

· 病例报道 ·

内镜黏膜下剥离术治疗直肠黏膜相关淋巴组织淋巴瘤一例

时强 徐晨 韦烨 姚礼庆 周平红 钟芸诗

患者女,55 岁,因反复排黏液血便 1 个月余就诊,便中带黏液及少量鲜血,大便次数也较前增多。在外院行肠镜检查提示直肠新生物,病理为炎性坏死组织中黏膜腺体无异型,散在淋巴细胞成分,见个别核分裂像,淋巴系统病变不能排除。患者来我院行胸、腹、盆腔 CT 检查提示直肠中段右侧壁见 2.3 cm×3.0 cm 软组织影突入腔内,增强后可见明显强化,其他部位未见异常;行盆腔 MRI 检查提示直肠局部肠壁增厚呈团块状改变,T1WI 稍低信号,T2WI 稍高信号,增强后明显强化。予患者肠镜检查并活检,检查中发现直肠距肛缘 8 cm 可见一 3.5 cm 大小肿块,边界清晰,表面部分区域糜烂,肿块旁见一 1.5 cm 黏膜下隆起,与普外科医师讨论后,经患者家属知情同意,在肠镜下行内镜黏膜下剥离术(ESD),病变完整切除后送病理。手术过程如下(图 1):肿块边缘予氩气刀标记,海博刀黏膜下注射生理盐水+肾上腺素+靛胭脂,海博刀进行边缘预切开,逐步大块、完整剥离病灶,病灶中部及口侧端抬举不佳,层次不清,血供丰富,紧贴固有肌层,予 ESD 完整切除肿块,创面无肿瘤残留。相同的方法,切除肿块旁的黏膜下隆起,创面无肿瘤残留。术后病理提示:(直肠肿块)镜下见淋巴组织明显增生伴淋巴滤泡增生,树突网增生,滤泡间细胞小至中等大小,胞浆丰富,水平切缘及垂直切缘阴性。(直肠肿块旁黏膜下肿块)镜下见淋巴组织弥漫增生,细胞小至中等大小,胞浆透明,水平切缘及垂直切缘阴性。两处病变免疫组化均提示:CK 广(上皮+),CD79a(+++),CD20(+++),PAX-5(++),CD3(+,散在小淋巴细胞+),CD45RO(部分+),CyclinD1(个别+),CD5(+,散在小淋巴细胞+),CD10(生发中心+),Bcl-2(部分细胞+),Bcl-6(残余生发中心及部分淋巴细胞+),Mum-1(-),CD56(-),CD30(个别+),ALK(-),CD21(生发中心+),CD35(+),K167(30%~40%+)。两处病灶倾向黏膜相关边缘区 B 细胞淋巴瘤。内镜治疗后患者出院,密切随访,未再行外科手术或化疗等特殊治疗,已电话随访 2 年,患者自述

