

- [2] Seliem RM, Griffith RC, Harris NL, et al. HHV-8 +, EBV + multicentric plasmablastic microlymphoma in an HIV + Man: the spectrum of HHV-8 + lymphoproliferative disorders expands. *Am J Surg Pathol*, 2007, 31(9):1439-1445.
- [3] Irsutti M, Paul JL, Selves J, et al. Castleman disease: CT and MR imaging features of a retroperitoneal location in association with paraneoplastic pemphigus. *Eur Radiol*, 1999, 9(6):1219-1221.
- [4] Abramov Y, Nadjari M, Abrahamov A, et al. Castleman disease in pregnancy. *Obstet Gynecol*, 1997, 90(4 Pt 2):653-654.
- [5] Kim TJ, Han JK, Kim YH, et al. Castleman disease of the abdomen; imaging spectrum and clinicopathologic correlations. *J Comput Assist Tomogr*, 2001, 25(2):207-214.
- [6] Johnson WK, Ros PR, Powers C, et al. Castleman disease mimicking an aggressive retroperitoneal neoplasm. *Abdom Imaging*, 1994, 19(4):342-344.
- [7] Chronowski GM, Ha CS, Wilder RB, et al. Treatment of unicentric and multicentric Castleman disease and the role of radiotherapy. *Cancer*, 2001, 92(3):670-676.

(收稿日期: 2008-07-07)

(本文编辑: 张玉琳)

原发性结肠恶性淋巴瘤一例

翟哲 吴波 金鑫

原发性结肠恶性淋巴瘤发病率很低,约占结肠恶性肿瘤的 0.5%~2.0%^[1]。无特异性临床表现,易误诊。我院收治 1 例报道如下。

患者男,57 岁。因反复高热 40 余日于 2007 年 10 月入住我院呼吸科。既往多次因高热收入当地医院,予抗炎治疗后体温降至正常,停药后体温再次升高。此次入院起病急,重度感染症状,无咳嗽、咳痰、胸痛,无恶心、呕吐、腹痛。体格检查:皮肤、黏膜无瘀点和瘀斑,浅表淋巴结无肿大,心肺正常,腹平软,上腹中部触及直径约 5 cm 包块,质地硬,活动度差,全腹无压痛、反跳痛,肝脾肋下未扪及,移动性浊音阴性,肠鸣音正常。住院期间体温波动大,呈弛张热型,35~40℃。WBC 23.63 × 10⁹/L,中性粒细胞占 93.21%,轻度贫血。骨髓穿刺检查呈感染骨髓象。血及骨髓细菌培养阴性。胸部 X 线片无异常。肥达实验、血沉、骨髓穿刺及培养均除外伤寒、风湿疾病、骨髓炎可能。入院后 10 余日患者解鲜红色血便,约 300 ml,随后多次解血便,量较多,既往无类似情况出现。腹部 CT 检查:横结肠肠壁增厚,肠周脂肪密度增高(图 1)。行结肠镜检查并进行活组织检查提示:横结肠近肝曲呈溃疡型改变,占肠腔一圈,累及肠段约 10 cm,表面被覆脓苔(图 2)。病理检查:炎性肉芽及坏死组织,未见其他成分。为明确诊断再次行内镜活组织检查:大片坏死组织中残留部分异型性细胞,不排除腺癌。考虑结肠恶性肿瘤合并下消化道出血,转入我科行手术治疗。术前检查肿瘤标志物:铁蛋白 1350 μg/L,其余无异常。手术探查发现:横结肠中段有 1 个大小约 5 cm × 5 cm 的包块,质地硬,表面不光滑,大量脓性分泌物附着。包块已侵犯系膜及周围组织,肝、脾、盆腔及壁层腹膜正常。术前内镜活组织检查提示不排除腺癌可能,行横结肠癌根治术。病理检查:结肠非霍奇金 T 细胞恶性淋巴瘤。肠系膜淋巴结反应性增生;CD3、CD45RO 阳性,CK、CD20、CD79α、CD4、CD8 阴性。术后患者按 CHOP 方案化疗取得良好疗效,随访 5 个月无复发。

