

侵犯脊柱的滤泡性淋巴瘤 1 例报道

晋大祥, 谢炜星, 江晓兵, 梁 德

(广州中医药大学第一附属医院脊柱骨科 510405 广州市)

doi: 10.3969/j.issn.1004-406X.2011.02.24

中图分类号: R738.1 文献标识码: B 文章编号: 1004-406X(2011)-02-0175-02

滤泡性淋巴瘤侵犯脊柱在临床上非常少见。我院脊柱骨科于 2010 年 1 月收治 1 例侵犯脊柱的滤泡性淋巴瘤患者, 报道如下。

患者男, 59 岁。发现颈部肿物 3 个月, 自觉颈部酸痛不适、双下肢行走不稳伴双上肢麻木、上腹部束带感 3 个月; 入院前半个月上述症状逐渐加重, 无发热和体重减轻。体格检查: 颈后部可触及一肿物, 约 60mm×30mm, 质韧, 压痛(+), 双上肢臂丛神经牵拉试验(+), 双侧霍夫曼征(+), 腹壁反射存在, 双侧巴彬斯基征(-), 双膝腱反射活跃。四肢肌力、肌张力正常, 躯体及四肢浅深感觉正常。入院后查血常规、血沉、C-反应蛋白及甲胎蛋白(AFP)、乳腺癌相关抗原(CA153)、胰腺和肠癌相关抗原(CA199)、卵巢癌相关抗原(CA125)、癌胚抗原(CEA)均无异常。颈椎 MRI 示 C1~C3 平面颈后部椎管内外巨大肿块影, 病灶大部分位于椎管外, 相应硬膜囊受压明显(图 1)。颈部螺旋 CT 示 C1~C3 平面颈后部椎管内外巨大软组织肿块影, 最大切面约 67mm×32mm, 边界清楚, 密度均匀, 硬膜囊受压(图 2)。胸椎 MRI 示 T10 椎体右侧部分及右侧椎板、椎弓根信号异常(图 3)。单光子发射计算机断层成像术(SPECT)示 T10、右肩部放射性浓聚。入院后在 CT 导引下行经皮颈部肿物穿刺活检术, 使用 18G 切割针, 进针深度约为 30mm, 扫描确认针尖位置准确后取材两条, 长度各约 20mm。组织病理检查示横纹肌组织内见弥漫性小淋巴细胞浸润(图 4), 免疫组化标记: 白细胞分化抗原 (CD)20 (+++), CD79a (+++), CD23(+++), CD43(-), CD3 阳性细胞约占 50%。考虑为小 B 细胞淋巴瘤。

排除手术禁忌证后, 于全麻下行颈后路肿瘤切除、寰枢椎及 C3 螺钉内固定、同种异体骨植骨融合术。术中见寰枢椎后弓、枢椎和 C3 椎板外有鱼肉样瘤体组织, 直径约 60mm。寰枢椎后弓、枢椎及 C3 椎板棘突肉眼下未见有明显骨质破坏。咬除枢椎棘突及椎板后见椎管内瘤体, 瘤体与硬膜边界清楚, 彻底切除瘤体, 脊髓充分减压。手术过程顺利, 术中及术后患者生命体征平稳。肿物病理检查示: 肿瘤组织由密集排列的淋巴样细胞构成, 多数区域形成大小不等的滤泡样结构, 滤泡中心母细胞 5 个/HP, 部分区域瘤细

胞弥漫分布, 伴有反应性 T 细胞增生并侵入横纹肌间及枢椎椎板骨髓腔内(图 5a)。免疫组化标记: CD20(+), CD10(+), B 细胞淋巴瘤-2(BCL-2)(+), CD3、CD43 散在(+), 细胞周期蛋白 D1(Cyclin D1)(-), CD23(+), 增殖细胞相关的核抗原(Ki-67)(+<20%)(图 5b)。结合病史、影像学检查、术中所见及病理学检查, 最后诊断为: 滤泡性淋巴瘤(1 级), 组织来源为软组织, 肿瘤侵犯颈椎(C1~C3)、胸椎(T10)和右肩部。

术后复查颈部正侧位 X 线片示内固定位置良好。术后辅助放、化疗。术后 9 个月随访, 患者颈部无疼痛, 有僵硬感, 双手无麻木, 可自行行走, 走路漂浮感明显缓解, 大、小便正常; 复查颈椎 MRI 示局部未见肿瘤复发, 硬膜囊未见受压(图 6); 胸椎及右肩部局部无疼痛等不适, 局部无压痛、叩击痛, 活动正常, 此两处未行 MRI 检查。

