

# 以消化性溃疡为首发表现的恶性淋巴瘤1例

瞿国强

## ■背景资料

随着胃肠淋巴瘤的认识加深,相关报道亦较多,但多数为集中对原发性胃肠淋巴瘤的认识,对所谓继发性胃肠淋巴瘤报道较少。

瞿国强, 安徽省铜陵市第四人民医院内科 安徽省铜陵市 244000

通讯作者: 瞿国强, 244000, 安徽省铜陵市杨家山路98号, 安徽省铜陵市第四人民医院内科. swboc2004@sina.com

电话: 0562-2827821

收稿日期: 2005-09-10 接受日期: 2005-09-30

## 摘要

1例以消化性溃疡为首发表现, 同时发现浅表淋巴结肿大, 考虑胃癌伴淋巴结转移, 但反复胃镜下活检病理不支持, 最终取浅表淋巴结活检确诊为恶性淋巴瘤。胃恶性淋巴瘤常误诊为胃癌、胃溃疡等疾病, 临床医生应提高警惕。

**关键词:** 消化性溃疡; 恶性淋巴瘤

瞿国强. 以消化性溃疡为首发表现的恶性淋巴瘤1例. 世界华人消化杂志 2006;14(9):930-931

<http://www.wjgnet.com/1009-3079/14/930.asp>

## 0 引言

近年来有关胃淋巴瘤的误诊、误治病例报告较多, 对本病认识有了一定的提高, 但仍存在某些认识上的不足, 如原发性胃淋巴瘤与继发性胃淋巴瘤的区别以及本病易误诊为胃溃疡、胃癌, 仍存在警惕性不高、思路单一等。本文报告了一例继发性胃淋巴瘤误诊为胃癌伴淋巴结转移的病例, 以进一步提高认识。

## 1 病例报告

患者, 男, 66岁。因“上腹部胀痛20 d”于2005-05-18入院。患者入院前20 d来无明显诱因出现上腹部胀痛, 无放射性痛, 进食后加剧, 伴暖气、反酸, 无畏寒、发热, 无呕血、黑便, 发病以来, 纳差, 体质量进行性减轻5 kg以上, 故来我院门诊。检查胃镜示胃体小弯见一大约2.5 cm×2.5 cm溃疡, 苔秽, 边缘尚规则, 质地脆, 触之易出血; 胃窦见多发结节样隆起; 另十二指肠球部见一大约0.5 cm×0.8 cm溃疡。考虑“复合性溃疡; 胃窦多发隆起病变; 性质待查”。同时分别进行胃体及胃窦部活检, 病理示黏膜慢性浅表性炎。予B超示腹腔占位性病变。为进一步诊治收入院。入院查体: T 36.7℃, P 68次/min, R 20次

/min, BP 17.2/9.3 kPa(130/70 mmHg), 神志清楚, 巩膜及皮肤、黏膜无黄染及出血点, 右侧腹股沟处可及2枚直径分别为1.5 cm×1.5 cm、1.0 cm×1.0 cm肿大淋巴结, 触痛(+), 质硬, 颈软, 心肺未及明显异常, 腹软, 未及肠型及胃蠕动波, 肝、脾未及肿大, 剑突下压痛(+), 未及任何包块, 腹水征(-), 肠鸣音正常, 双下肢无浮肿。入院处理按“复合性溃疡”予质子泵抑制剂等抑酸、护胃治疗, 症状缓解不明显。2005-05-20予上腹部CT示胃壁增厚, 考虑胃肿瘤, 伴有肝胃韧带、肝十二指肠韧带以及腹膜后主动脉旁广泛淋巴结肿大, 侵犯右侧腰大肌。再次胃镜检查仍示胃体小弯巨大溃疡及胃窦多发隆起病变, 考虑“胃癌”再取活检, 病理结果仍示黏膜慢性浅表性炎。为进一步明确诊断, 决定进行右侧腹股沟肿大的淋巴结切取活检, 病理结果明确为弥漫性B细胞恶性淋巴瘤。故诊断明确, 予CHOP方案第1次化疗, 自觉症状明显好转。3 wk后第2次CHOP方案化疗, 再次上腹部CT检查示胃壁明显变薄, 腹腔内及腹膜后淋巴结较前明显缩小、减少。胃镜复查示胃体溃疡红色疤痕期, 胃窦未见明显隆起病变, 再取活检送病理, 结果还是慢性炎性变。目前随访, 患者恢复良好, 已完成第3次化疗, 自觉无不适表现。