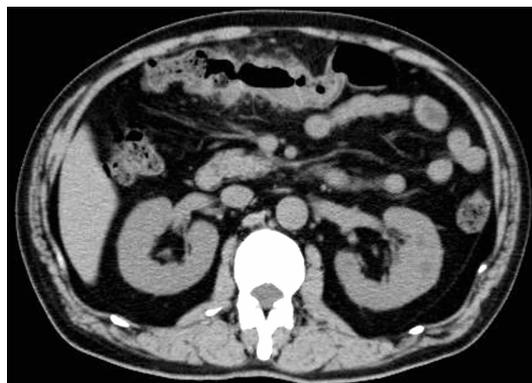


图 1 腹部 CT 检查发现横结肠肠壁增厚,肠周脂肪密度增高

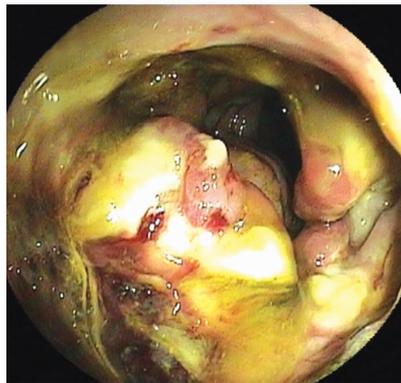


图 2 肠镜检查发现横结肠环周样溃疡病变被覆脓苔

讨论 原发性结肠恶性淋巴瘤术前诊断十分困难,虽然多种症状普遍存在,但无特异性,临床误诊率较高,易误诊为结肠癌、克罗恩病、肠结核。本病可发生于任何年龄。目前对原发性结肠恶性淋巴瘤的治疗仍有分歧,但通常首选手术治疗,辅以化疗和(或)放疗。结合相关文献,我们体会:(1)本病以消化道症状(腹痛、便血、腹部包块等)伴有发热为主要临床表现。发热为间歇热或弛张热,并且抗炎治疗对发热无效。病程中抗炎治疗后有短暂的体温下降,但易反复,实际上与淋巴瘤的间歇性发热有关。(2)内镜检查发现占位病

作者单位: 150001 哈尔滨医科大学附属第四医院普通外科

通讯作者: 吴波, E-mail: zhaizhe0357@163.com

变时必须考虑淋巴瘤的可能性,确诊依靠病理检查,免疫分型有助于判断预后^[2]。由于淋巴瘤病理改变主要位于黏膜下,故早期活组织检查不易取到肿瘤组织。肿瘤组织出现坏死时,镜下活组织检查未提示淋巴瘤,仍不能排除淋巴瘤可能,可考虑多次在病灶处进行深挖式、多部位活组织检查,力争达到黏膜下取样,从而提高诊断率。(3)经常规检查仍不能明确诊断时应尽早剖腹探查。(4)淋巴瘤是全身性疾病,除手术治疗外还须正规化疗,否则容易复发^[3]。

参考文献

[1] Romaguera J, Hagemester FB. Lymphoma of the colon. *Curr Opin Gastroenterol*, 2005, 21(1):80-84.
 [2] 许永春,邹晓平,孙振兴,等.原发性胃恶性淋巴瘤的内镜诊断. *中华消化内镜杂志*, 2004, 21(4):241-244.
 [3] 彭志红,唐波,曾冬竹,等.原发性结肠恶性淋巴瘤 42 例诊治分析. *消化外科*, 2006, 5(3):182-184.