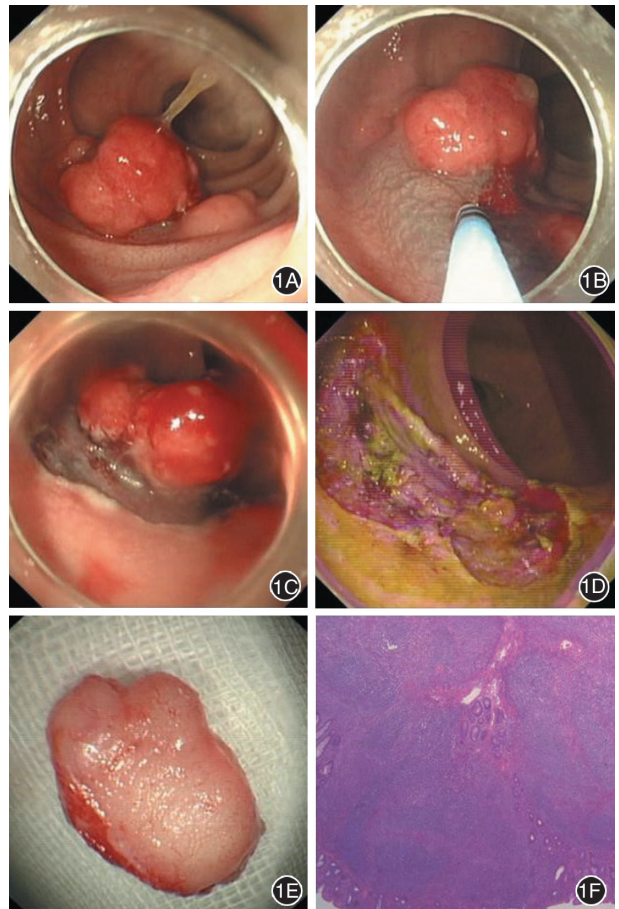


图 1 内镜黏膜下剥离术治疗直肠黏膜相关淋巴组织(MALT)淋巴瘤 1A:内镜下见隆起型病变,其旁可见一黏膜下肿瘤;1B:黏膜下注射后抬举良好;1C:边缘预切开,并逐步剥离;1D:术后创面;1E:黏膜下肿瘤切除后标本;1F:术后病理诊断 MALT 淋巴瘤 HE×10

术后无便血,无腹痛,无生活质量改变,后在外院行胸、腹、盆腔 CT 检查提示无复发,无转移,但患者拒绝行肠镜检查。

讨论 黏膜相关淋巴组织(mucosa-associated lymphoid tissue, MALT)淋巴瘤是一种低度恶性的非霍奇金淋巴瘤,该肿瘤于 1983 年首先由 Isaacson 和 Wright 报道^[1],1994 年经 REAL(revised European-American lymphoma)分类和 WHO 定义为独立的淋巴瘤^[2]。MALT 淋巴瘤可以发生在人体的任何部位,其中一半发生在胃肠道,而胃部的 MALT 淋巴瘤占

DOI: 10.3760/cma.j.issn.1007-5232.2018.09.020

基金项目:国家自然科学基金青年基金项目(81502000);上海市自然科学基金青年项目(15ZR1406800);上海市科委产学研合作项目(15DZ1940202);上海市消化内镜诊疗工程技术研究中心支持项目(16DZ2280900)

作者单位:200032 上海,复旦大学附属中山医院内镜中心(时强、姚礼庆、周平红、钟芸诗),病理科(徐晨),普外科(韦烨)

通信作者:钟芸诗,Email:shiqiangqy@126.com

到 85%, 结直肠的 MALT 淋巴瘤报道极少^[2]。

本例 MALT 淋巴瘤患者因为大便带黏液血便就诊。内镜下观察为 2 个相邻病灶, 其中较大的病灶为隆起型病变, 表面糜烂, 与直肠腺癌类似; 另一病灶表现为黏膜下隆起, 表面黏膜光滑完整。这些临床表现与之前的报道类似^[3]。目前研究认为, 胃部的 MALT 淋巴瘤与幽门螺杆菌感染或 EB 病毒感染密切相关^[4], 故推测直肠的 MALT 淋巴瘤与细菌感染, 病毒感染或自身免疫有关, 但具体发病机制不详。直肠 MALT 淋巴瘤少见, 尚无明确的治疗方案, 目前报道的治疗方法包括: 药物根治幽门螺杆菌, 外科手术, 内镜下切除, 局部放疗, 以及包含上述治疗方法的综合治疗^[3]。目前报道的内镜治疗的病例, 多因病灶较小, 采用 EMR, 鲜见采用 ESD 治疗直肠 MALT 淋巴瘤的报道。本例因为病灶较大, 且有一个病灶表现为黏膜下肿瘤, 故采用了可以实现较大肿瘤一次性完整切除的 ESD, 完整切除两处肿瘤后, 经普外科、病理科、肿瘤科及血液科会诊讨论, 认为目前肿瘤较为局限, 且惰性生长, 故未再接受其他治疗, 密切随访 2 年, 该患者无复发转移。

综上所述, 直肠 MALT 淋巴瘤是一种极其罕见的疾病, 因为病例少, 经验不足, 尚无统一的治疗方案。ESD 作为一种微创、成熟的内镜治疗手段, 对于适合局部完整切除的病

