

脾脏肿瘤通常发生在肿瘤的晚期,它可通过血管、淋巴管或临近器官直接侵犯。原发性脾脏恶性肿瘤更罕见,它以恶性淋巴瘤为主,脾脏的恶性淋巴瘤是指原发于脾脏淋巴组织的恶性肿瘤,但不包括晚期恶性淋巴瘤的脾侵犯,它的诊断标准为:①脾脏肿大为首发症状;②肿瘤局限于脾内或仅累及脾门淋巴结,而腹腔或浅表淋巴结无肿大;③手术后 6 个月无其

它部位恶性淋巴瘤证据。该患儿病检报告为恶性淋巴瘤,但腹腔内有广泛淋巴结肿大,故考虑为恶性淋巴瘤晚期累及脾脏。放疗和化疗是恶性淋巴瘤较为成熟的治疗方案,该患儿术前骨穿阴性,浅表淋巴结不肿大,且两次血培养为同一细菌等,导致诊断困难,最终行脾切除、淋巴活检确诊。

儿童卵巢 B 细胞性非霍奇金淋巴瘤 1 例

李基伟 吴学东 杨利杰

非霍奇金淋巴瘤(non-Hodgkin lymphoma,NHL)是一种发生于淋巴组织的恶性疾病,在儿童肿瘤的发生中占有较高比例,本院近日收治 1 例 NHL 患儿,经手术切除肿瘤及术后肿瘤细胞的免疫表型测定证实为 B 细胞性 NHL,现报道如下。

患儿,女,6 岁,因发现右下腹无痛性包块 10 d 入院。10 d 前患儿家属无意中发现其右下腹膨隆,并触及包块,无腹胀、腹痛、恶心、呕吐,无发热、盗汗等症状,饮食睡眠及大小便无异常,无明显消瘦。体格检查:体温 37.0℃、脉搏 96 次/分、呼吸 20 次/分、体重 19 kg,营养中等,全身浅表淋巴结无肿大,头颈及心肺无异常。仰卧位见右下腹部稍膨隆,未见浅表静脉曲张,腹软,右下腹触及一圆形包块,约 8.0 cm × 6.0 cm 大小,质韧,边界清楚,可活动,无压痛,膝胸位触诊包块轮廓较仰卧位明显,可推动,活动度较大,移动性浊音(-),肠鸣音 6 次/分,未闻及异常血管杂音。血常规:白细胞(WBC) 5.8×10^9 ,中性粒细胞(N) 3.1×10^9 ,淋巴细胞(L) 2.4×10^9 ,单核细胞(M) 0.12×10^9 ,血红蛋白 RBC 3.9×10^{12} ,血红蛋白(Hb) 112.0 g/L,红细胞压积(HCT)33.2%。生生化:总蛋白 71.3 g/L,谷草转氨酶(AST)23.0 U/L,谷丙转氨酶(ALT) 12.0 U/L,Ca²⁺2.59 mmol/L。甲胎蛋白(AFP) 3.28 ng/ml,癌胚抗原(CEA) 8.44 ng/ml,乳酸脱氢酶(LDH) 270 U/L,大小便常规正常。腹部彩超检查报告子宫上方一大小约 9.8 cm × 8.5 cm × 7.5 cm 中低回声包块,有包膜,边界清,内部回声不均匀,考虑包块来源于右侧卵巢,肝左叶内发现大小约 5.3 cm × 4.0 cm 低回声包块,形态不规则,边界清楚,考虑转移灶;双肾、脾未见异常。腹部 CT 检查发现下腹部低密度包块影,包块均匀轻度强化,在腹主动脉及下腔静脉周围见多个肿大淋巴结,部分融合成团块。初步诊断右侧卵巢恶性肿瘤并肝转移。完善术前准备后于连续硬脊膜外腔阻滞麻醉下行剖腹探查术,术中见包块来自右侧卵巢,大小约 10.0 cm × 8.0 cm × 7.0 cm,圆形,表面光滑无粘连,实性,同侧输卵管贴附于包块,左侧卵巢正常,子宫未发育。腹主动脉旁脐水平扪及大小约 1.0 cm × 1.0 cm 肿大淋巴结多枚,其余部位未见淋巴结肿大,肝脏色泽及质地正常,未触及明显结节及包块。术中诊断为右侧卵

