

妊娠合并淋巴瘤三例

高大林 付骞千 张甜甜 孙琳 潘毅 翟琼莉

Pregnancy-associated lymphoma: report of three cases
Gao Dalin, Fu Qianqian, Zhang Tiantian, Sun Lin, Pan Yi, Zhai Qiongli

Corresponding author: Zhai Qiongli, Department of Pathology, Tianjin Medical University Cancer Institute and Hospital, National Clinical Research Center for Cancer, Key Laboratory of Cancer Prevention and Therapy, Sino-American Diagnostic and Therapeutic Center for Hematological Malignancies, Tianjin 300060, China. Email: zhaiqiongli@126.com

例1,女,30岁,孕2产0。于妊娠5周无意中发​​现右锁骨上一黄豆大小肿物,行颈部B超示:右侧锁骨上根部多发淋巴结肿大,均较小。患者未行其他影像学检查。之后4个月内,肿物进行性增大,并伴有全身瘙痒及低热、盗汗1个月余,体重下降3 kg。体格检查:颈部双侧、双锁骨上及左腋下均可触及肿大淋巴结,质硬,活动度可,无压痛;B超检查显示:横膈以上浅表淋巴结多发肿大,最大约2.4 cm×1.4 cm;CT提示纵隔亦受累。右锁骨上肿大淋巴结活检病理:淋巴结结构破坏,胶原分隔呈大结节状,核仁大、胞质丰富的R-S(Reed-Sternberg)细胞散在分布于小淋巴细胞及嗜酸粒细胞为主的炎性背景中;免疫组化标记瘤细胞CD30(+),PAX5(弱+),CD20(-),CD15(-),LCA(-),CD3(-),原位杂交EBER(EBV-encoded RNAs)(-);经典型霍奇金淋巴瘤-结节硬化型(CHL-NS)诊断明确。鉴于患者处于中期妊娠(孕21周),病情进展较快,全身症状明显,考虑化疗对胎儿的风险,遂行人工流产终止妊娠,恢复后接受ABVD方案(多柔比星+博来霉素+长春新碱+达卡巴嗪)化疗。随访至今,疗效评价达完全缓解(CR)并维持1年半。

例2,女,36岁,孕1产0。患者2010年11月发现左侧腹股沟直径小于1 cm的肿物,于2011年10月通过人工受精怀孕,2012年2月肿物开始进行性增大(2个月内肿物从2 cm增大到9 cm)并伴有乏力,于2012年4月自然流产。左侧腹股沟肿物切除活检病理:镜下观察皮下可见中小细胞及纤维

化,大部分区域异性瘤细胞弥漫分布,少部分区域胶原分隔呈结节状,围绕皮肤附属器可见散在大的中心细胞;免疫组化检查:CD20(+++)>90%,mum-1(散在阳性分布),CD23(FDCs+),CD10(-),Bcl-6(-),Bcl-2(-),CD3(-),CD5(-),CyclinD1(-),增殖指数Ki-67表达<5%,诊断为原发性皮肤滤泡中心淋巴瘤(PCFCL)。考虑该疾病慢性病程,综合评估后未行化疗。随访2年,患者状态良好。

例3,女,20岁,孕1产1。妊娠28周,发现右侧扁桃体肿大,直径约1.0 cm,初诊为扁桃体炎,未重视,随后自觉肿物生长明显加快,当时正处于妊娠中晚期,患者维持妊娠并密切观察。直到2个月后进行剖宫产术顺利产下胎儿,分娩后1个月出现憋气、乏力及体重下降而就诊。CT检查回报肿物直径3.5 cm。于全麻下行右侧扁桃体切除术。病理检查:镜下可见少许残存的正常扁桃体组织,大部分区域淋巴组织结构破坏,呈大小不等的结节状,结节内细胞主要由成片的B中心母细胞组成(核仁明显、核分裂象易见)。免疫组化提示瘤细胞高表达B细胞相关抗原CD20及CD79a,Bcl-2、Bcl-6均为阳性;另外CD10(+)及滤泡树突状细胞(FDC)为(+);Ki-67指数80%;其余CD3(-),CD5(-),CD38(-),CyclinD1(-),CD30(-),ALK(-),原位杂交EBER(-),明确诊断为滤泡性淋巴瘤(3级B)(FL-3B)。PET-CT示口咽双侧侧壁增厚,颈部双侧及鼻咽多发结节,考虑淋巴瘤受累;骨髓检查结果阴性。临床分期为II A期。给予R-CHOP(利妥昔单抗+环磷酰胺+多柔比星+长春新碱+泼尼松)方案化疗。随访1年余,患者在接受周期性化疗后辅以放疗及免疫治疗已达CR。

讨论:妊娠合并淋巴瘤是指妊娠期出现或发现的淋巴瘤,又称妊娠期淋巴瘤。妊娠期淋巴瘤起病隐匿,症状不典型,易延误诊断,但其病理类型与非孕妇女无明显差异。本研究3例患者的共同特点是妊娠期间病情进展加速,甚至惰性淋巴瘤也表现异常活跃,而妊娠终止后病情明显好转趋于稳定,再加以合理治疗很快达到CR,惰性淋巴瘤未经治疗也恢复沉默,推测妊娠可能影响淋巴瘤进展。目前妊娠期淋巴瘤的治疗原则是孕早期诊断,通常建议终止妊娠,从而能够接受充分的治疗;孕中晚期可选择保留妊娠,病情允许时可待分娩后再行治疗,若病变进展较快,可先给予化疗,使疾病控制在相当阶段,待胎儿娩出后再补充化、放疗。

(收稿日期:2015-06-07)

(本文编辑:徐茂强)

DOI:10.3760/cma.j.issn.0253-2727.2016.01.016

基金项目:国家自然科学基金(81272361)

作者单位:300060 天津医科大学肿瘤医院病理科;国家肿瘤临床医学研究中心;天津市肿瘤防治重点实验室

通信作者:翟琼莉,Email:zhaiqiongli@126.com