

以胸腔积液为首发症状的淋巴瘤 12 例临床分析

黄海¹ 罗艺¹ 张炎林¹

[摘要] 目的:提高对以胸腔积液为首发症状的特殊类型淋巴瘤的认识。方法:回顾性分析 12 例以胸腔积液为首表现,疑似“结核性胸膜炎”,最后经手术病理检查、胸水细胞学检查及追踪确诊为淋巴瘤患者的临床资料。结果:12 例患者均以胸腔积液为首要表现,1 例伴有腋窝淋巴结肿大,其余 11 例无其他淋巴组织损害,胸水均为渗出液,最后经胸水细胞学、手术病理检查及追踪诊断为淋巴瘤。结论:少数淋巴瘤患者以胸腔积液为首表现,可能与原发于胸膜淋巴组织有关,诊断困难,易误诊为结核性胸膜炎。对抗结核治疗反应欠佳且胸水腺苷脱氨酶明显增高者,应特别警惕淋巴瘤可能,宜尽快行胸腔镜检查明确诊断。

[关键词] 胸腔积液;淋巴瘤;腺苷脱氨酶

[中图分类号] R733.4 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 1004-2806(2013)07-0488-02

Clinical analysis of 12 lymphoma cases with pleural effusion as the first symptom

HUANG Hai LUO Yi ZHANG Yanlin

(Tuberculosis Prevention Institution of Wuhan, Wuhan, 430030, China)

Corresponding author: HUANG Hai, E-mail: huanghai7512@163.com

Abstract Objective: To improve the understanding of the special type of lymphoma with pleural effusion as the first symptom. **Method:** Clinical data of 12 cases with pleural effusion as the first symptom, suspected tuberculous pleurisy and finally diagnosed as lymphoma by surgery pathology examination and pleural effusion cytology were retrospectively analyzed. **Result:** All the 12 patients were first performed with pleural effusion, 1 case with axillary lymph node enlargement and the rest of the 11 cases with no other lymphoid tissue damage, and pleural effusion were exudate, finally diagnosed as lymphoma by pleural fluid cytology and track surgical pathologic examination. **Conclusion:** A few lymphoma in pleural effusion for starting performance may be associated with primary pleural lymphatic tissue, and its diagnosis is difficult, easily misdiagnosed as tuberculous pleurisy. People with poor response to the treatment of TB and significantly higher hydrothorax adenosine deaminase should be particularly alert to lymphoma, and underwent thoracoscopy as soon as possible.

Key words pleural effusion; lymphoma; adenosine deaminase

淋巴瘤是一组原发于淋巴结或其他淋巴组织的恶性肿瘤,临床表现较复杂,主要表现为无痛性淋巴结肿大、发热、肝脾肿大、恶液质、贫血等,少数患者可出现胸腹水表现,但以胸腔积液为首发症状较为少见。本文收集了 2006—2012 年我院收治的 12 例胸腔积液患者,给予抗结核、抗感染治疗效果欠佳,经胸水细胞学、手术病理检查及追踪,最后确诊为淋巴瘤,现对其临床资料进行分析,报告如下。

1 资料与方法

1.1 资料

12 例患者均为男性,年龄 13~71 岁,平均 47 岁;起病前 1 例有喉癌病史,2 例有肺结核病史,9 例无呼吸系统疾病及肿瘤病史。

临床表现及体征:胸闷、活动后喘气 12 例,伴干咳 9 例,伴发热 5 例,其中 3 例为持续性中低热,2 例为间歇性发热,高峰体温 39.1℃~39.5℃,弛张热型;1 例入院时腋窝淋巴结肿大,其余 11 例入

院时无浅表淋巴结肿大;5 例出现消瘦;12 例均未出现皮肤瘙痒。12 例患者患侧肺叩诊呈浊音,呼吸音下降,未闻及啰音,心脏体征无异常,肝脾无异常。

1.2 方法

血常规检查:白细胞计数 $(6.7 \sim 16.2) \times 10^9/L$,中性粒细胞比例 47%~86%,淋巴细胞比例 11%~48%,红细胞计数 $(2.36 \sim 3.92) \times 10^{12}/L$,血红蛋白 78~124 g/L,血小板 $(98 \sim 390) \times 10^9/L$ 。

胸水检查:12 例均为渗出液,白细胞 $(1200 \sim 34600) \times 10^6/L$,淋巴细胞比例 15%~79%,中性粒细胞比例 21%~85%,乳酸脱氢酶 256~1498 U/L,腺苷脱氨酶(ADA) 22.0~547.5 U/L,癌胚抗原均为阴性,胸水细胞学 2 例发现非霍奇金淋巴瘤细胞,其他 10 例胸水细胞学检查均为阴性。

影像学检查:双侧胸腔积液 3 例,单侧 9 例;大量胸腔积液 2 例,中等量胸腔积液 10 例;胸部 CT

¹武汉市结核病防治所(武汉,430030)

通信作者:黄海, E-mail: huanghai7512@163.com

扫描未见肺部浸润及纵膈淋巴结肿大;腹部彩超未见肝脾肿大及腹膜后淋巴结肿大。

其他检查:12 例患者胸水结核抗体及结核 DNA 检测均为阴性,结核菌素 5 u(一)~(+)。仅有 4 例行骨髓穿刺检查,未见骨髓受累。

2 结果

12 患者均以“结核性胸膜炎”收治入院,3 例在入院前已给予抗结核治疗(HRZE)2~4 周,胸水未得到控制,其中 1 例在抗结核治疗基础上加用泼尼松 30 mg,每日 1 次口服,胸水仍反复增多;其余 9 例仅给予抗感染、抽胸水治疗,未进行抗结核治疗。12 例患者中,1 例腋窝淋巴结活检确诊为淋巴瘤(弥漫性大细胞型 B 细胞淋巴瘤),2 例胸水中找到非霍奇金淋巴瘤细胞,其余 9 例经胸腔镜检查及追踪确诊为淋巴瘤(3 例黏膜相关淋巴组织结外边缘区 B 细胞淋巴瘤,6 例弥漫性大细胞型 B 细胞淋巴瘤)。所有患者在淋巴瘤确诊后使用 CHOP(环磷酰胺、阿霉素、长春新碱、泼尼松)方案化疗后,胸水得到控制。