(收稿日期: 2008-04-08)

(本文编辑: 张玉琳)

· 经验交流 ·

胃癌合并腹膜后纤维化的诊断和治疗

魏勇 薛学义 曹林升 毛厚平 罗义麒

胃癌合并腹膜后纤维化(retroperitoneal fibrosis, RPF)临床上少见,常被延误诊治。1996 年至 2008 年我科收治 13 例,现报道如下。

1 资料和方法

1.1 一般资料

本组 13 例,男 8 例,女 5 例;平均年龄(46.1 ± 11.3)岁。均经胃镜及病理检查确诊为胃癌。1 例以膀胱挛缩诊断为胃癌,其余 12 例自诊断胃癌至出现 RPF 症状病程 3 ~ 25 个月,平均(15.2 ± 6.5)个月。临床表现为腰腹部疼痛、消瘦、肾功能不全、肉眼血尿、膀胱挛缩、梗阻性黄疸、肾积水。6 例曾行根治性全胃切除术,3 例行姑息性胃大部切除术,2 例术中见肿瘤广泛种植转移无法手术,1 例肝脏转移未行手术,1 例确诊时已合并 RPF 未行手术。印戒细胞癌 6 例,黏液腺癌 3 例,低分化腺癌 3 例,管状腺癌 1 例。

1.2 实验室及影像学检查

血尿 8 例,蛋白尿 6 例。肾功能异常 10 例,肝功能异常 1 例。血沉增高 6 例。

B 超检查:13 例肾积水,1 例胆总管扩张。CT 检查(其中 5 例行三维重建):腹膜后成片软组织密度样包块,病变包绕输尿管 13 例(双侧 11 例、单侧 2 例),包绕腹主动脉及下腔静脉 3 例,包绕胰腺及胆总管下段 1 例。2 例静脉肾盂造影显示肾盂及上段输尿管扩张,输尿管向中线移位。2 例 MRI 尿路成像提示腹膜后包块 T₁WI 低信号, T₂WI 为均匀稍高信号。3 例血管彩色多普勒超声检查提示腹主动脉、下腔静脉被包块包绕,管腔无明显变窄。7 例行肾脏放射性核素发射型计算机断层动态扫描,提示肾脏排泄延迟。

1.3 治疗方法

开放性手术 4 例,其中输尿管松解腹膜内间置术 2 例,单侧输尿管腹壁造口术 1 例,肾开放性造瘘术 1 例。膀胱镜

下置双 J 管 4 例。输尿管镜下置双 J 管 2 例。B 超引导下经皮肾穿刺造瘘术 2 例。血液透析治疗 1 例。1 例合并梗阻性黄疸行经皮胆管引流术。

2 结果

13 例均明确诊断,并有腹膜后器官受压迫表现,以输尿管受压迫最为常见。4 例开放性手术中腹膜后组织病理检查:慢性炎症纤维化 3 例,胃癌腹膜后转移合并纤维化 1 例。

随访 4 ~ 35 个月,1 例定期血液透析治疗后肾功能好转,生活质量改善。其余 12 例尿量均较治疗前增多,肾功能逐渐改善。8 例血肌酐降至正常水平。B 超复查:肾积水明显减轻。6 例输尿管内置管及 3 例肾造瘘者定期换管,肾功能稳定。1 例行经皮胆管引流术后黄疸明显减轻,肝功能改善。

3 讨论

RPF 指腹膜后组织慢性非特异性炎症伴纤维组织进行性增生,包绕压迫腹膜后血管、神经和输尿管等脏器,引起相关症状的疾病^[1]。病变范围一般为双侧肾动脉向下到达盆腔。输尿管为最常受压迫的器官^[2]。胃癌合并 RPF 病变还可压迫腹主动脉、下腔静脉等大血管,严重者还会压迫胆总管和胰腺,但发生率相对较低。

RPF 病因分原发性和继发性。原发性即特发性,约占 2/3,可能与自体免疫引起胶原血管病变有关。继发性约占 1/3,可能与恶性肿瘤、外伤、药物、炎症、放射、尿外渗等有关^[3]。研究报道 RPF 以恶性肿瘤居首,其中胃肠道肿瘤占 38%,以药物治疗为主^[4]。

胃癌合并 RPF 与手术操作、肿瘤浸润腹膜后有关,放、化疗也是重要致病原因。各病理类型中以印戒细胞癌多见。这可能与印戒细胞癌倾向弥漫浸润、常伴明显纤维化有关^[5]。

RPF 早期常无明显症状,临床表现不典型。其诊断主要为影像学检查,CT 及 MRI 检查是目前诊断 RPF 的最佳方法。

(下转 472 页)