

· 短篇及病例报道 · doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2016.10.051

HIV 感染/AIDS 相关淋巴瘤 1 例报道并文献复习

董超, 杨润祥[△], 陶静楠, 鲍明亮

(昆明医科大学第三附属医院/云南省肿瘤医院肿瘤内二科, 昆明 650118)

[中图分类号] R739.87

[文献标识码] C

[文章编号] 1671-8348(2016)10-1435-02

HIV 感染/艾滋病相关淋巴瘤(HIV/AIDS related lymphoma, ARL)是一组与 HIV 感染有关的淋巴组织异质性肿瘤。有研究表明,ARL 的发病有增高趋势,已超过 Kaposi 肉瘤,成为 AIDS 病相关最常见的恶性肿瘤^[1]。由于免疫系统受抑制程度不尽相同,大约 60% 的患者在诊断淋巴瘤时并未确诊 AIDS 病,淋巴瘤可以是 AIDS 病的第一表现。现报道 1 例 AIDS 病合并淋巴瘤患者,经治疗后取得满意的疗效,患者临床获益并长期生存。

1 临床资料

患者,男,40 岁,于 2013 年 1 月无诱因出现上腹部胀痛,按“胰腺炎”治疗好转。同年 5 月出现“腹胀腹泻、呕血、黑便伴头昏乏力发热”在昆明医科大学第一附属医院诊断为:(1)上消化道出血;(2)门静脉高压。给予内科保守治疗好转后,患者 6 月 20 日转诊至第四军医大学西京医院,胃镜示:胃底静脉曲张,慢性浅表性胃炎,十二指肠球部溃疡。介入治疗(脾静脉支架植入术+胆汁引流术)。术后复查胃镜并取材活检显示:十二指肠低分化恶性肿瘤,考虑低分化癌或淋巴瘤。免疫组织化学显示:bcl-6 阳性,CD10 阳性,CD3 阴性,CD56 阴性,CD79a 阳性,cgA 阴性,CK 阴性,Ki-67(86%),LCA 阳性,MUM-1 阴性,PAX-5 阴性,Syn 阴性,CD20 阳性,支持生发中心起源弥漫大 B 细胞淋巴瘤。

2013 年 7 月患者首次来本院诊治。入院体检:全身浅表淋巴结未触及肿大,双肺呼吸音清,心肺腹阴性,腹部手术疤痕愈合可。实验室检查:白细胞 $4.68 \times 10^9/L$,红细胞 $4.02 \times 10^{12}/L$,淋巴细胞 $2.00 \times 10^9/L$ 。骨髓穿刺术,红细胞、巨嗜细胞、粒细胞三系增生像,正常骨髓像。免疫细胞检查:CD4 细胞计数 $450 \times 10^6/mm^3$ 。感染免疫学:人 HIV 抗体(ELISA 法)阳性,OD 值 3.316。2013 年 7 月 19 日全身正电子发射计算机断层显像(PET-CT)检查(图 1)提示:十二指肠肠壁增厚伴代谢增高,胰腺多个结节状、块状低密度影伴代谢增高,双侧腋窝多个淋巴结显示,部分代谢增高,符合淋巴瘤征象,见图 1。临床诊断 ARL III BE 期。

综合多学科(传染科、腹部外科、病理科、影像科、肿瘤内科)会诊意见,给予高效抗反转录病毒治疗联合化学治疗的方案。具体如下:化学治疗采用非霍奇金淋巴瘤(NHL)的一线标准治疗方案 R-CHOP(CTX+VCR+EPI+PDN 联合美罗华),抗病毒治疗采用洛匹那韦/利托那韦+拉米夫定。患者于 2013 年 7 月至 2014 年 1 月共行 8 个周期化学治疗联合靶向抗病毒治疗。从 2013 年 7 月至今,患者持续高效抗反转录病毒治疗(克力芝+拉米夫定)。患者两周期 R-CHOP 化学治疗后复查 PET-CT 显示:十二指肠壁未见增厚,代谢轻度增高,考虑炎症改变,病灶明显缩小,疗效达部分缓解(PR)。8 周期化

学治疗结束后复查 PET-CT(2014 年 1 月 25 日),见图 2。显示十二指肠未见代谢增高灶,考虑治疗后病变活性受抑制,疗效达完全缓解(CR)。治疗期间曾出现低热,体温 $37.5 \sim 38.5^\circ C$,胸片提示肺部感染,磺胺类药物口服 5 d 体温恢复正常。治疗期间患者 CD4 计数在 $400 \mu g/mL$ 以上,肝肾功能正常。继续高效抗反转录病毒治疗,随访至今未复发。

