

胃弥漫性大 B 细胞淋巴瘤一例

· 病例报告 ·

鞠 娅, 岳 妍

作者单位: 300073 天津, 天津中医药大学研究生院(鞠 娅); 300193 天津, 天津中医药大学第一附属医院脾胃科(岳 妍)

作者简介: 鞠 娅(1990-), 女, 在读研究生, 研究方向: 消化疾病诊治。E-mail: juya2008@126.com

通讯作者: 岳 妍(1972-), 女, 硕士, 副教授, 副主任医师, 研究方向: 消化疾病诊治。E-mail: yueyanyy@163.com

[关键词] 胃弥漫性大 B 细胞淋巴瘤; 淋巴瘤; 诊断

[中图分类号] R 733.4 [文章编号] 1674-3806(2015)02-0161-02

doi:10.3969/j.issn.1674-3806.2015.02.21

1 病例介绍

患者,男,72岁,主因“便秘2月余,伴腹胀、食欲不振1月”入院。入院前2月无明显诱因出现排便不畅,4~5d一行,大便干稀不调。无脓血便。入院前1月出现腹胀、食欲不振,遂就诊于我院。入院时患者大便6d未结,伴腹胀、食欲不振,无腹痛、恶心、呕吐。寐安,小便可。查体:体温38.3℃,脉搏84次/min,呼吸18次/min,血压140/70 mmHg。神志清,自动体位,营养中等,全身皮肤黏膜未见黄染、皮疹及出血点。全身浅表淋巴结未触及肿大。咽部正常,双肺听诊无异常,双下肢无水肿。腹部平坦,柔软,无压痛反跳痛,肝脾未及,肠鸣音减弱,未见胃肠型,莫非征(-),麦氏点压痛(-),振水音(-),移动性浊音(-)。既往高血压病史12年。否认乙肝、丙肝、结核等传染病病史。半年内不明原因体重减轻>10%。入院后出现不明原因发热,体温>38℃,持续3d,予抗炎抗感染治疗后体温下降。肠镜检查未见明显异常。入院时血常规:白细胞计数 $9.7 \times 10^{12}/L$,红细胞计数 $3.40 \times 10^{12}/L$,血红蛋白100 g/L;而后复查两次血常规,血红蛋白为94 g/L,90 g/L,入院时白蛋白30.7 g/L,总蛋白57.9 g/L,白球比1.13,三碘甲腺原氨酸0.49 ng/ml,四碘甲腺原氨酸3.96 ug/dL,促甲状腺激素16.8997 uIU/ml。胃镜检查示贲门及胃小弯处溃疡,表面覆污苔,胃黏膜隆起性质待定。病理示贲门慢性溃疡,伴周围腺体腺瘤样增生及腺上皮轻度不典型增生,幽门螺旋杆菌(HP)(-),癌胚抗原(CEA)(+/-),大鼠细胞角蛋白8/18(CK8/18)(+),细胞增殖相关抗原(KI-67核抗原)细胞阳性率为20%。全腹CT检查示食道下段壁增厚、贲门-胃底区及胃小弯侧软组织团块影;肝胃间隙内、胰周及腹主动脉周围多发软组织结节;两侧胸腔积液、左下肺软组织影;盆腔积液。临

床初步诊断:(1)胃恶性肿瘤性质待定(腹腔转移?盆腔积液);(2)甲状腺功能减退;(3)高血压Ⅱ级。为求进一步明确诊断,患者于外院就诊,查腹部增强CT示首先考虑贲门-胃小弯侧占位,破入肝胃韧带区形成左膈下脓肿、伴肝门区、肝胃韧带、胰腺后上方淋巴结转移并侵犯腹腔干;网膜多发结节,考虑转移;腹盆腔积液。复查胃镜示贲门于距门齿42 cm(近齿状线)始见溃疡样肿物,齿状线部分消失。胃底体前壁(至距胃角约2 cm)溃疡样肿物。占据胃腔约1/2,表面覆白苔,质地僵硬。临床最后诊断:(1)贲门胃底肿物,首先考虑胃恶性肿瘤;(2)慢性胃炎。病理诊断:考虑弥漫性大 B 细胞性淋巴瘤,免疫组化:CD45(+),CD20(+),CD30(+),CD21(-),CK(-),CK19(-),CEA(-),HP(-),Ki-67>50%,CD3散在阳性。3个月后随访至收稿之日,患者在外院治疗时,由于其血小板低,贫血,进食情况差,一直予以营养支持治疗,未予化疗。

2 讨论

弥漫大 B 细胞淋巴瘤(DLBCL)是一种具有高度侵袭性的淋巴瘤,是非霍奇金淋巴瘤(NHL)中最常见的亚型,约占NHL总病例数的30%。通常是原发性的,但也可由低度恶性淋巴瘤进展或转化而来,有一些病例发生于一组自身免疫性疾病或免疫缺陷的基础之上。患者的病情常表现为迅速进展型,并常伴有局部或全身症状。大部分患者在疾病确诊时已处于进展期(Ⅲ或Ⅳ期)。局限期(Ⅰ或Ⅱ期)的患者,通过联合治疗,疾病可痊愈,但进展期患者,疗效则显著降低。DLBCL以进行性淋巴结肿大为主要临床表现。40%~50%患者有淋巴结外病变,胃肠道病变最为常见,占47.0%^[1]。全身症状多表现为发热、盗汗及进行性消瘦。本例临床表现符合DLBCL的临床表现。根据2014年美国国

