

反复发作吞咽困难的胃 MALT 淋巴瘤 1 例

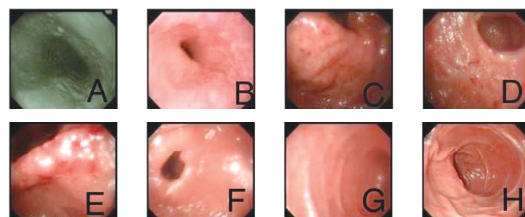
张黎明 李军祥 丁晓庆 史瑞 刘豫玥 刘军霞 廖婧 廖俊尧 湛海燕 石磊

[关键词] 吞咽困难;胃 MALT 淋巴瘤;诊断

doi:10.3969/j.issn.1000-0399.2023.03.026

1 病例资料

患者,女性,81岁,主诉因“吞咽困难反复发作2月余”于2021年12月23日就诊于北京中医药大学东方医院消化科门诊,诊断“吞咽困难查因”,服用促胃肠动力药效果不佳,12月29日查¹³C呼气试验阳性;胃镜示:胃体下部及体窦交界处可见环周病变,呈浸润性生长,边界不清,病变粗糙,伴多发浅溃疡形成,病变累及胃角,触碰易出血(图1),活检标本送病理,随后行四联根除幽门螺旋杆菌(*campylobacter pylori*, HP)治疗。2022年1月4日病理示:胃体下部大弯、胃体下部前臂、胃角中部、胃角后壁胃黏膜组织重度慢性炎,中度活动,固有层内可见多处、弥漫淋巴组织增生,部分细胞异型,建议专科会诊除外淋巴瘤造血系统肿瘤。标本外送北京肿瘤医院,病理示:黏膜重度炎症,不排除非霍奇金淋巴瘤。



注:A为食管,B为贲门,C为胃底,D为胃体,E为胃角,F为胃窦,G为十二指肠球部,H为十二指肠降部。

图1 电子胃镜图(2021年12月29日)

2022年2月8日患者以“吞咽困难反复发作4月余”就诊于东方医院血液科,入院症见:吞咽困难,进食量减少,间断乏力,半年减轻14斤。既往体健,家族史无特殊。查体:生命体征平稳,全身皮肤及黏膜无黄染,周身浅表淋巴结未触及肿大;心肺(-),腹部平软,无压痛、反跳痛和肌紧张,肝脾肋下未及,

基金项目:中华中医药学会青年人才托举工程项目(编号:CACM-2021-QNRC2-B06)

作者单位:100029 北京 北京市朝阳区北京中医药大学研究生院(张黎明)

100078 北京 北京市丰台区北京中医药大学东方医院脾胃肝胆科(张黎明,李军祥,史瑞,石磊),血液病科(丁晓庆,刘军霞,廖婧,廖俊尧,湛海燕),病理科(刘豫玥)

通信作者:石磊, b01350@bucm.edu.cn

管内气液平及局部肠管增厚,且患者排便后腹痛症状缓解,错误的认为腹痛原因已解除,未全面考虑之前腹痛症状剧烈而肠道CT影像学表现较轻且不典型的 inconsistency,引起漏诊。③在没有找到明确剧烈腹痛原因的情况下,仅行CT平扫,但未行增强,从而未能早期发现肾梗死病灶。后续患者出现了急性下肢缺血症状且伴房颤心律,高度怀疑下肢动脉栓塞时,提示了该患者腹痛原因不排除肠系膜血管或肾脏血管栓塞可能,行增强CT明确了肾梗死及髂动脉栓塞的诊断。患者CT见肠壁增厚及肠管内气液平,且便潜血阳性,考虑原因为肠系膜血管存在CT增强动脉期未识别的微小栓塞导致的肠缺血,或是髂内动脉闭塞后侧枝供血受影响导致的肠缺血改变。便血为溶栓禁忌证,且溶栓可能造成髂动脉取栓手术后续出血风险,因此该患者行髂动脉 Fogarty 球囊导管取栓术改善急性下肢缺血,避免肢体坏死甚至截肢,而对肾梗死采取抗凝保守治疗。

参考文献

[1] 顾海风,夏国伟,徐可,等. 急性肾梗死伴大量血尿1例

[J]. 临床泌尿外科杂志, 2011, 26(6): 470.

