

(2): 129-133. doi: 10.3969/j.issn.1009-7090.2007.02.014.

- [28] 李玲, 袁海龙, 温丙昭, 等. HLA单倍体与全相合外周血干细胞移植后免疫功能重建与并发症的比较[J]. 中华内科杂志, 2010, 49(3): 204-207. doi: 10.3760/cma.j.issn.0578-1426.2010.03.005.
- [29] Pang N, Duan X, Jiang M, et al. Reconstitution and clinical

significance of T cell subsets in the early stage after related HLA-mismatched peripheral blood hematopoietic SCT without T-cell depletion in vitro[J]. Int J Clin Exp Pathol, 2015, 8(8): 8892-8901.

(收稿日期:2015-10-27)

(本文编辑:刘志红)

## ·病例报告·

西达苯胺联合硼替佐米、地塞米松治疗  
复发难治多发性骨髓瘤一例

王丹阳 崔玉山 刘玉章 刘丽娜 宋永平 房佰俊

**Successful treatment of one case with relapsed refractory multiple myeloma by chidamide in combination with bortezomib and dexamethasone** Wang Danyang, Cui Yushan, Liu Yuzhang, Liu Li'na, Song Yongping, Fang Baijun  
Corresponding author: Fang Baijun, Department of Hematopathy, the Affiliated Cancer Hospital of Zhengzhou University, Zhengzhou 450008, China. Email: fdation@126.com

患者,女,53岁,2015年1月无明显诱因出现右侧髂骨处疼痛,后出现左侧季肋区疼痛,遂就诊于我院。血常规:WBC  $2.3 \times 10^9/L$ , HGB 101 g/L, PLT  $166 \times 10^9/L$ 。血生化:球蛋白 46.9 g/L,白蛋白 33 g/L,  $\beta_2$ -MG 3.16 mg/L,  $\kappa$ 轻链 9.74 g/L,  $\lambda$ 轻链 0.7 g/L,  $\kappa/\lambda$  为 13.91, IgA 26.9 g/L, IgG 5.49 g/L, IgM 0.307 g/L。血清蛋白电泳:M带占 9.6%。免疫固定电泳:IgA、 $\kappa$ 阳性。骨髓象:有核细胞增生活跃,粒系占 0.360,红系占 0.305,浆细胞恶性增殖,原始及幼稚浆细胞占 0.165,偶见双核浆细胞。ECT:左侧第二前肋、胸8椎体及右侧骶骨翼骨代谢异常旺盛。流式细胞术检查示异常浆细胞比例为 8.77%,表达 CD38、CD138、CD56,部分表达 CD28、lambda,不表达 CD19、CD117、CD13、CD33、CD34、kappa。FISH 检查示 P53、RB1、D13S319 阴性, IgH 阳性(17%), 1q21 阳性(19%)。诊断为“多发性骨髓瘤(MM) IgA 轻链 $\kappa$ 型 Durie-Salmon 分期 II A 期”。给予 PD[硼替佐米( $1.3 \text{ mg}/\text{m}^2$ , 第 1、4、8、11 天)+地塞米松(20 mg/d, 第 1、4、8、11 天)]方案 1 个疗程,治疗后获得部分缓解(PR),第 2 疗程给予 PAD 方案,即 PD 方案+脂质体阿霉素(20 mg, 第 4 天),治疗后获得完全缓解(CR),继续追加 3 个疗程 PAD 方案,患者持续 CR。第 6 个疗程前,患者再次出现左侧季肋区疼痛,行 CT 检查示肝肾间

软组织影,与肝脏、右肾上腺分界不清;腹膜后肿块,与十二指肠、胰头分界不清;多发骨质密度欠均(图 1A)。继行 PET-CT 检查示双侧肱骨,右侧锁骨,右侧肩胛骨, T1, T4, T11, 左侧第 3、5 肋, L4, L5, 双侧髌骨, 骶骨, 双侧耻骨, 双侧坐骨, 双侧股骨上段多发代谢活跃灶,部分伴软组织密度影,考虑骨恶性病变;左上胸壁肌间隙、腹膜后见多发软组织结节及肿块影,代谢活跃,考虑多发淋巴结恶性病变;右侧胸膜局部增厚,左侧第 7/8、8/9 肋间胸壁稍增厚,代谢增高,代谢活跃,考虑恶性病变。腹腔肿块穿刺活检病理学检查诊断为浆细胞肿瘤。免疫组化:Ki-67 阳性率 95%, CD38、CD138、CD19、Vim、Mum-1、 $\kappa$  表达阳性, CD3、CD5、CD20、CD79 $\alpha$ 、LCA、CK、EMA、 $\lambda$  表达阴性。复查骨髓象:原始及幼稚浆细胞占 0.131。血生化:ALP 226 U/L, LDH 257 U/L, IgA 32.1 g/L,  $\kappa$  轻链 9.05 g/L。血清蛋白电泳:M带占 5.2%。考虑疾病复发,与患者及家属沟通并签订知情同意书,给予西达苯胺(每周 2 次,每次 30 mg,早餐后 30 min 服用,  $\times 4$  周)联合 PD 方案治疗,并拟行局部放射治疗。2 周期后复查 CT 示髓外浸润病灶范围较前明显缩小(图 1B),结合血生化、免疫固定电泳、血清蛋白电泳、骨髓象等结果,患者获得非常好的部分缓解(VGPR),故未行局部放射治疗。目前患者仍口服西达苯胺联合 PD 方案治疗过程中,病情稳定,期间有血常规下降、感染等不良反应,对症支持治疗后均好转,拟行异基因造血干细胞移植。

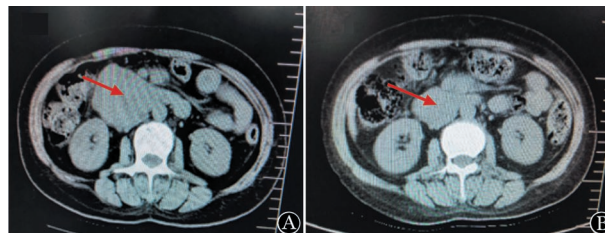


图 1 CT 检查示西达苯胺联合硼替佐米、地塞米松方案治疗前(A)后(B)患者髓外(腹腔肿块,箭头所示)浸润病灶的变化

(收稿日期:2016-01-20)

(本文编辑:刘志红)

DOI: 10.3760/cma.j.issn.0253-2727.2016.06.004

基金项目:国家自然科学基金(81370661)

作者单位:450008 郑州大学附属肿瘤医院、河南省肿瘤医院血液科

通信作者:房佰俊, Email: fdation@126.com