

重置到近端的 50 cm 处;另有人提议,在近端 100 cm 处再行一个肠肠吻合,让胆胰液能进一步与食糜混合。上述方法对于改善脂肪泻或严重营养不良均有效,更可少量增加体质量。但因患者的营养状况不佳而发生并发症率高。

二次手术可采用开放或腹腔镜下进行,但医师们多主张采用开放手术以处理腹腔内粘连及术中再行钉合时对脏器准确定位。

(沈莹莹译 王存川校)

· 病例报告 ·

伴大量嗜酸粒细胞反应的肠病相关性 T 细胞淋巴瘤一例

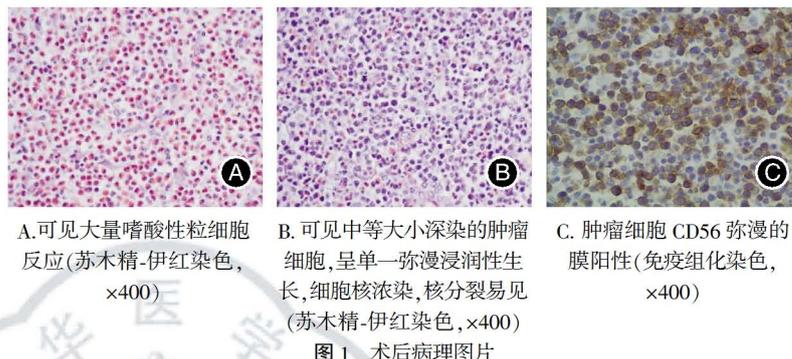
高福平 周晓庆 魏谨 马平

**【关键词】** 结肠淋巴瘤; T 细胞; 嗜酸中性粒细胞

患者 女性,42 岁。因“间歇性上腹部隐痛半月”就诊。6 年前有胆囊切除病史。查体:右上腹可见长约 12 cm 纵行手术瘢痕。腹平软,右下腹扪及约 3 cm×4 cm×5 cm 大小包块,境界尚清,活动度可,质硬,轻度压痛,无反跳痛。肝脾肋下未触及。全身浅表淋巴结无肿大。血常规:白细胞 2.89×10<sup>12</sup>/L,血红蛋白 80 g/L,嗜酸粒细胞 0.15,淋巴细胞 0.6。CA125 63.2 U/ml。B 超提示:右下腹部肠壁增厚(占位待排),右下腹淋巴结增大。CT 示小肠末端、回盲部及升结肠肠壁不规则明显增厚,增强可见明显强化,强化不均,外膜面较模糊。电子结肠镜示:回盲部见不规则溃疡型周边隆起型病灶,局部坏死形成,大小约 3.5 cm×4.0 cm,侵犯约半个管腔,组织局部坚硬,活检易出血,肠腔局部狭窄明显。肠镜诊断:回盲部癌? 肠镜病理示:浅表黏膜急、慢性炎症改变及大片坏死组织,灶区淋巴细胞高度增生,恶性淋巴瘤待排除。

行剖腹探查术,术中见肿块位于回盲部,6 cm×6 cm×5 cm,质硬,已浸润至结肠浆膜层,肠系膜上动脉根部可见肿大淋巴结并互相融合,直径约 5 cm,行右半结肠切除术。术后予以强的松、环磷酰胺、长春新碱和表阿霉素联合化疗 2 个疗程。

术后标本病理:结肠黏膜面可见一 4 cm×2 cm 溃疡,溃疡下见一肿块,大小为 8 cm×7 cm×5 cm,肿物主要在黏膜下、肌壁间、浆膜外生长,肿块切面灰白黄,质地硬,境界不清,回盲部肠腔狭窄。肠周触及淋巴结 3 枚,直径 1~5 cm,其中 1 枚为融合淋巴结,直径 5 cm。镜检示:病变区表面黏膜坏死、溃疡形成,溃疡底部见大量嗜酸性粒细胞弥漫浸润,见图 1A;大片凝固性坏死。肠壁肌层破坏消失,血管内皮细胞和成纤维细胞增生。多量小血管和瘢痕胶原形成。少数切片表现为凝固性坏死的背景中见中等大小深染的肿瘤细胞,呈单一弥漫浸润性生长,细胞核浓染,相对圆整,散在分布的奇异性核和扭核,核仁不明显,可见坏死和核碎片,



A. 可见大量嗜酸性粒细胞反应(苏木精-伊红染色, ×400) B. 可见中等大小深染的肿瘤细胞,呈单一弥漫浸润性生长,细胞核浓染,核分裂易见(苏木精-伊红染色, ×400) C. 肿瘤细胞 CD56 弥漫的膜阳性(免疫组化染色, ×400)

核分裂易见,约 10 个/10 高倍视野,见图 1B。其间散在嗜酸性粒细胞、组织细胞和浆细胞。肠周淋巴结 3 枚中见大量嗜酸性粒细胞浸润伴凝固性坏死,淋巴结最大直径 5 cm。江苏省人民医院病理会诊,免疫组化示:核深染呈单一性生长的细胞 CD3、CD45RO 和 CD56 阳性,见图 3; CD20、CD138、PAX-5、穿孔素和粒酶 B 均阴性。病理诊断:原发性肠病相关性 T 细胞淋巴瘤。

讨论 伴有嗜酸性粒细胞反应的肠病相关性 T 细胞淋巴瘤由 Shepherd 等<sup>[1]</sup>提出。关于该类型淋巴瘤报道不多。根据本病的临床和病理改变,与肠病相关性 T 细胞淋巴瘤有很多相似之处,唯以大量嗜酸性粒细胞浸润及纤维化为特点,故目前认为很可能是肠病相关性 T 细胞淋巴瘤的一种亚型<sup>[2]</sup>。诊断本瘤需要与嗜酸性粒细胞性肠炎、MALT 淋巴瘤、弥漫大 B 细胞淋巴瘤、鼻型 NK/T 细胞淋巴瘤等鉴别。

肠病相关性 T 细胞淋巴瘤预后很差,1 年和 2 年生存率仅为 30%和 22%,特别是发生于小肠伴有肠穿孔者和淋巴结转移者,存活率低于发生于胃和结肠者<sup>[3]</sup>。本病例至今已有 4 个月,患者基本情况尚可,需要进一步随访观察生存情况。

参 考 文 献

[1] Shepherd NA, Blackshaw AJ, Hall PA, et al. Malignant lymphoma with eosinophilia of the gastrointestinal tract. *Histopathology*, 1987, 11(2): 115-130.  
 [2] 武忠弼, 杨光华. 中华外科病理学. 北京: 人民卫生出版社, 2002: 706.  
 [3] Katoh A, Ohshima K, Kanda M, et al. Gastrointestinal T cell lymphoma: predominant cytotoxic phenotypes, including alpha beta, gamma delta T cell and natural killer cells. *Leuk Lymphoma*, 2000, 39(1-2): 97-111.

(收稿日期: 2011-08-10)

DOI: 10.3760/cma.j.issn.1671-0274.2012.01.030

作者单位: 211300 南京市高淳县人民医院病理科(高福平、魏谨、马平), 肿瘤外科(周晓庆)

通信作者: 周晓庆, Email: zxq@gcph.com.cn