[2] 张志刚,刘新民. 急性肾梗死的临床特征:单中心52例临床分析[J]. 北京大学学报(医学版), 2019, 51(5): 863-869.

[3] 黄毅,王南,严丽,等. 41例急性肾梗死回顾性分析[J]. 临床急诊杂志, 2016(3): 214-216.

[4] 张丽丽,商进春,李春梅,等. 非瓣膜性心房颤动并发急性肾梗死3例临床分析[J]. 青岛大学医学院学报, 2016, 52(5): 613-614.

[5] LIN W L, SEAK C J, WU J Y, et al. Risk factors for development of chronic kidney disease following renal infarction: retrospective evaluation of emergency room patients from a single center [J]. PLoS One, 2014, 9(6): e98880.

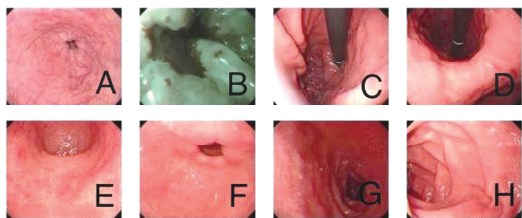
(2022-03-15 收稿)

(本文编校:张迪,崔月婷)

肝脾区叩痛(-)。辅助检查:淋巴结 B 超示,双侧颈部、锁骨上窝、双侧腋窝及腹股沟未见明显肿大淋巴结。上、下腹部+盆腔 CT 示:右侧肾上腺内侧支低密度结节,腺瘤可能。右肾盏结石,腹主动脉壁及其分支多发钙化斑块。抗环瓜氨酸抗体:阴性。抗核抗体+自身抗体谱:抗核抗体 1:320,抗着丝点抗体:阳性;抗 SSA 抗体:阳性(+++);抗核抗体核型:着丝点型,抗着丝点抗体:阳性(++)。人巨细胞病毒 DNA 测定、淋巴细胞亚群检测未见异常。复查¹³C 呼气试验:阴性。

北京肿瘤医院病理科会诊报告免疫组化结果显示:CK(-), Bel-2(-), Bel-6(部分+), CD10(部分+), CD20(+), CD21(FDC+), CD23(-), CD3(-)。CYCLIND 1(-), Ki67(+15%), MUM-1(+), CD79a(+), IgD(散在套细胞+)。诊断意见:黏膜重度慢性炎,结合免疫组化结果诊断“非霍奇金淋巴瘤-结外边缘区黏膜相关淋巴组织淋巴瘤”。

因本病属惰性淋巴瘤,根据上下腹盆腔 CT+浅表淋巴结 B 超结果,考虑目前病变仅局限于胃部,患者抗 HP 治疗结束已满 1 月,且复查转阴,暂不予特殊处理,拟再行胃镜检查黏膜病变情况。2022 年 2 月 14 日胃镜示:胃角黏膜粗糙,胃体窦交界黏膜粗糙,部分黏膜呈结节状隆起,NBI 下观察腺管结构不规则。考虑“黏膜相关淋巴瘤根除 HP 后所见,胃体病变性质待定”(图 2)。黏膜标本送活检后病理回报:胃体窦交界大弯侧黏膜组织轻度慢性炎,间质散在淋巴样细胞浸润;胃体黏膜组织中慢性炎,局灶肠化,考虑“慢性胃炎”。结合患者胃镜及病理结果,建议外院行 PET-CT 检查,进一步明确治疗方案。但后续患者表示:不愿意接受随访,如有病情变化会直接前往医院就诊。因此无法获得满意的随访结果,故而中断。



注:A 为食管,B 为贲门,C 为胃底,D 为胃体,E 为胃角,F 为胃窦,G 为十二指肠球部,H 为十二指肠降部。

图 2 电子胃镜图(2022 年 2 月 14 日)

