

## 小肠弥漫大B细胞淋巴瘤合并异常表达CD20的外周T细胞淋巴瘤一例

曹鑫 蔡奕峰 林赠华 钱娟 冯佳 孙春峰 姜胜华 尤学芬 刘红

南通大学附属医院血液科 226001

通信作者:尤学芬,Email:yxf\_5689@163.com

基金项目:江苏省青年医学人才项目(QNRC2016683);南通市科技项目(MS22015004; MS1018050;MS12018050)

DOI:10.3760/cma.j.issn.0253-2727.2021.04.014

### Composite diffuse large B-cell lymphoma and CD20-positive peripheral T-cell lymphoma involving the small intestine: a case report

Cao Xin, Cai Yifeng, Lin Zenghua, Qian Juan, Feng Jia, Sun Chunfeng, Jiang Shenghua, You Xuefen, Liu Hong

Department of Hematology, Affiliated Hospital of Nantong University, Nantong 226001, China

Corresponding author: You Xuefen, Email: yxf\_5689@163.com

患者,男,75岁,2019年10月10日因“腹部疼痛2周,加重伴呕吐3 d”至我院。患者入院前两周自觉腹部疼痛不适,伴食欲下降、体重减轻、盗汗,未予重视。入院前3 d因症状明显加重伴呕吐胃内容物至我院急诊,CT检查提示:上段空肠管壁增厚伴其近端肠管梗阻性扩张积液,腹腔及后腹膜腔多发肿大淋巴结,考虑淋巴瘤可能;胆囊结石,胆囊炎,肾脏多发囊肿,两肺间质性炎症及纤维化。在普外科于全麻下行小肠部分切除术,术中病理提示恶性淋巴瘤,转入血液科。查体:双侧颈部、锁骨上、腋下、腹股沟可及绿豆大小肿大淋巴结,质韧,无压痛,活动度可。血常规:WBC  $2.8 \times 10^9/L$ ,淋巴细胞计数  $0.42 \times 10^9/L$ ,ANC  $1.9 \times 10^9/L$ ,HGB 109 g/L,PLT  $198 \times 10^9/L$ ;便常规:潜血弱阳性;外周血淋巴细胞亚群:CD4<sup>+</sup>T细胞占9.67%,CD8<sup>+</sup>T细胞占66.37%,CD4<sup>+</sup>/CD8<sup>+</sup>T细胞计数  $0.03 \times 10^9/L$ ,CD4<sup>-</sup>/CD8<sup>+</sup>T细胞计数  $0.23 \times 10^9/L$ ;EB病毒(EBV)早期抗原IgM(-),EBV衣壳抗原IgM(-),EBV衣壳抗原IgG(+),EBV核心抗原IgG(+),EBV定量阴性;外周血涂片细胞形态学:中性粒细胞占90%,淋巴细胞占6%,单核细胞占4%;骨髓活检、细胞形态学及流式细胞术检查未见明显异常;小肠切除组织病理示:①小肠(距切口1 cm、6.5 cm、16 cm处肿物):弥漫大B细胞淋巴瘤(DLBCL)生发中心型;免疫组化:CD20(弥漫+),CD79a(+),CD21(残存滤泡树突状细胞网+),Mum-1(约60%+),Bcl-6(约30%+),BCL2(约40%+),Ki-67增殖指数60%,CD10(+),CD3(-),CD5(-),CD43(-),CyclinD1(-),CK18(上皮+),CKpan(上皮+),EB病毒编码小RNA原位杂交(EBER):阴性。②小肠黏膜增厚区:肿瘤细胞呈中等大小,免疫组化结果提示外周T细胞淋巴瘤非特指型(PTCL-NOS),异常表达CD20;免疫组化:CD20(大细胞和中等细胞+),CD21(FDG网+),Ki-67增殖指数60%,Pax5(+);中等大小细胞:CD2(+),CD3(+),CD5(+),CD7(减少),CD4(多量+),CD8(少量+),Ki-67增

殖指数10%,Pax5(-),GranB(少量+),CD56(-),TdT(-),TIA-1(-),EBER(-)。③肠周淋巴结30枚,其中3枚见淋巴组织增生异型,免疫组化结果提示PTCL-NOS,异常表达CD20;免疫组化结果:CD20(+),CD3(+),CD5(+),CD43(+),CD79a(-),Ki-67增殖指数约10%,Bcl2(+),Mum1(-),Bcl-6(-),CD10(-),CyclinD1(-),CD2(+),CD7部分丢失,PAX5(-),bob.1(-),OCT2(-),MPO(-),CD34(-),TdT(-),LEF1(部分+)。病理为DLBCL的部分免疫球蛋白重链基因(IgH)重排阳性,PTCL-NOS部分IgH重排及T细胞受体(TCR)重排均阴性。术后PET-CT:①小肠术后,术区结构稍乱,吻合口处及其邻近肠壁稍增厚伴FDG摄取进行性明显增高,考虑淋巴瘤病灶残留可能性大。左侧腹腔其余多段小肠管壁稍厚伴FDG摄取进行性增高,首先考虑淋巴瘤。②颈部双侧、两侧肺门、纵隔内、腹盆腔及两侧腹股沟多发淋巴结伴FDG摄取轻度增高,以腹盆腔肠系膜内淋巴结多发增大为著,考虑淋巴瘤累及可能。③肝脏不大,脾脏稍大,全身骨髓FDG摄取未见明显异常增高。④胆囊多发结石,胆囊炎,小副脾,两肾多发囊肿,两侧肾上腺增生,胃窦炎,前列腺增生,局部FDG摄取增高。两侧睾丸鞘膜少许积液。⑤两肺多发小结节(无明显FDG摄取),两肺散在慢性炎症及间质性炎症。诊断:非霍奇金淋巴瘤(DLBCL合并PTCL-NOS),美国东部肿瘤协作组(ECOG)体能状态评分2分,予R-CHOP方案(利妥昔单抗+环磷酰胺+多柔比星+长春新碱+醋酸泼尼松)化疗,3个周期后全身PET-CT评估获得部分缓解,Duveil评分四分。第4个疗程患者发热、粒细胞缺乏,予利妥昔单抗单药治疗后出院。患者之后接受R-CHOP方案化疗3次,未继续用药治疗。2020年8月20日复查PET-CT示Duveil评分3分,疾病呈完全代谢缓解状态,无不适主诉。

(收稿日期:2020-09-23)

(本文编辑:律琦)