·病例报告·

巢内胚窦瘤可能性较大,切除包块、右侧卵巢及输卵管。病检报告为右侧卵巢 NHL,HE 常规染色及免疫组织化学染色报告:LCA(+),CD79a(+),CD20(+),TdT(-),CD45RO(-),S-100(-),CKP(-),CgA (-),PLAP(-),PAS(-),Ki67 阳性细胞达 50%。术后诊断为 B 细胞性 NHL。术后恢复顺利,7 d 拆线,切口甲级愈合,其家属拒绝进一步化疗,10 d 出院。

讨论 儿童卵巢肿瘤发病率低,儿童最常见的卵巢肿瘤是畸胎瘤^[1]。而发生于儿童卵巢的 B 细胞性 NHL 国内文献未见报道,据 WHO 分类,B 细胞性 NHL 属高侵袭性。

发生于儿童的 NHL 主要为小无裂细胞淋巴瘤,淋巴母细胞性淋巴瘤及大细胞性淋巴瘤等类型,该疾病与免疫应答过程中淋巴细胞增殖分化产生的恶变免疫细胞相关,是免疫系统的恶性肿瘤。NHL 一般进展迅速,易发生远处转移,常以颈部和锁骨上无痛性肿大淋巴结为首发表现,容易侵犯咽部淋巴结、纵隔、胃肠道、骨髓、中枢神经系统。


据文献报道,发生于卵巢的肿瘤组织学来源中生生殖细胞占 60%~70%^[1],而卵巢的淋巴回流经腰淋巴结,早期肿瘤细胞可转移至腰淋巴结。该例患儿以腹部包块为主要表现,B 超、CT 均提示右侧卵巢的恶性占位病变;并且肝脏有转移,腹主动脉及下腔静脉周围见多个肿大淋巴结,同时伴有血清 LDH 值升高,因此术前术中均考虑生殖细胞来源。化疗对任何亚型及分期的 NHL 患儿都是首选治疗方法,其预后与该疾病的病理组织学类型有密切关系,所以应用免疫组织化学等技术确定 NHL 的肿瘤细胞免疫表型对术后化疗尤为重要。根据免疫组织化学检测结果,该患儿最终确定为右侧卵巢 B 细胞性 NHL,属高侵袭性。外科手术的作用在于获得足够的其它途径无法获得的活体标本,在出现外科急腹症时例如肠梗阻、肠梗阻、消化道穿孔时行外科剖腹探查是必须的^[2]。

参考文献

- 1 施诚仁. 儿童肿瘤外科学 [M]. 北京: 科学技术文献出版社,2006: 487-496.
- 2 Ara C, Coban S, Kayaalp C, et al. Spontaneous intestinal perforation due to non-Hodgkin's lymphoma: evaluation of eight cases [J]. Dig Dis Sci, 2007, 52(8):1752-1756.

作者单位:大理学院附属医院小儿外科(云南省,671000),通讯作者:吴学东,E-mail:xuedong3288@sina.com

儿童卵巢B细胞性非霍奇金淋巴瘤1例

作者: [李基伟](#), [吴学东](#), [杨利杰](#)
作者单位: [大理学院附属医院小儿外科, 云南省, 671000](#)
刊名: [临床小儿外科杂志](#) 
英文刊名: [JOURNAL OF CLINICAL PEDIATRIC SURGERY](#)
年, 卷(期): 2008, 7(1)
被引用次数: 0次

参考文献(2条)

1. [Ara C;Coban S;Kayaalp C Spontaneous intestinal perforation due to non-Hodgkin's lymphoma:evaluation of eight cases](#) 2007(08)
2. [施诚仁](#) [儿童肿瘤外科学](#) 2006

本文链接: http://d.wanfangdata.com.cn/Periodical_lcxewkzz200801036.aspx

授权使用: 黔南民族师范学院(gnnzsfxy), 授权号: 186743e8-5f9b-4150-b063-9ed30126cf52

下载时间: 2011年4月28日