

高度类似炎症性肠病的原发性肠道T细胞淋巴瘤2例报道

赵燕萍 曹倩

原发性肠T细胞淋巴瘤是一类起源于肠道黏膜下淋巴组织的结外淋巴瘤。炎症性肠病是一种胃肠道的慢性非特异性炎症性疾病,包括溃疡性结肠炎和克罗恩病。肠淋巴瘤极易与炎症性肠病混淆而导致误诊。本次研究总结浙江大学医学院附属邵逸夫医院2例首先表现为炎症性肠病症状的原发性肠淋巴瘤(其中1例高度类似溃疡性结肠炎、1例与克罗恩病相似),旨在强调淋巴瘤和炎症性肠病的鉴别,同时进一步增进对原发性肠道T细胞淋巴瘤的理解。现报道如下。

1 临床资料

病例1:患者女性,39岁,因反复腹泻、腹痛和发热3年,症状复发严重1周入本院。3年前开始出现腹泻,偶有鲜血便,同时伴脐周痛和低热就诊当地医院。肠镜提示:距肛门20 cm处的肠道严重狭窄,直肠与乙状结肠多发溃疡。病理提示:炎性坏死组织和肉芽肿性组织伴溃疡。诊断为溃疡性结肠炎,予激素和美沙拉秦治疗,症状无好转。患者突发腹痛加剧,诊断为肠梗阻行急诊手术,术中见全结肠弥漫溃疡伴横结肠穿孔,考虑为溃疡性结肠炎后行全结肠切除和回肠肛管吻合术,因术后病理提示溃疡性结肠炎,故最终诊断为溃疡性结肠炎。但在术后3年中患者反复腹痛、血便、发热,按溃疡性结肠炎治疗,症状未见好转。1周前,脐周及左下腹痛加重、恶心呕吐、黄色稀糊样便,偶有鲜血便,每天2~4次,伴低热来本院就诊。入院体格检查示:腹软,左下腹轻压痛,未及明显肿块,无淋巴结肿大,未见肛瘘及

肛周脓肿。实验室检查示:血红蛋白10.2 g/dl, C-反应蛋白49.7 mg/L。大便常规:隐血4+。腹部CT提示不全肠梗阻及肠系膜淋巴肿大。住院期间患者因反复高热和鲜血便,激素治疗无效,再次行开腹手术。术中见:腹腔内广泛粘连,全小肠粘连成团,蠕动欠佳;肠壁严重水肿,肠道狭窄环伴随近端小肠扩张增厚,肉眼见切除小肠段黏膜粗糙、水肿、鹅卵石状。切除组织的病理示小肠壁异型淋巴细胞全层浸润,异型核细胞部分浸润。免疫组化示CD3、CD7、TIA-1和CD30阳性,而CD20、CD5、CD4、CD8及EBV阴性。术后病理考虑为肠道T细胞淋巴瘤。术后消化道出血和发热症状暂时得到控制。但手术1周后患者再次出现发热,腹腔引流管引流出浑浊腹水,腹水检验提示腹腔出血伴大肠杆菌感染,凝血酶原时间和活化部分凝血活酶时间延长,3P实验阳性,患者进行开腹手术。术中见严重粘连,吻合口附近可见一0.4 cm大小穿孔,同时可见广泛渗血。由于出血难止,病人家属要求出院,失去随访。

病例2:患者男性,34岁,因腹痛、血便伴发热8月,症状加重3 d入本院。8月前患者开始出现阵发性右下腹痛、血水样便和发热症状就诊当地医院,结肠镜提示末端回肠和回盲瓣黏膜充血水肿,伴多发溃疡。活检示:慢性炎症改变和炎性肉芽组织增生伴慢性溃疡。小肠钡剂造影提示末端回肠损伤,诊断为克罗恩病,予以美沙拉秦和激素治疗,患者症状仍有反复。3 d前患者脐周疼痛、血便及发热再次发作,血便约7~10次/天来本院就诊。体格检查提示皮肤巩膜轻度黄染,腹软,无压痛反跳痛。血常规提示血红蛋白6.9 g/dl。腹部超声示:右肝2.76 cm×2.01 cm低信号区,脾脏轻度肿大。肠镜示末端回肠处新鲜出血及散在深溃疡,全结肠见深溃疡和血凝块散在分布。积极治疗患者症状未见明显好转,血细胞仍

DOI: 10.13558/j.cnki.issn1672-3686.2016.03.037

作者单位:310004 浙江杭州,杭州市下城区文晖街道社区卫生服务中心全科(赵燕萍);浙江大学医学院附属邵逸夫医院消化内科(曹倩)

