

[20] Wang J, Wang Y, Wu L, et al. Ruxolitinib for refractory/relapsed hemophagocytic lymphohistiocytosis [J]. *Haematologica*, 2020, 105(5): e210-e212. DOI: 10.3324/haematol.2019.222471.

[21] Vallurupalli M, Berliner N. Emapalumab for the treatment of relapsed/refractory hemophagocytic lymphohistiocytosis [J]. *Blood*, 2019, 134 (21): 1783- 1786. DOI: 10.1182/blood.2019002289.

[22] Ehl S, Astigarraga I, von Bahr Greenwood T, et al. Recommen-

dations for the use of etoposide-based therapy and bone marrow transplantation for the treatment of HLH: Consensus Statements by the HLH Steering Committee of the Histiocyte Society [J]. *J Allergy Clin Immunol Pract*, 2018, 6 (5): 1508- 1517. DOI: 10.1016/j.jaip.2018.05.031.

(收稿日期:2020-02-20)

(本文编辑:徐茂强)

· 病例报告 ·

急性淋巴细胞白血病缓解六年后再发
慢性粒-单核细胞白血病一例

申清云 黄彬涛 魏亚洲 骈晓琴
 内蒙古医科大学附属医院血液科, 呼和浩特 010059
 通信作者: 黄彬涛, Email: huangbintao1979@sina.com
 DOI: 10.3760/cma.j.issn.0253-2727.2020.06.015

A newly diagnosed patient with chronic myelomonocytic leukemia secondary to acute lymphoblastic leukemia remission after six years

Shen Qingyun, Huang Bintao, Wei Yazhou, Pian Xiaoqin
Department of Hematology, The Affiliated Hospital of Inner Mongolia Medical University, Urumqi 010059
Corresponding author: Huang Bintao, Email: huangbintao1979@sina.com

患者,女,57岁。主因“头痛2个月,加重伴周身疼痛2d”于2012年11月20日入我院风湿科。查体:浅表淋巴结未触及肿大,无胸骨压痛,肝脾肋缘下未触及,心肺未见异常。患者入院完善相关检查后考虑诊断为风湿性多肌痛(Polymyalgia rheumatica, PMR),给予激素治疗。住院期间患者血常规示PLT持续偏低,且呈迅速下降过程,血常规:WBC $7.03 \times 10^9/L$, HGB 141 g/L, PLT $71 \times 10^9/L$, 1周后PLT降至 $11 \times 10^9/L$ 。骨髓象:增生明显活跃,粒系、红系极为减少,淋巴细胞明显增多,原始幼稚淋巴细胞占86%,全片未见巨核细胞,血小板少见。流式免疫分型:骨髓中存在一群占有核细胞48.74%的异常细胞,其免疫表型为cyCD79a、CD38、CD19、CD20阳性,CD22、CD10、HLA-DR部分表达,考虑为异常发育的B细胞。染色体核型分析:46,XX[20]。融合基因筛查[MLL-AFX、MLL-AF1P、MLL-AF4、MLL-AF6、MLL-ENL、TEL-AML1、dupMLL、TLS-ERG、TEL-ABL1、E2A-PBX1、SIL-TAL1、BCR-ABL(p190)、BCR-ABL(p210)、E2A-HLF、HOX11]:阴性。诊断:Ph染色体阴性急性B淋巴细胞白血病(Ph⁻B-ALL)。给予CODP14天(环磷酰胺750 mg/m²第1天,柔红霉素45 mg/m²第1~3天,长春新碱1.5 mg/m²第1、8天,地塞米松10 mg第1~7天,泼尼松30 mg第8~14天)方案化疗2个疗程后复查骨髓象提示完全缓解(CR)。继用Hyper-B(甲氨蝶呤3 g/m²第1天,阿糖胞苷1 g/m²第2、3天)与CODP方案交替巩固化疗,骨髓象持续缓解状态,继续口服药物维持治疗(甲氨蝶呤30 mg/次,每

周2次×4周;6-巯基嘌呤100 mg/d×4周),2015年10月停止化疗。之后患者于我院门诊规律随诊,病情稳定。

患者于2019年5月中旬血常规示WBC显著增高,且分类异常,故再次入院。查体:轻度贫血貌,浅表淋巴结未触及肿大,脾大,左肋缘下3 cm,质韧,无触痛,心肺未见异常。入院血常规:WBC $131.18 \times 10^9/L$, HGB 87 g/L, PLT $9 \times 10^9/L$, 单核细胞计数(MONO#) $24.01 \times 10^9/L$, 单核细胞比例(MONO%)18.3%。骨髓象:增生明显活跃,单核细胞比例增高(原始粒细胞占1%,原始幼稚单核细胞占5.5%,成熟单核细胞占11.5%)。外周血细胞形态检查:外周血原始粒细胞占1%,原始幼稚单核细胞占3%,成熟单核细胞占11%。流式免疫分型:粒细胞在CD16-CD13、CD11b-CD13点图上表现为分化异常,单核细胞比例增高(HLA-DR⁺细胞94.7%, CD11b⁺细胞81.7%, CD13⁺细胞98.7%, CD15⁺细胞25.2%, CD16⁺细胞0, CD56⁺细胞0)。BCR-ABL融合基因检测:阴性。染色体核型分析:46,XX[20]。骨髓增殖性肿瘤常见基因筛查:ASXL1、EVII基因突变阳性。最后诊断:①慢性粒-单核细胞白血病(CMML)-1(ASXL1及EVII突变阳性);②ALL-CR 6年。给予地西他滨(20 mg/m²×5 d)去甲基化治疗后,贫血改善,PLT明显上升(治疗后血常规:WBC $66.28 \times 10^9/L$, HGB 86 g/L, PLT $193 \times 10^9/L$, MONO# $9.45 \times 10^9/L$, MONO% 14.3%)。

(收稿日期:2020-01-14)

(本文编辑:王叶青)