立综合癌症网络(NCCN)非霍奇金淋巴瘤临床实践指南,结合临床病理学,确诊 DLBCL 所需的免疫表型有 CD20、CD3、CD5、CD10、CD45、BCL2、BCL6、Ki-67、IRF-4/MUM1,典型的免疫组化表达为 CD20(+)、CD45(+)、CD3(-)。该患者符合确诊典型 DLBCL 的条件。有报道免疫组化标志 CD10、BCL6 和 MUM1 可以简洁地重复基因表达谱的结果,将 DLBCL 分为生发中心起源(CD10⁺,或 BCL6⁺、MUM1⁺)和非生发中心起源(CD10⁻、MUM1⁺或 BCL6⁻)^[2]。为求进一步明确诊断,患者还需要做分期检查来确定疾病的所有病位,如 PET 扫描,它对初次分期和疗效评估尤其有益,可以鉴别残存肿块为纤维化或仍有存活肿瘤组织。当鼻窦、睾丸、脑膜旁、眼眶周围、中枢神经系统、椎旁、骨髓这些部位有一个或多个部位受累时,需行腰椎穿刺检查明确肿瘤分期。另外多次复查胃镜与多次检验病理结果也可了解病情发展预后情况。在利妥昔单抗问世之前,传统的以蒽环类为基础的 CHOP(环磷酰胺、阿霉素、长春新碱、泼尼松)方案是 DLBCL 的一线治疗,随着利妥昔单抗的应用,DLBCL 患者的长期存活率明显改善。根据 2011 年中国弥漫大 B 细胞淋巴瘤诊断与治疗指南中说,目前推荐的一线治疗选择分成两种:

(1)分期为 I ~ II 期患者。①无巨大肿块(<10 cm)者行 3 个周期 R-CHPO + 受累野放疗(RT)或 6 个周期 R-CHOP;②伴巨大肿块(≥10 cm)者行 6 个周期 R-CHOP ± RT。(2)分期为 III ~ IV 期患者。①年轻(年龄≤60 岁)低危(国际预后指数 aaIPI:0 ~ 1 分)者行 6 ~ 8 个周期 R-CHOP;②年轻高危(aaIPI ≥ 2 分)者目前尚无标准方案,推荐利妥昔单抗联合强化化疗方案治疗;③老年患者(年龄>60 岁)行 8 个周期利妥昔单抗 + 6 个周期 CHOP,或 8 个周期利妥昔单抗 + 6 个周期 CHOP。如为睾丸淋巴瘤,在接受化疗之后建议局部病灶放疗。DLBCL 与胃癌相比,临床症状与体征不平行,全身情况相对较好,但胃内病变相对广泛且呈多中心、多形态改变,虽胃周淋巴结肿大较多但手术切除率较高,化疗疗效优于胃癌,预后比胃癌相对较好,应积极治疗。

参考文献

- 1 张 剑,王梦筠,许立超,等.原发性胃弥漫大 B 细胞淋巴瘤的临床分析[J].中华肿瘤杂志,2010,32(8):614-618.
- 2 Hans CP, Weisenburger DD, Greiner TC, et al. Confirmation of the molecular classification of diffuse large B-cell lymphoma by immunohistochemistry using a tissue microarray[J]. Blood. 2004,103(1):275-282.

[收稿日期 2014-11-10][本文编辑 吕文娟]

护理研讨

沈阳地区 962 例孕妇羊水细胞染色体异常产前诊断的分析

陈海婴, 李 玉

作者单位: 110011 辽宁,沈阳市妇婴医院产前诊断中心

作者简介: 陈海婴(1971-),女,大学本科,学士学位,副主任护师,研究方向:产前诊断。E-mail:646563651@qq.com

[摘要] 目的 分析在羊水中染色体异常核型与产前诊断指征的关系。方法 回顾性分析该院产前诊断中心 2012-01 ~ 2012-12 共 962 例孕妇的羊水穿刺产前诊断指征和染色体异常结果资料。结果 羊水染色体培养成功率 99.7%。发现异常核型 45 例(4.6%),其中常染色体三体(13-三体、18-三体、21-三体等)11 例(1.1%);性染色体 5 例(0.5%),结构异常 20 例(2.1%),嵌合体 9 例(0.1%),正常染色体核型中发现染色体多态性改变 56 例(5.8%)。结论 沈阳地区羊水染色体异常核型检出率较高,具有产前诊断指征的孕妇行胎儿羊水染色体诊断对防止先天缺陷有实用性价值。

[关键词] 羊水; 产前诊断指征; 染色体异常

[中图分类号] R 714 **[文献标识码]** B **[文章编号]** 1674-3806(2015)02-0162-03

doi:10.3969/j.issn.1674-3806.2015.02.22