3 讨论

肺癌、乳腺癌、淋巴瘤是恶性胸腔积液的 3 大病因,其中淋巴瘤为第 3 位病因,约占 10%,特别是 B 细胞型淋巴瘤最为常见。国外报道有 20%~30%的非霍奇金淋巴瘤出现胸水,但以胸腔积液为首发症状及主要表现的淋巴瘤少见,其导致恶性胸水的机制有:①淋巴瘤细胞对胸膜的浸润导致毛细血管通透性增高,胸膜渗出增多;②肺部及纵膈淋巴结肿大导致静脉回流或淋巴回流受阻;③部分患者可能并发低蛋白血症。其中通常认为淋巴瘤细胞对胸膜的浸润是淋巴瘤引起胸腔积液的最主要原因。

临床工作中,胸水 ADA 作为诊断胸水性质的指标被广泛应用,特别是对结核性胸腔积液的诊断价值较高,采取 45 U/L 为临界值,ADA 诊断结核性胸膜炎的敏感性和特异性均为 92.2%^[1-2]。但我们应该注意到,ADA 在某些非结核性胸腔积液中也可升高,如淋巴瘤、白血病、类风湿性关节炎^[3]。国内文献报道,伴胸部受累的淋巴瘤患者,胸腔积液中 ADA 为 67.4 U/L(30.0~92.0 U/L)^[4]。Lee 等(2001)对 106 例各种原因的非结核性胸腔积液进行研究,27 例恶性胸腔积液中 3 例 ADA 水平超过 30 U/L,3 例淋巴瘤患者中 2 例 ADA 水平超过 40 U/L。ADA 是一种核苷酸氨基水解酶,为核酸代谢重要酶类,以红细胞和 T 淋巴细胞含量最为丰富,是前 T 细胞分化为淋巴细胞过程中不可缺少的酶。因此,当 T 淋巴细胞受到快速增殖或抗原刺激时,ADA 水平就会明显升高,淋

巴瘤系淋巴系统增殖性肿瘤,其 ADA 水平升高对应于前者,而结核感染则对应于后者。由于结核和淋巴瘤的临床表现有时较为类似,有很多重叠的特点,实验室检查中都会出现 ADA 升高,鉴别较为困难^[5]。因此,对胸水 ADA 增高的患者难以用结核解释时,要考虑淋巴瘤可能。

目前,胸水的免疫化学检查、细胞形态学检查、流式细胞学检查也被应用于检测淋巴瘤相关的胸腔积液。免疫化学检查结合细胞形态学检查及流式细胞学检查,其诊断特异性及敏感性均可达 100%。在淋巴瘤引起的恶性胸腔积液中,胸水中的恶性淋巴细胞与血液中的淋巴细胞及受累的淋巴结中的细胞相似;而反应性胸水中的淋巴细胞是小的、成熟的、多克隆的,且以 T 细胞亚群为主的细胞^[6]。因此,细胞形态学检查有助于鉴别反应性淋巴细胞和恶性淋巴细胞,其敏感性和特异性分别为 85%及 95%以上^[7]。同时,胸膜活检及胸腔镜检查也可为诊断提供帮助。

通过对本组患者的临床表现、实验室检查、影像学、诊断及治疗的分析,我们认识到:①淋巴瘤可以以胸膜病变为首发表现,而不伴有其他淋巴组织损害,此种类型以非霍奇金淋巴瘤(B 细胞型)为主;②对临床表现酷似“结核性胸膜炎”的患者,尤其是胸水 ADA 水平明显升高者,若抗结核治疗反应欠佳,则应警惕淋巴瘤可能,宜尽快作胸腔镜检查明确诊断。

参考文献

[1] PORCEL J M, ESQUERDA A, BIELSA S. Diagnostic performance of adenosine deaminase activity in pleural fluid: a single-center experience with over 2100 consecutive patients [J]. Eur J Intern Med, 2010, 21:419-423.

[2] 陆再英. 钟南山. 内科学[M]. 7 版. 北京:人民卫生出版社,2007:113-113.

[3] 沈凌,陈灏,严秀娟,等. 以胸腔积液为首发表现的恶性血液肿瘤三例[J]. 中国呼吸与危重监护杂志, 2011,10(4):404-405.

[4] 周庆涛,朱红,贺蓓. 伴胸部受累的淋巴瘤 25 例临床分析[J]. 中华内科杂志,2009,48(10):846-849.

[5] 张欣,张宁,郭禹标,等. 腺苷脱氨酶 ADA 水平异常升高的 T 细胞淋巴瘤相关胸、腹腔积液[J]. 实用医学杂志,2010,26(12):2259-2260.

[6] DAS D K, AL-JUWAISER A, GEORGE S S, et al. Cytomorphological and immunocytochemical study of non-Hodgkin's lymphoma in pleural effusion and ascitic fluid[J]. Cytopathology, 2007, 18:157-167.

[7] DAS D K. Serous effusions in malignant lymphomas: a review[J]. Diagn Cytopathol, 2006, 34:335-347.