讨论 滤泡性淋巴瘤为来源于滤泡生发中心的恶性程度较低的 B 细胞肿瘤, 是较常见的淋巴瘤亚型, 在恶性淋巴瘤发病类型中仅次于弥漫性大 B 细胞淋巴瘤。患者 5 年生存率超过 70%, 但 30%~50% 的患者可转化为侵袭性的弥漫性大 B 细胞淋巴瘤, 从而影响预后^[1]。临床上多数患者年龄较大, 且诊断时往往已处于肿瘤晚期。该病中位生存期约为 8~10 年^[2,3]。患者多表现为淋巴结病变。结外组织也可发生病变, 如胃肠道、睾丸、甲状腺、皮肤、中枢神经系统或骨骼。结外淋巴瘤占全部淋巴瘤病例的 15%~30%^[4]。病变发生于颈后软组织, 并且侵犯颈椎、压迫脊髓的滤泡性淋巴瘤病例罕见。

滤泡性淋巴瘤的确诊主要基于手术标本或淋巴结活检。患者如果没有易于活检的表浅肿大淋巴结, 经皮 CT 引导下穿刺活检术是诊断恶性淋巴瘤的一种有用技术, 据报道其诊断率为 84%, 可作为手术取病理的一种替代方法^[5]。但与其他肿瘤相比, 该技术对淋巴瘤的诊断率较低, 因为淋巴瘤的诊断需要大量组织以进行形态分析及免疫组织化学染色。在 WHO 分类中, 根据每高倍视野中肿瘤性滤泡中心母细胞的数量, 将滤泡性淋巴瘤分为 3 级: 1 级, 中心母细胞数为 0~5 个; 2 级, 中心母细胞数为 6~15 个; 3 级, 中心母细胞数>15 个。滤泡性淋巴瘤主要表达全 B 细胞标记和滤泡中心细胞来源的标记物, 如 CD10、BCL-2 和 BCL-6。75%~100% 的滤泡性淋巴瘤表达 BCL-2, 其中 WHO 分类 1 级表达最高; CD10 表达占 60% 左右^[1,2]。本例