2 讨论

黏膜相关淋巴组织(mucosa-associated lymphoid tissue, MALT)是原发性胃淋巴瘤常见的组织之一,而原发性胃 MALT 淋巴瘤又是结外非霍奇金淋巴瘤最常见的疾病^[1]。本病好发于中老年人,女性患者多于男性^[2]。胃是 MALT 淋巴瘤最常见的患病部位(35%),其他常见部位还有眼附件(13%)、皮肤(9%)、肺(9%)和唾液腺(8%)^[3]。

胃 MALT 淋巴瘤临床表现以呕吐、恶心、上腹部疼痛和消化不良为主,部分患者可能出现缺铁性贫血、幽门狭窄或消化道出血,极少患者还会出现发热盗汗^[4-5]。本例患者反复发作吞咽困难,促胃肠动力药疗效不佳,结合患者高龄、近期体质量减轻等报警症状,医师容易向消化道肿瘤,尤其是食管恶性病变

考虑,导致胃 MALT 淋巴瘤的漏诊。

本病的诊断方法主要以内镜和病理活检为主。镜下可见不规则表浅糜烂、溃疡,胃内结节、大皱褶或胃壁增厚^[6],因此不具有典型表现。胃 MALT 淋巴瘤是一类小 B 淋巴样细胞构成的结外淋巴瘤,病理可见 B 细胞滤泡边缘区和滤泡间区浸润,上皮浸润形成淋巴上皮病变,病理发现的淋巴上皮病变多提示胃部 MALT 淋巴瘤。因此,活检病理仍是本病诊断的“金标准”,但由于部分胃 MALT 淋巴瘤只浸润局部黏膜,通过传统的夹点活检容易漏诊。

目前,胃肠肿瘤学指南已经明确,本病的早期一线治疗是根除 HP,HP 根除治疗可有效治愈大多数患者的胃 MALT 淋巴瘤,而晚期患者则需要辅助抗肿瘤治疗^[7]。对 HP 根除治疗失败或阴性感染患者可选择化疗方案。

综上所述,胃 MALT 淋巴瘤临床表现多样,诊断缺乏特异性,故需与多种消化系统疾病相鉴别。在辅助检查上,可以选择胃镜、CT 等检查手段,从而明确病变部位及程度,但最终确诊仍要依靠病理检查。此外,对 HP 阳性的患者,该病的首要治疗仍是 HP 根除治疗,而对 HP 阴性或者根除治疗无效情况下,应以化疗为主。消化科医师应加深对于该病的了解认识,提高该病的诊断率,减少误诊漏诊。

参考文献

- [1] YANG H, JIELILI A, CAO Z, et al. Clinical features & treatment of early-stage gastric mucosa-associated lymphoid tissue lymphoma[J]. Indian J Med Res, 2021, 154(3): 504-508.
- [2] 郭政斌. 原发甲状腺淋巴瘤的超声诊断与病理效果比较探讨[J]. 中国医药指南, 2019, 17(25): 50-51.
- [3] NAKAMURA S, PONZONI M. Marginal zone B-cell lymphoma: lessons from Western and Eastern diagnostic approaches[J]. Pathology, 2020, 52(1): 15-29.
- [4] ROSSI D, BERTONI F, ZUCCA E. Marginal-zone lymphomas[J]. N Engl J Med, 2022, 386(6): 568-581.
- [5] ELASMAR A, KHATTAR F, ALAM M, et al. Spontaneous perforation of primary gastric B-cell lymphoma of MALT: a case report and literature review[J]. Clin Case Reports, 2016, 4(11): 1049-1052.
- [6] RADERER M, KIESEWETTER B, MAYERHOEFER M E. Positron emission tomography/magnetic resonance imaging (PET/MRI) vs. gastroscopy: can it improve detection of extranodal marginal zone lymphomas of the stomach following H. pylori treatment? [J]. Expert Rev Hematol, 2022, 15(7): 565-571.
- [7] ISHIKAWA E, NAKAMURA M, SATOU A, et al. Mucosa-associated lymphoid tissue (malt) lymphoma in the gastrointestinal tract in the modern era[J]. Cancers (Basel), 2022, 14(2): 446.

(2022-09-14 收稿)

(本文编校:周雪春,张迪)