灶, 有一定的优势, 但其临床疗效仍有待进一步随访。

参 考 文 献

- [1] Isaacson P, Wright DH. Malignant lymphoma of mucosa-associated lymphoid tissue. A distinctive type of B-cell lymphoma [J]. *Cancer*, 1983, 52(8):1410-1416.
- [2] Kelley SR. Mucosa-associated lymphoid tissue (MALT) variant of primary rectal lymphoma: a review of the English literature [J]. *Int J Colorectal Dis*, 2017, 32(3): 295-304. DOI: 10.1007/s00384-016-2734-z.
- [3] Petrosky JA, Hallac A, Agbroko SO, et al. Management of asymptomatic mucosa-associated lymphoid tissue lymphoma of the colon found incidentally on colonoscopy [J]. *Clin Gastroenterol Hepatol*, 2017, 15(7): 1130-1132. DOI: 10.1016/j.cgh.2017.02.022.
- [4] 盛剑秋, 李世荣, 王鲁平, 等. 胃黏膜相关淋巴样组织瘤与幽门螺杆菌感染的相关性研究 [J]. *中华消化杂志*, 2002, 22(6): 354-356. DOI: 10.3760/j.issn:0254-1432.2002.06.010.

(收稿日期: 2017-12-28)

(本文编辑: 周昊)

经内镜逆行胰胆管造影术确诊双胆总管畸形一例

张丽杰 张晓霞 赵薇巍 彭丹 张厂 王林恒

患者女, 41 岁, 因“持续性上腹痛 12 h”收入我院外科。既往卵巢囊肿切除术史 7 年。入院后体格检查: 体温 37.2℃, 血压 128/87 mmHg (1 mmHg = 0.133 kPa), 急性面容, 全身皮肤、巩膜无黄染, 心肺查体(-), 腹软, 上腹压痛, 拒按, 无反跳痛及肌紧张, 移动性浊音(-), 墨菲征(-), 麦氏点无压痛, 肠鸣音 3 次/min。实验室检查: 白细胞 17.51×10⁹/L、中性粒细胞百分比 90.9%、血红蛋白 126 g/L、谷丙转氨酶 59.2 U/L、谷草转氨酶 40.7 U/L、血淀粉酶 1 051.0 U/L、总胆红素 22.00 μmol/L、直接胆红素 4.32 μmol/L、间接胆红素 17.7 μmol/L。CT 腹部平扫: 胆总管结石, 胆总管略扩张。MRCP (图 1A): 考虑胆总管下段、胆囊管结石, 继发性胆管炎可能; 胆囊管低位、远端与胰管汇合于十二指肠壶腹部, 考虑变异可能, 必要时进一步检查; 胆囊炎、胆囊多发结石。依据患者持续性腹痛、淀粉酶高于正常值 3 倍以上、影像学提示胆总管结石的特点初步诊断为胆源性胰腺炎, 给予禁食禁水、补液、抑制胰酶分泌、抗感染等综合治疗, 患者腹痛症状明显好

转, 动态观察淀粉酶逐渐下降。入院后第 6 天行诊断加治疗性 ERCP (图 1B~1D): 乳头呈绒毛状, 导丝引导下弓刀插管成功, 造影显示肝内外胆管大致正常, 未见充盈缺损影, 胆囊管汇合于中段, 胆囊有显影; 再次胰管造影显示胰管扩张不显著, 自该开口再次插管显示另一“胆总管”, 该胆总管中段可见多发充盈缺损影, 最大约 0.3 cm×0.5 cm, 顶端与一条额外“肝管”连接向上延伸至右肝, 应用球囊封堵结石胆总管近肝门处, 继续注入造影剂, 胆囊连接胆总管内造影剂逐渐增多, 证明双胆总管间存在交通; 行乳头中切开, 应用取石网篮、取石球囊反复拖取结石, 复查胆管造影未见充盈缺损影, 于该胆总管导丝引导下放置鼻胆管改制内引流支架一枚, 前端置于右肝内, 于胰管放置一枚 SPSOF-5-5 内引流支架, 于胆囊连接胆总管放置一条鼻胆管。

讨论 双胆总管畸形临床中极为少见, 易伴发胆管结石及其他解剖学异常。本例患者与胆囊连接胆总管引流通畅, 故胆道梗阻指标未见明显异常, 与胰管相通胆总管内多发结石而诱发急性胰腺炎。CT、MRI、MRCP 对胆道畸形均存在一定的漏诊、误诊率, 常于手术或尸检中被发现。本例患者 CT 未提示胆道变异, MRCP 考虑胆囊管低位变异, 最终通过 ERCP 确诊为双胆总管畸形, 故 ERCP 在确诊率方面优于

DOI: 10.3760/cma.j.issn.1007-5232.2018.09.021

作者单位: 100078 北京, 北京中医药大学东方医院脾胃肝胆科

通信作者: 王林恒, Email: wanglinheng@sina.com