

以多浆膜腔积液为首发症状的淋巴瘤一例

魏萍, 张晶, 王春娥

福建中医药大学附属第二人民医院, 福建 福州

收稿日期: 2022年11月2日; 录用日期: 2022年11月23日; 发布日期: 2022年12月5日

摘要

目的: 探讨以多浆膜腔积液为首发症状的淋巴瘤的临床表现、影像学特征、病理特点及诊断治疗、预后等, 以提高对该病的认识。方法: 回顾总结了1例以多浆膜腔积液为首发症状的淋巴瘤的诊治过程。结果: 淋巴瘤合并胸腔积液的原因, 可因胸膜侵犯, 亦可因淋巴管回流障碍。结论: 首发为多浆膜腔积液的淋巴瘤较少见, 临床表现不特异, 容易误诊漏诊, 应及时行穿刺检查、尽早进行病理诊断。

关键词

浆膜腔积液, 淋巴瘤

A Case of Lymphoma with Multiple Serous Effusion as the First Symptom

Ping Wei, Jin Zhang, Chun'e Wang

The Second People's Hospital Affiliated to Fujian University of Traditional Chinese Medicine, Fuzhou Fujian

Received: Nov. 2nd, 2022; accepted: Nov. 23rd, 2022; published: Dec. 5th, 2022

Abstract

Objective: To investigate the clinical manifestations, imaging features, pathological features, diagnosis, treatment and prognosis of lymphoma with multiple serous cavity effusion as the first symptom, so as to improve the understanding of the disease. **Methods:** The diagnosis and treatment of 1 case of lymphoma with multiple serous cavity effusion as the first symptom were reviewed. **Results:** The causes of lymphoma complicated with pleural effusion were pleural invasion and lymphatic reflux obstruction. **Conclusion:** Lymphoma with multiple serous cavity effusion is rare, its clinical manifestation is not specific, and it is easy to be misdiagnosed and missed. Puncture examination should be carried out in time and pathological diagnosis should be made as soon as possible.

Keywords

Serous Cavity Effusion, Lymphoma

Copyright © 2022 by author(s) and Hans Publishers Inc.

This work is licensed under the Creative Commons Attribution International License (CC BY 4.0).

<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>



Open Access

1. 引言

多浆膜腔积液病因可表现为心衰、肾衰、低蛋白血症等引起的漏出液，亦可表现为结缔组织疾病、肿瘤引起的渗出液，淋巴瘤合并胸腔积液发生率约 20%~30% [1]。笔者现报道一例以多浆膜腔积液为首发症状，临床表现、影像学表现、胸膜表现均不典型的淋巴瘤案例。该个案报道已获患者知情同意书及医院伦理批准书。

2. 病例资料

男性患者，72 岁，因胸闷、气喘 1 月就诊。既往体健，无心脏、肝肾等慢性病史，无过敏史，无吸烟史，无肿瘤家族史。

体格检查：T 36.3℃，R 28 次/min，BP 127/59 mmHg，HR 115 次/min。神志清楚，极度消瘦，端坐呼吸，双侧胸廓饱满，语颤减弱，未闻及干湿性啰音。腹部膨隆，移动性浊音阳性，双下肢中度凹陷性水肿。

辅助检查：胸部 CT 平扫：双肺弥漫磨玻璃影，双侧中量 - 大量胸腔积液伴双肺下叶膨胀不全；拟双肺炎症及肺水肿改变(如图 1)。心电图：窦性心律，肢体导联低电压，T 波改变，Q-T 间期延长。



Figure 1. Chest CT

图 1. 胸部 CT

入院后立即予双侧胸腔穿刺闭式引流，引流液均为黄色浑浊，共引流 3000 ml。同时辅以利尿、营养支持等对症治疗。

实验室检查：血常规：WBC $9.11 \times 10^9/L$ ，GR $6.99 \times 10^9/L$ ，GR% 76.8%，Hb 147 g/L，HCT 44.7%，PLT $415 \times 10^9/L$ ，CRP 12.83 mg/L。心肌酶谱、肝肾功能、血糖、血脂正常，白蛋白 33.5 g/L。TNI、NT-BNP