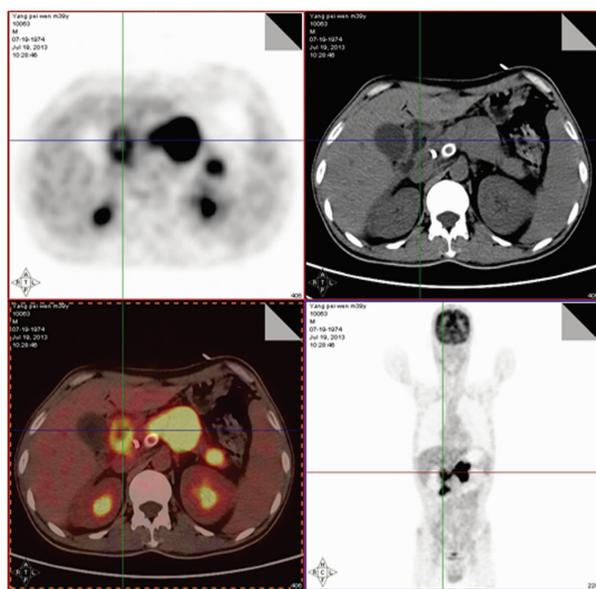


图 1 PET-CT 检查(2013 年 7 月 19 日)

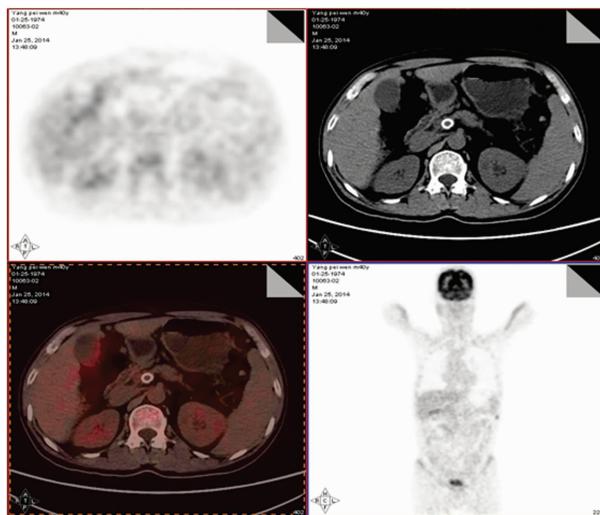


图 2 复查 PET-CT(2014 年 1 月 25 日)

2 讨论

ARL 在临床上具有更强的侵袭性,90% 为 B 细胞来源,病

理类型多为高度恶性淋巴瘤,表现为Ⅳ期的 Burkitt 淋巴瘤、中枢神经系统淋巴瘤。HIV 各个阶段均可发病,大多数 ARL 发生在 HIV 感染的后期,患者外周血中 CD4⁺ T 淋巴细胞数常低于 100/μL,这与患者细胞免疫功能缺陷的严重程度和持续时间密切相关^[2]。ARL 的临床表现多样化,均伴有 B 症状(发热、盗汗、体质量下降),90% 病例有淋巴结外损伤,常发生于中枢神经系统(占 20%)、骨髓或消化道(25%),一般多为脏器受累,胃肠道、肝脏、肺部是较常见的结外病灶^[3]。该患者在诊断淋巴瘤时并未确诊 AIDS 病,淋巴瘤是 AIDS 病的第一表现,患者心肺等器官未受累及,外周血及骨髓检查正常,PET-CT 提示病灶在十二指肠肠壁增厚伴代谢增高、胰腺多个结节状、块状低密度影伴代谢增高、双侧腋窝多个淋巴结显示,部分代谢增高,符合淋巴瘤征象,以结外受累为主。