通讯作者:曹倩,Email: chancy_cao@hotmail.com

持续下降,乳酸脱氢酶持续升高。考虑恶性疾病不能排除,骨穿涂片提示:有核细胞明显减少,异常组织细胞增多。骨髓活检示:造血组织中散在分布大量非典型肿瘤细胞,免疫组化结果提示:LCA、CD3、UCHL-1、CD30、CD68、CD163、MPO和CD20阳性,病理诊断支持T细胞淋巴瘤累及骨髓。综合考虑结肠镜发现和骨髓活检结果,最终诊断考虑肠道T细胞淋巴瘤(IV期)。治疗期间,患者出现多器官衰竭症状——反复发作的高热、血便、凝血酶原时间和活化部分凝血活酶时间延长、3P试验晚期、进展性的肝损伤、呼吸衰竭,患者每况愈下,最终家属主动要求出院,失去随访。

2 讨论

起源于消化道的T细胞淋巴瘤非常罕见,由于临床表现无特异性,尤其是早期,容易出现误诊和漏诊。既往有报道淋巴瘤误诊为炎症性肠病的病例^[1-3]。本次研究中的病例1在3年前的活检提示多数溃疡局限于黏膜和黏膜下,并伴大量淋巴浆细胞浸润,病变范围连续,符合溃疡性结肠炎的表现,但是并没有见到特征性的隐窝脓肿、腺窝上皮增生和杯状细胞减少,同时,溃疡性结肠炎的对症治疗效果不佳,因此考虑误诊的可能。病例1在本院手术切除的小肠段提示黏膜粗糙、水肿和鹅卵石样改变,并且累及全层,根据病理结果和免疫组化结果最终诊断为肠T细胞淋巴瘤。在病例1的研究中可以得出两点经验:第一,肠T细胞淋巴瘤的诊断单通过病理诊断是非常困难的。对于怀疑有淋巴瘤可能时需进行免疫组化检查。值得注意的是,小肠淋巴瘤可能出现类似炎症性肠病的结果,并且通过病理诊断淋巴瘤也是非常困难的。即使多次活检的结果都未提示淋巴瘤的特征,淋巴瘤的诊断仍不能除外。第二,病例1患者切除样本的形态特征在三年时间内从轻度的异型性发展为明显的异型性,这与恶性肿瘤的进展相似,因此,对不同时点的组织异型性比较可能有助于淋巴瘤的诊断。

本次研究中的病例2里存在一些“特征性”的克罗恩病的表现如肛瘘病史,小肠钡剂造影特点,结肠镜结果支持克罗恩病的诊断而误诊。故T细胞淋巴瘤应与克罗恩病鉴别,肛瘘是克罗恩病的一个特征,但并非并发肛瘘的仅仅克罗恩病。淋巴瘤的结肠镜特征可能与克罗恩病相仿,肠道溃疡并非仅仅

炎症性肠病。克罗恩病患者高热情况比较少见,T细胞淋巴瘤患者高热情况比较多见。

淋巴瘤非常容易误诊为炎症性肠病,有时可能随其同时发生。Lewis等^[4]曾表示炎症性肠病与淋巴瘤之间没有明确的因果关系,然而,伴随炎症性肠病发生的肠道淋巴瘤曾多次被报道:Kakimoto等^[5]曾报道过伴随溃疡性结肠炎发生的原发性肠道淋巴瘤,Aydogan等^[6]则报道过伴随克罗恩病发生的原发性肠道淋巴瘤。因此,炎症性肠病与淋巴瘤的关系亟待进一步研究。

综上所述,在临床实践的过程中,对那些临床上怀疑或证实是炎症性肠病的患者,当出现反复发热、血便、胃肠道穿孔或异常的淋巴肿大、标准化炎症性肠病治疗失败时,需要考虑淋巴瘤的可能性。即使炎症性肠病已经做出,淋巴瘤的诊断仍不能彻底除外。而多次内镜活检、骨髓活检和PET-CT或能帮助诊断。

参考文献

- 1 Kang HY, Hwang JH, Park YS, et al. Angioimmunoblastic T-cell lymphoma mimicking Crohn's disease [J]. *Dig Dis Sci*, 2007, 52(10): 2743-2747.
- 2 Kim HS, Lee DK, Baik SK, et al. Primary CD56+ T/NK cell lymphoma of the colon [J]. *J Gastroenterol*, 2002, 37(11): 939-946.
- 3 Ciarallo A, Makis W, Derbekyan V. Primary peripheral T-cell lymphoma of the colon mimics inflammatory bowel disease: a potential pitfall with F-18 FDG PET/CT imaging [J]. *Clin Nucl Med*, 2011, 36(7): e61-64.
- 4 Lewis JD, Bilker WB, Brensinger C, et al. Inflammatory bowel disease is not associated with an increased risk of lymphoma [J]. *Gastroenterology*, 2001, 121(5): 1080-1087.
- 5 Kakimoto K, Inoue T, Nishikawa T, et al. Primary CD56+ NK/T-cell lymphoma of the rectum accompanied with refractory ulcerative colitis [J]. *J Gastroenterol*, 2008, 43(7): 576-580.
- 6 Aydogan A, Corapcioglu F, Elemen EL, et al. Childhood non-Hodgkin's lymphoma arising as a complication early in the course of Crohn's disease [J]. *Turkish J Pediatr*, 2010, 52(5): 411-415.

(收稿日期 2015-03-14)

(本文编辑 蔡华波)