正常。自身免疫全套：ANA (荧光) 1:320, 余正常。血清 GM 试验、G 试验正常。肿瘤标志物：AFP、NSE、CEA 正常，ProGRP 86.08 pg/ml, GP73 96.19 ng/ml。胸水常规：外观黄色混浊，无凝块，有核细胞：2527*10⁶/L, 单核：40%，多核：60%，比重：1.02, 红细胞：2 个/HP。胸水生化：ALB 44.7 g/L, Glu 6.11 mmol/L, LDH 114 U/L, ADA 11.6 U/L, 李凡他试验阳性。胸水 CEA 1.8 ng/ml。胸水培养未见细菌、真菌生长。胸水多次细胞学检查未见肿瘤细胞，见大量间皮细胞及淋巴细胞。

因实验室检查未见阳性发现，立即完善内科胸腔镜，镜下见壁层胸膜散在白色颗粒状突起，轻度充血，予钳取胸膜组织 4 块送检病理。病理回报见间质中量淋巴细胞浸润，少量炎性坏死渗出物，免疫组化：Ki67 (5%阳性), CD3 (T 细胞+), CD5 (T 细胞+), CD20 (B 细胞+), CD79 α (B 细胞+) (如图 2)。进一步完善全腹部 CT 平扫：腹腔、盆腔积液；腹腔多发肿大淋巴结(如图 3)。腋窝淋巴结彩超：双侧腋窝见多发低回声团块，皮质增厚或皮髓质分界不清，大者左侧腋窝 38 mm*10 mm, CDFI 见点条状血流信号(如图 4)，并于彩超引导下左侧腋窝淋巴结活检组织 4 条，病理回报见小淋巴结增生，可见淋巴滤泡 T 细胞植入现象。免疫组化示 B、T 淋巴细胞为多克隆性增生，BcL-2 (+++), BcL-6 (生化中心+), CD2 (T 细胞+), CD20 (B 细胞+), CD4 (T 细胞+++), CD79 α (B 细胞+), CD8 (T 细胞++), CD7 (T 细胞+), MUM1 (10%阳性), Cyclin D1(-), CXCL-13 (局灶+), Ki67 (生发中心外 < 10%阳性, 生发中心 20%阳性) (图 5)。患者后期胸腔引流液转为乳糜样浑浊液，每日引流量约 600 ml，结合胸膜组织病理学及多次胸腔积液细胞学阴性，考虑胸腔积液产生原因并非肿瘤侵犯胸膜，而是淋巴回流障碍所致。

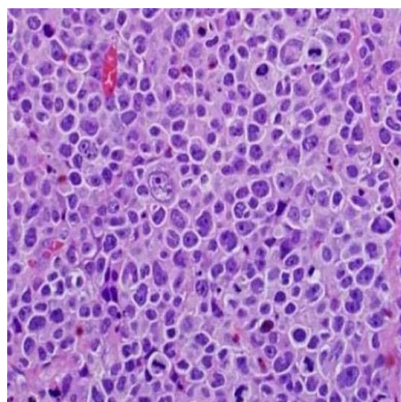


Figure 2. Histopathology of the pleura
图 2. 胸膜组织病理



Figure 3. Abdominal CT
图 3. 腹部 CT



Figure 4. Color Doppler-guided lymph node biopsy

图 4. 彩超引导下淋巴结活检

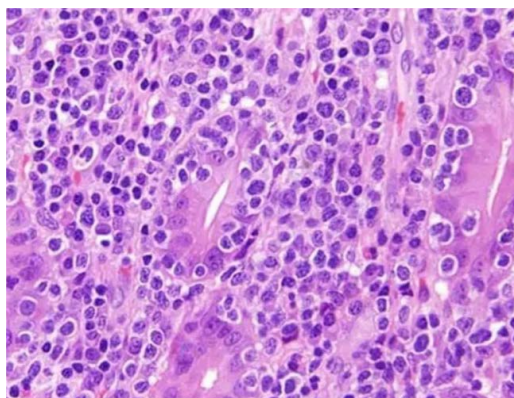


Figure 5. Lymph node histopathology

图 5. 淋巴结组织病理

治疗及随访 该患者终于确诊淋巴瘤。患者后期因经济原因未能行放化疗及靶向、免疫等治疗，但短期内从持续胸腔引流治疗中也明显受益，缓解了呼吸困难，未因诊断不及时导致其他诊疗支出。

3. 讨论

3.1. 临床特点

淋巴瘤多合并纵隔、肺门肿块或肿大淋巴结，因胸腔积液或多浆膜腔积液首诊的患者极少。姚小鹏等[2]报道 126 例癌性胸腔积液确诊患者，淋巴瘤仅 3 例。伴有胸腔积液的淋巴瘤患者通常难通过细胞学检查确诊，临床特点多为渗出液，含大量间皮细胞和淋巴细胞，有时易误诊为结核性胸腔积液[3]。Santos 等[4]报道仅 3.9% 的淋巴瘤性胸腔积液患者在胸腔积液中找到肿瘤细胞。该例患者多次胸腔积液细胞学未找到恶性肿瘤细胞。