高效抗逆转录病毒治疗的广泛应用使得患者免疫功能得到重建,AIDS 病相关淋巴瘤患者能够耐受标准剂量的化学治疗,二者的联合应用明显改善了 ARL 患者的预后^[4]。患者 CD4⁺ T 淋巴细胞计数经过高效抗逆转录病毒治疗维持在 400 μg/mL 以上,为全身化学治疗做好准备。利妥昔单抗能提高 B 细胞来源的 ARL 的缓解率和生存率,患者耐受性好^[5]。该患者青壮年,免疫功能尚可,通过抗病毒治疗联合 R-CHOP 治疗,取得很好的疗效,治疗期间不良反应较轻,耐受性可,保证足量和规范化学治疗的顺利完成,ARL 患者的生存期与 HIV 阴性淋巴瘤患者接近^[6]。患者的首发病变位于消化道,以结外受累为主,治疗中诱发肠穿孔、梗阻及出血等并发症的概率较高,免疫缺陷引起手术感染的风险更大。在多学科专家的协作治疗下,患者顺利完成 8 个周期化学治疗联合靶向抗病毒治疗,持续抗病毒治疗至今,病情稳定,未见复发。

AIDS 合并胃肠淋巴瘤的患者就诊时大多为晚期,腹部手术治疗有较高的脓毒症发生率。早期患者手术切除病灶,抗病毒治疗加用全身化学治疗可取得较好的疗效。针对 AIDS 病合并胃肠淋巴瘤的患者加强围术期管理有着重要的临床意义,通过抗感染和营养支持,争取较好的预后^[7]。目前中国 HIV 感染者已经进入发病期,通过加强对 ARL 的认识和关注,对临床的 NHL 均应检测 HIV,且医护人员应注意保护患者的隐

私权。为了更好地预防和治疗 HIV 感染合并肿瘤患者,需要多专业学者的共同合作。

参考文献

- [1] Novoa AM, De Olalla PG, Clos R, et al. Increase in the non-HIV-related deaths among AIDS cases in the HAART era[J]. *Curr HIV Res*, 2008, 6(1): 77-81.
- [2] Ambinder RF, Bhatia K, Martinez-Maza O, et al. Cancer biomarkers in HIV patients[J]. *Curr Opin HIV AIDS*, 2010, 5(6): 531-537.
- [3] D'addario G, Dieterle A, Torhorst J, et al. HIV-testing and newly-diagnosed malignant lymphomas. The SAKK 96/90 registration study[J]. *Leuk Lymphoma*, 2003, 44(1): 133-138.
- [4] Collaboration of Observational HIV Epidemiological Research Europe (COHERE) study group, Bohlius J, Schmidlin K, et al. Prognosis of HIV-associated non-Hodgkin lymphoma in patients starting combination antiretroviral therapy[J]. *AIDS*, 2009, 23(15): 2029-2037.
- [5] Sparano JA, Lee JY, Kaplan LD, et al. Rituximab plus concurrent infusional EPOCH chemotherapy is highly effective in HIV-associated B-cell non-Hodgkin lymphoma[J]. *Blood*, 2010, 115(15): 3008-3016.
- [6] Re A, Michieli M, Casari S, et al. High-dose therapy and autologous peripheral blood stem cell transplantation as salvage treatment for AIDS-related lymphoma; long-term results of the Italian Cooperative Group on AIDS and Tumors (GICAT) study with analysis of prognostic factors[J]. *Blood*, 2009, 114(7): 1306-1313.
- [7] 夏咸军, 陈辉, 刘永福, 等. 艾滋病合并恶性肿瘤的临床特征及外科治疗分析[J]. *中华普通外科杂志*, 2012, 27(9): 763-765.

(收稿日期: 2015-12-15 修回日期: 2016-01-19)

• 短篇及病例报道 • doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2016.10.052

小肠同时性多原发癌病例报道及文献复习

曾梦优, 周婷婷, 全巧云[△]

(三峡大学第一临床医学院/宜昌市中心人民医院消化科/

三峡大学消化疾病研究所, 湖北宜昌 443002)

[中图分类号] R734.2

[文献标识码] C

[文章编号] 1671-8348(2016)10-1436-02

小肠原发性肿瘤临床少见,文献报道约占胃肠道恶性肿瘤的 5%^[1],而同时性多原发癌(multiple primary cancers, MPC)更为罕见。因小肠冗长,检查手段有限,小肠癌早期临床症状不突出,容易误诊漏诊。现对本院收治的 1 例小肠 MPC 病例进行总结分析,并结合相关文献报道进行复习,以提高临床医生对小肠 MPC 的认识。

1 临床资料

患者女,56 岁,农民,1 个月前出现脐周阵发性疼痛,伴后腰背部疼痛、恶心,自觉乏力及食欲减退,体质量下降 3 kg。既往有胆囊切除术史,体格检查见痛苦面容,精神差,腹部平软,上腹部压痛,无明显反跳痛,全腹未触及明显包块,肝脾肋下也未触及及包块,肠鸣音弱。