第一作者简介: 男(1965-), 主任医师, 医学博士, 研究方向: 脊柱伤病的中西医结合治疗

电话: (020)36591604 E-mail: jindaxiang@126.com

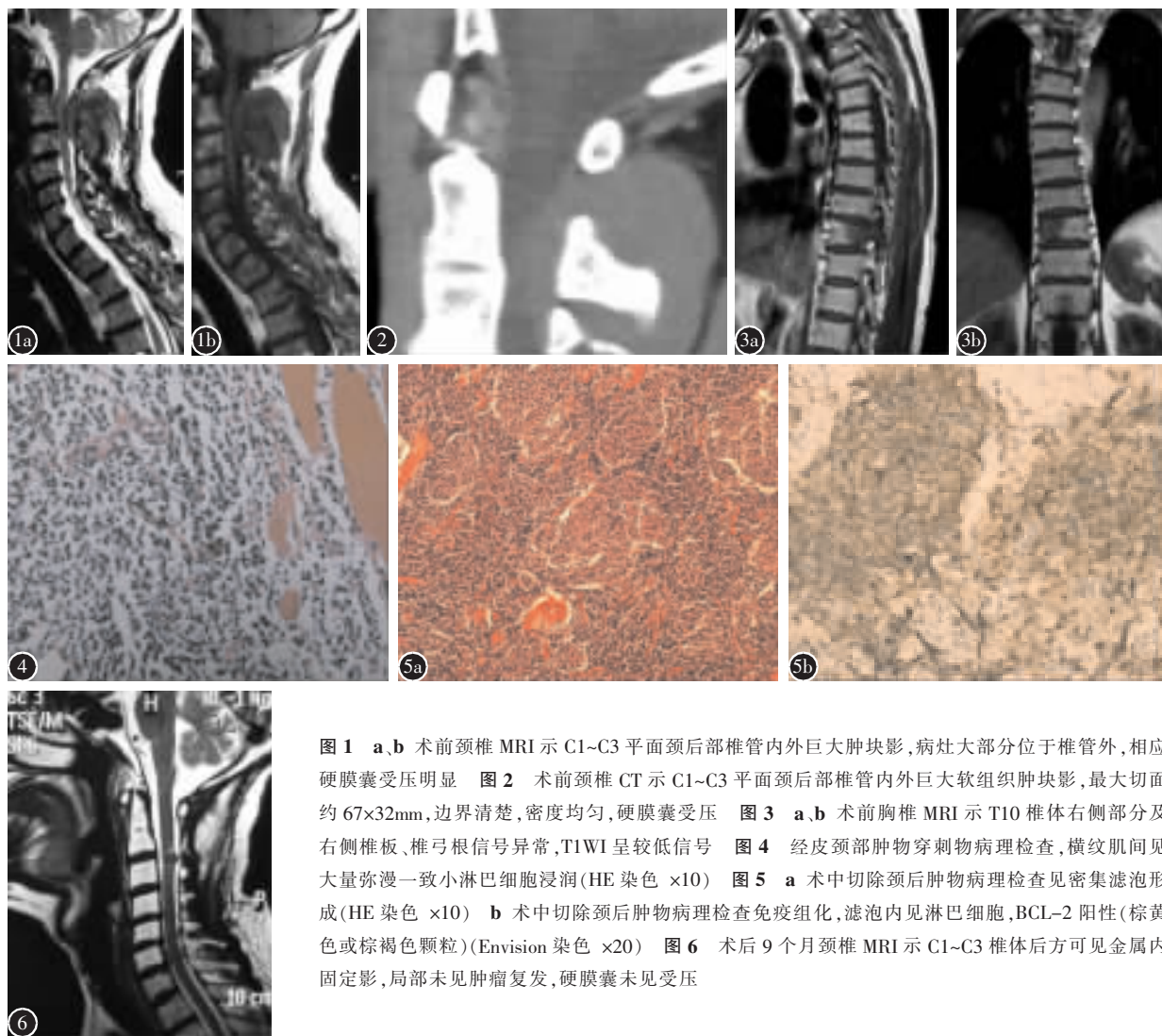


图1 a、b 术前颈椎MRI示C1~C3平面颈后部椎管内外巨大肿块影,病灶大部分位于椎管外,相应硬膜囊受压明显 图2 术前颈椎CT示C1~C3平面颈后部椎管内外巨大软组织肿块影,最大切面约67×32mm,边界清楚,密度均匀,硬膜囊受压 图3 a、b 术前胸椎MRI示T10椎体右侧部分及右侧椎板、椎弓根信号异常,T1WI呈较低信号 图4 经皮颈部肿瘤穿刺物病理检查,横纹肌间见大量弥漫一致小淋巴细胞浸润(HE染色×10) 图5 a 术中切除颈后肿物病理检查见密集滤泡形成(HE染色×10) b 术中切除颈后肿物病理检查免疫组化,滤泡内见淋巴细胞,BCL-2阳性(棕黄色或棕褐色颗粒)(Envision染色×20) 图6 术后9个月颈椎MRI示C1~C3椎体后方可见金属内固定影,局部未见肿瘤复发,硬膜囊未见受压

患者术中切除肿物的免疫组化标记CD10(+),BCL-2(+).

滤泡性淋巴瘤的治疗以手术、全身联合化疗加局部放疗为主,辅以中医中药和生物免疫治疗,有条件者还可以进行干细胞移植。化疗完全缓解率可达到80%以上,长期生存率可达到60%~65%^[1]。当颈部肿瘤导致脊髓及神经根受压时,需行肿瘤切除、减压手术,以保护脊髓功能,维持生活质量。手术干预常为姑息性,其目的主要是为了缓解疼痛,重建颈椎的稳定性,保持日常生活水平。Patchell等^[6]报道,在转移癌导致脊髓受压的患者中,行彻底的直接减压手术比仅行放射治疗的患者有更长的生存期,且更能恢复行走能力。本例患者经颈椎后路行肿瘤切除术,脊髓减压充分,临床效果较好。我们认为,对颈椎肿瘤压迫脊髓的患者,如全身情况允许,应尽早施行手术治疗,以最大限度地恢复脊髓功能,改善患者生存质量。

(致谢:本文撰写过程中,得到了广州中医药大学第一附属医院病理室匡忠生教授的大力帮助,在此表示衷心感谢!)

参考文献

1. 郑声琴,何杰.滤泡性淋巴瘤病理诊断、治疗与预后的现状[J].东南大学学报:医学版,2006,25(6):467-470.
2. 张培红,朱雄增.滤泡性淋巴瘤的发病机制[J].中华病理学杂志,2007,36(1):56-58.
3. 郭英,黄高.滤泡性淋巴瘤分型、免疫表型和遗传学变异的研究进展[J].国际输血及血液学杂志,2006,29(5):423-425.
4. Boddie Jr AW, Mullins JD. Extranodal lymphoma: surgical and other therapeutic alternatives[J]. Curr Probl Cancer, 1982, 6(9): 1-64.
5. Quinn SF, Sheley RC, Nelson HA, et al. The role of percutaneous needle biopsies in the original diagnosis of lymphoma: a prospective evaluation [J]. J Vasc Interv Radiol, 1995, 6(6): 947-952.
6. Patchell RA, Tibbs PA, Regine WF, et al. Direct decompressive surgical resection in the treatment of spinal cord compression caused by metastatic cancer: a randomized trial [J]. Lancet, 2005, 366(9486): 643-648.

(收稿日期:2010-09-19 修回日期:2010-11-05)

(本文编辑 李伟霞)