

3 例原发性食管恶性淋巴瘤临床分析

谢自宏^① 尤金强 李瑞英

天津医科大学附属肿瘤医院放疗科 (天津市 300060)

关键词 淋巴瘤 食管 原发性

中图分类号:R735.1

文献标识码:A

文章编号:1000-8179(2005)10-0594-02

原发性食管恶性淋巴瘤临床罕见,但近几年发病率有上升趋势,我院自1979年~2004年收治3例。现结合文献复习,报道如下。

1 材料与方法

1.1 临床资料

例1,男,47岁。主诉吞咽时梗噎感伴有胸骨后不适2个月。外院行胃镜检查,活检病理为:食管坏死组织,肉芽组织。于1997年12月4日,以食管中下段肿物住院。病程中无发热、乏力、消瘦等症状,既往体健。查体:血、尿、便常规,肝、肾功能均正常,腹部B超(-)。钡餐检查:食管下段可见多发性充盈缺损,食管明显扩张,贲门及胃、十二指肠无异常。胃镜示:距门齿25~40cm处,管道后壁见长条状肿物,表面大部分光滑,部分粘膜呈浅溃疡,肿物长约15cm。1997年12月16日行食管下段肿物切除术。标本:15cm×4cm大小,呈息肉型。病理:食管恶性淋巴瘤,B细胞型。术后2个月行COP方案化疗一疗程后,行瘤床处放疗,DT 50Gy。放疗结束再行COP方案化疗三疗程。目前患者一般情况良好,现已随访8年,仍健在。

例2,男,46岁。因梗噎5个月于2002年7月入院。入院时以进半流食为主。外院食管钡餐造影,食管中上段增粗长约5cm。管腔狭窄。拟食管中上段癌住院。查体:一般情况良好。全身浅表淋巴结不大。心肺(-),腹(-)。血、尿、便常规,肝、肾功能均无异常。X线检查:食管中上段长约5.5cm均匀性增粗,横径约4.0cm,管壁僵硬,外行不整,腔内见充盈缺损。胃镜检查:距门齿20~25cm见食管后壁隆起性肿物,中央有溃疡,质硬,触之易出血。活检病理:非霍奇金淋巴瘤,B细胞型,中度恶性。行CHOP方案化疗两疗程,休息一周后行放疗。以8Mev-X加速器3野照射。DT 50Gy/34次·45天。放疗结束后复查肿瘤基本消失,仅见局部管壁僵硬,粘膜完整。再行

CHOP方案化疗两疗程结束。正随访中。

例3,男,73岁。2001年开始出现进食后发噎,夜间偶有反流现象,在当地医院行X线钡餐检查考虑为食管平滑肌肉瘤。胃镜检查:进镜20~35cm见食管后壁巨大肿物,表面粘膜光滑,周围静脉曲张,未做活检。2年间,诊断不明,症状渐加重,2003年11月在301医院再次行电子内窥镜检查:距门齿18~38cm处,食管可见粘膜巨大纵行隆起,肿物表面光滑,中部有浅溃疡形成。于该处深凿活检6块组织。病理诊断:非霍奇金淋巴瘤,B细胞型,中度恶性。免疫组化:CD20(+),CD79a(+),Bcl-2(+)诊断明确,于2003年12月1日住院。查体:全身表浅淋巴结未触及肿大,心肺无异常,肝脾肋下未及,腹检(-)。实验室检查:血、尿、便常规,肝、肾功能均正常。钡剂造影食管中上段、中下段交界处可见两处充盈缺损,长度分别为136mm、48mm,管腔明显扩张,未见粘膜破坏,胃、十二指肠正常。治疗:CHOP方案化疗两周期后休息一周行放疗,设三野照射,8Mev-X,DT 55Gy/36次·50天。放疗结束后复查仅见食管上段管腔内不规则充盈缺损,下段及贲门无异常。后行CHOP方案化疗三疗程。

2 结果

3例患者经多次检查才得以确诊,至目前治疗效果满意,无远处转移,无节外其它器官受累。其中1例经手术+放疗+化疗后,无瘤生存已达8年。另2例通过放、化疗+免疫治疗后,均达CR。1例生存2年余,另1例10个月。均在随访中。