## 2 讨论

淋巴瘤(lymphoma)起源于淋巴结和淋巴组织, 是免疫系统的恶性肿瘤<sup>[2]</sup>。按组织病理学分型分为霍奇金淋巴瘤(Hodgkin lymphoma, HL)和非霍奇金淋巴瘤(non Hodgkin lymphoma, NHL)两大类<sup>[2]</sup>。据国外1 246例淋巴瘤的病例分析, 淋巴结外的淋巴组织发生淋巴瘤多见于胃肠道, 其中NHL占13%-25%; HL仅占2%; 侵及部位以小肠最多, 其次为胃, 结肠很少受累<sup>[3]</sup>。胃肠淋巴瘤<sup>[1]</sup>是发生于胃肠道淋巴组织的恶性肿瘤, 亦称恶性淋巴瘤。胃肠道淋巴组织作为黏膜相关淋巴组织的一部分, 与外周淋巴结有很大不同。与发生在淋巴结的恶性淋巴瘤一样, 胃肠恶性淋巴瘤亦分为HL和NHL。胃肠道的NHL亦分为原发性胃肠淋

淋巴瘤和继发性胃肠淋巴瘤。前者起源于胃肠道淋巴组织,后者是其它部位淋巴瘤累及胃肠道的结果。原发性胃恶性淋巴瘤的诊断<sup>[4]</sup>仍采用Dawson提出的5条标准:(1)无表浅淋巴结肿大;(2)白细胞总数及分类均正常;(3)X线胸片中未见纵隔有肿大的淋巴结;(4)手术中除胃及周围区域淋巴结累及外,无其它肉眼可见的侵犯;(5)肝脾正常。胃恶性淋巴瘤术前确诊率低,误诊率较高,近些年来多有文章报道,分析其主要原因可能有:(1)本病的临床症状缺乏特征性,早期症状不明显,晚期症状与胃溃疡、胃癌相似,如有上腹隐痛、食欲不振、嗝气、消瘦等<sup>[4]</sup>;(2)胃肠淋巴瘤起源于胃肠道淋巴组织,对发生于黏膜下的淋巴瘤,过于表浅的内镜下活检常为阴性<sup>[1]</sup>;(3)胃镜检查常见表现有多发性溃疡结节、息肉样突起、腔内肿块、带有堤状隆起的大溃疡以及因淋巴瘤浸润而形成的黏膜皱襞粗大和弥漫性的增厚等,临床有时与胃溃疡、胃癌在胃镜表现上不易鉴别<sup>[1]</sup>;(4)有时与胃癌在大体标本中,甚至在病理组织学上的鉴别亦发生困难<sup>[1]</sup>;(5)临床医生对本病的胃镜等表现缺乏必要的了解,警惕性不高。本病X线钡餐检查诊断胃恶性淋巴瘤者仅18%,胃镜检查对病变部位进行合适部位及适当深度取材,活检阳性率可达76%以上<sup>[4]</sup>。本例患者首发上腹部胀痛20 d,伴嗝气、反酸、消瘦来院就诊,第一次胃镜检查示“复合性溃疡;胃窦多发结节隆起样病变;性质待查”,活检病理黏膜慢性浅表性炎。

之后B超及CT示恶性肿瘤不排除,随后进行第二次胃镜检查同时再结合查体有浅表淋巴结肿大故考虑“胃癌”再多处取活检,病理仍示黏膜慢性浅表性炎。考虑胃恶性淋巴瘤可能,故决定进行右侧腹股沟一肿大淋巴结局部手术切取活检,病理结果明确B细胞恶性淋巴瘤,诊断明确,予CHOP方案化疗效果明显。分析本例患者有浅表淋巴结肿大,考虑继发性胃恶性淋巴瘤诊断,本例临床上极易误诊为胃癌伴淋巴结转移。如果本例无浅表淋巴结肿大,且医院的病理诊断水平有限或临床医生的主观认识不够、思路单一,则明确诊断很困难,有可能需剖腹探查明确。总结经验,若临床遇到上腹痛、嗝气、消瘦等,而胃镜下所见有多发性溃疡结节、不规则大溃疡、苔污秽和/或见黏膜多发结节隆起样病变等,反复活检病理未发现肿瘤细胞,应注意排除恶性淋巴瘤的可能,注意内镜下活检取材及选择必要的相关检查明确,如超声内镜等。临床医生应提高对本病的认识,尽量避免诊断思路过于单一。

### 3 参考文献

- 1 陈杰. 胃肠淋巴瘤. 方圻. 现代内科学. 上卷. 第1版. 北京:人民军医出版社, 1998: 1963-1969
- 2 谢毅. 淋巴瘤. 叶任高, 陆再英主编. 内科学. 第6版. 北京:人民卫生出版社, 2004: 619-630
- 3 丁训杰, 应韶旭. 淋巴瘤. 陈灏珠. 实用内科学. 下册. 第11版. 北京:人民卫生出版社, 2002: 2186-2198
- 4 张希德. 胃部其他肿瘤. 陈灏珠. 实用内科学. 下册. 第11版. 北京:人民卫生出版社, 2002: 1762-1763

### ■同行评价

有实际临床价值,临床医生应如文中所述加强对本病认识,提高警惕。

电编 李琪 编辑 管鑫妍