3.2. 影像学表现

LBL 极少原发于肺部和胸膜，文献报道 LBL 在肺部的 CT 表现可单发或多发，以肺炎实变型多见，边缘清晰或毛絮状，可见支气管征及血管造影征，中等以上强化[5]。由于胸部 CT 表现不具有特异性，

诊断价值不高。

3.3. 病理学改变

形态学上,大多数病例由较小至中等偏大的细胞组成,细胞核不规则、扭曲或多形性,染色质粗细不等,核分裂,胞质少。研究表明,生发中心进行性转化样生长模式约 2/3,滤泡性淋巴瘤模式约 1/3,所有肿瘤性 T 细胞均表达不低于 2 个 TFH 标记[6]。该例患者 BcL-2、BcL-6、Ki67 均高表达。

3.4. 治疗和预后

大部分学者认为并发浆膜腔积液将影响 LBL 预后。研究发现合并胸腔积液的 LBL 患者较未合并者平均寿命更短[7]。尤其是胸膜、腹膜或实质脏器的肿瘤浸润与否将影响淋巴瘤分期,及放化疗、免疫治疗等治疗方案的选择[8] [9]。因此对于合并不明原因胸腔积液的患者,明确积液的性质至关重要。内科胸腔镜具有微创、安全、有效、快捷的特点,胸腔镜下胸膜活检率也大大提高,可减少漏诊误诊,避免不必要的治疗[10]。

参考文献

- [1] Hunter, B.D., Dhakal, S., Voci, S., *et al.* (2014) Pleural Effusions in Patients with Hodgkin Lymphoma: Clinical Predictors and Associations with Outcome. *Leukemia & Lymphoma*, **55**, 1822-1826. <https://doi.org/10.3109/10428194.2013.836599>
- [2] 姚小鹏, 李强, 白冲, 等. 224 例胸腔积液胸腔镜检查术分析[J]. 中国内镜杂志, 2006, 12(2): 191-193+196.
- [3] Li, J., Zou, B., Yeo, Y.H., *et al.* (2019) Prevalence, Incidence, and Outcome of Non-Alcoholic Fatty Liver Disease in Asia, 1999-2019: A Systematic Review and Meta-Analysis. *The Lancet Gastroenterology and Hepatology*, **4**, 389-398. [https://doi.org/10.1016/S2468-1253\(19\)30039-1](https://doi.org/10.1016/S2468-1253(19)30039-1)
- [4] Santos, G.C., Longatto-Filho, A., *et al.* (2000) Immunocytochemical Study of Malignant Lymphoma in Serous Effusions. *Acta Cytologica*, **44**, 539-542. <https://doi.org/10.1159/000328526>
- [5] 李建鹏, 邹玉坚, 谢传森, 等. 原发性肺淋巴瘤的 CT、临床及病理特征分析[J]. 实用放射性杂志, 2022, 38(1): 42-46.
- [6] 倪慧敏, 向臣希, 马东慎, 等. 滤泡性 T 细胞淋巴瘤临床病理学分析[J]. 中华病理学杂志, 2022, 51(4): 344-346.
- [7] 谭建龙, 刘志光, 邓红英, 等. 以胸腔积液为首发表现的非霍奇金淋巴瘤七例报告并文献复习[J]. 中华血液学杂志, 2016, 37(1): 70-73.
- [8] Zhang, X., Wang, M. and Liu, X. (2021) A Rare Case of Indolent B Cell Lymphoma with Massive Pleura Effusion as the Initial Presentation. *Annals of Palliative Medicine*, **10**, 7033-7041. <https://doi.org/10.21037/apm-20-1480>
- [9] Wu, Y.B., Xu, L.L., Wang, X.J., *et al.* (2017) Diagnostic Value of Medical Thoracoscopy in Malignant Pleural Effusion. *BMC Pulmonary Medicine*, **17**, Article No. 109. <https://doi.org/10.1186/s12890-017-0451-1>
- [10] 张文字, 黄永康, 黄建安. 内科胸腔镜对淋巴瘤的诊断价值及预后分析[J]. 临床肺科杂志, 2021, 26(7): 1081-1083+1096.