3 讨论

原发于食管的肿瘤大多为鳞状细胞癌,约占98%。极少为腺癌、肉瘤、淋巴瘤。但消化道是淋巴瘤易受侵犯的结外器官,其约占淋巴瘤的10%~20%,其中胃约占48%~50%,小肠淋巴瘤约占30%~37%,食管占1%^[1]。这种侵犯可以是原发,也可以是局部

^① 安徽省芜湖市皖南医学院第二附属医院放疗科

播散。美国自 1935 年~1997 年共诊断食管恶性淋巴瘤 90 例,其中只有 8 例为原发。国内 1979~2004 年报道原发性食管恶性淋巴瘤 11 例^[2-7]。临床无特征性表现,常常无症状或主诉有吞咽困难、吞咽疼、夜间返流、呕吐等,查体无明显阳性体征。原发性食管恶性淋巴瘤大多数为非霍奇金淋巴瘤,其中以 B 细胞型多见,约占 78%。影像学检查和食管内窥镜检查均无特异性表现。由于原发性食管恶性淋巴瘤来源于粘膜下的细胞,病变局限于粘膜下层,活检不易取到。这种情况往往需要反复多取、深取。必要时行手术切除活检。临床诊断主要靠活检病理确诊。但诊断是否为原发性食管淋巴瘤必须符合以下条件^[8]:浅表淋巴结无肿大。胸部 X 线正常,无纵隔淋巴结肿大。以消化道病变为主如有淋巴结受侵时,只能局限于受侵唯一淋巴引流区。血常规、白细胞计数正常。无其他节外器官受累。本文 3 例均为原发性食管淋巴瘤。治疗原则:目前多主张以放疗+化疗+生物免疫治疗效果最佳。淋巴瘤是放疗敏感组织,常采用小剂量照射,一般单次量为 150cGy,总量 DT 40~60Gy。这样既可以减少放疗反应也能防止并发症的发生:如食管穿孔、瘘等。在放、化疗期间予以生物免疫综合治疗,能较好地提高疗效。

食管恶性淋巴瘤诊断较困难,有时难于与食管平滑肌瘤、食管癌等病变相鉴别。因此有学者建议影像和临床共同诊断很有必要。

参考文献

- 1 郝希山,主编.简明肿瘤学[M].北京:人民卫生出版社,2001.710~712
- 2 冯纯伟,蒋向良,吴维继.食管巨大恶性淋巴瘤 1 例[J].中华肿瘤杂志,1989,11(2):88
- 3 王合富,许梅英.食管原发性恶性淋巴瘤 1 例[J].内镜杂志,1994,11(4):216
- 4 蒋仲敏,王连生,孟凡利,等.原发性食管非何杰金淋巴瘤 1 例[J].中华胸心血管外科杂志,1995,11(6):341
- 5 生玉现.食管原发性肿块型恶性淋巴瘤 1 例[J].中国医学影像技术,1998,14(12):930
- 6 陈茂怀,吴名耀,吴贤英,等.食管原发性恶性淋巴瘤 1 例[J].中华病理学杂志,1996,25(6):331
- 7 李先锋,孙振柱,方彦忠,等.食管原发性非霍奇金淋巴瘤 1 例[J].中华胸心血管外科杂志,2000,16(4):211
- 8 张智策,蔡英全.原发性食管恶性淋巴瘤 1 例报告并文献复习[J].陕西肿瘤医学,2000,8(2):98~100

(2004-11-24 收稿)

(2005-02-28 修回)

(韩豫生校对)

PET-肿瘤高峰研讨会征文通知

由浙江大学医学 PET 中心与《实用肿瘤杂志》编辑部共同主办的正电子发射断层显像(PET)在肿瘤诊断方面的研究学术高峰研讨会定于 2005 年 10 月中旬在杭州召开。会议将邀请国内外核医学及 PET 专家介绍 PET 的最新进展和临床应用。

1、征文内容:有关 PET 在肿瘤早期诊断、转移灶探查、疗效评价和复发监测方面应用研究的新成果和新进展。

2、征文要求:(1)论文未在国内外杂志上公开发表;(2)论文要求提供 4000 字全文和 400 字的中、英文摘要各一份,并提供文稿软盘;(3)加盖单位公章或介绍信,并注明地址、邮编及联系电话。信封上请注明“征文”二字。

3、截稿日期:2005 年 6 月 30 日。

4、来稿地址和联系人:杭州市解放路 88 号 浙江大学医学院附属第二医院《实用肿瘤杂志》编辑部 邮编:310009 联系人:王欣 电话:(0571)87783654