the spleen, MCS)临床少见, 其发生率约占所有脾恶性肿瘤的 2%~4%^[1]。

MCS 的诊断标准: (1)有原发恶性肿瘤并经病理检查证实; (2)B 超和(或)CT 检查发现脾脏占位病变, 经剖腹探查和病理检查证实; (3)B 超和(或)CT 检查动态随访, 开始为阴性, 以后发现脾有占位性病变; (4)B 超检查发现脾占位性病变, 后经 CT 扫描证实脾占位病变伴盆腹腔种植, 或手术病理检查证实其他部位有转移病灶; (5)临床上无感染和脾栓塞症状。凡符合上述标准(1)和(5), 再加(2)、(3)、(4)其中之一, 除外原发肿瘤为淋巴瘤类肿瘤者, 均可诊断为 MCS^[2]。原发癌确诊之后被检出 MCS 的平均时间为 2.6 年^[3]。MCS 的形成有 3 种途径: (1)血行转移; (2)淋巴管途径和腹腔种植性转移; (3)邻近脏器病变的直接侵犯。脾脏转移发生率低的可能原因是: (1)脾动脉呈直角从腹腔动脉发出, 使癌细胞不易进入脾脏, 脾组织内输入淋巴管极少; (2)脾脏的节律性搏动, 使流经脾脏的肿瘤细胞难以停留; (3)脾脏具有极强的免疫能力; (4)脾脏内碳水化合物浓度低、氧浓度高, 肿瘤细胞不适于生长在此环境中。

恶性肿瘤发生脾转移, 大多数患者无特异性症状, MCS 常在常规检查中发现。发生 MCS 后, 一般不会造成巨脾症, 临床表现: (1)左上腹痛及脾大。MCS 多有上腹痛, 左肋下触及脾脏, 有相对特异性, 因此对有癌病史者出现上述表现时应高度怀疑 MCS^[4]。(2)自发性脾脏破裂。临床罕见, 目前报道仅有 15 例, 约占 MCS 的 2.0%, 但病死率高^[5]。(3)孤立性 MCS。由于大多为晚期癌肿的表现, 因此孤立性转移甚为少见, 国内外报道仅 50 多例, 约占 MCS 的 5.3%, 且 60.0%来自于妇产科肿瘤^[6]。总体上 MCS 预后不佳, 1 年内死亡率达 50.0%^[7]。MCS 的预后与原发肿瘤性质关系密切, 肾癌、甲状腺癌等发展相对缓慢的肿瘤及乳腺癌、卵巢癌等治疗敏感型肿瘤发生

[△] 通讯作者, Tel: (023) 68774105; E-mail: doctorzhangxq@yahoo.com.cn.