以严重腹胀为首发症状的儿童 淋巴瘤 1 例报告

张静静¹ 张劲松² 韩增辉³ 李清¹ 张月萍¹ 张国成¹

(第四军医大学西京医院 1. 儿科; 2. 放射科; 3. 超声科, 陕西 西安 710032)

[中图分类号] R725.5 [文献标识码] E [文章编号] 1008-8830(2011)12-1001-02

患儿,男,4岁。因腹胀进行性加重34d,呼吸困难、多汗24d入院。患儿于入院前34d因发现腹部膨隆,伴有纳差,就诊于当地诊所,被诊断为消化功能紊乱,给予口服多酶片1周,腹胀无好转,并出现双下肢水肿,伴有活动后呼吸困难,面色苍白,外院检查显示少量心包积液、中等量胸腔积液和腹腔积液。胸腹腔引流液为黄色浑浊黏稠液,引流末可见血性液体。胸水检查提示为渗出液:总蛋白29.4g/L,葡萄糖0.61mmol/L,乳酸脱氢酶8127U/L,浆液粘蛋白阳性,比重>1.018,细胞总数为 $97.5 \times 10^9/L$,白细胞数为 $62.4 \times 10^9/L$,单个核细胞占35%,多核细胞占65%;胸腔积液培养(普通条件下)无细菌生长,抗酸染色阴性。胸腹水病理检查未见肿瘤细胞,仅显示大量以淋巴细胞为主的炎性细胞及少量退变间皮细胞。腹部CT示腹膜广泛增厚和肠管广泛增粗。给予患儿广谱抗生素和正规抗结核药物联合治疗3周。治疗期间,患儿腹胀和呼吸困难进行性加重,并伴有发热和消瘦,遂转来我院诊治。

体查:神志清楚,慢性消耗性病容,被动卧位。呼吸困难,三凹征阳性,腹部显著膨隆,腹部皮肤张力高,绕脐腹围67cm,最大腹围69cm,腹壁静脉显露,移动性浊音可疑阳性。肠鸣音活跃,阴囊水肿,四肢肌肉严重萎缩,皮下脂肪几乎消失。此外,患儿左侧肺底于吸气末可闻及少量不固定湿性罗音,双肺底部呼吸音减弱,胸部X线示左下肺炎症性改变。复查胸腹部B超,显示中等量胸腔积液、少量心包积液和少量腹水。B超引导下闭式胸水引流,引流液为灰白色黏稠液,其中夹杂血凝块,胸水常规分析为渗出液,未发现肿瘤细胞,存在大量淋巴细胞样异常细胞,提示淋巴系统病变存在的可能。

患儿腹部增强CT扫描显示:腹膜广泛增厚和肠管普遍增粗,胃小弯侧、胰腺周围、肝旁以及腹膜后可见大片形状不规则、边界不清楚的异常软组织密度影。B超显示腹膜后异常软组织影内血流信号丰富,超声引导下经皮进行腹膜后包块穿刺,取出灰白色条样组织2块,病理学检查结果显示为小圆细胞恶性肿瘤,考虑淋巴系统肿瘤,免疫组织化学分析显示为B细胞淋巴瘤。诊断明确后,患儿家长放弃治疗,2d后患儿死亡。

讨论:淋巴瘤是原发于淋巴结或其他淋巴组织的恶性肿瘤,约占儿童期恶性肿瘤的10%~15%^[1-2]。原发于胃肠道的恶性淋巴瘤约占儿童恶性淋巴瘤的1/4,部分患儿会累及腹膜,但原发于腹膜的恶性淋巴瘤非常少见^[3]。

腹膜淋巴瘤的CT扫描图像可表现为局限性的腹膜包块,或仅表现为腹膜的不规则增厚^[4]。该患儿除腹膜不规则增厚和伸向腹腔的不规则腹膜包块以外,还表现出大网膜普遍增生引起的糕饼状改变,同时,伴有肠管的广泛增粗和肠壁增厚。增强CT结果显示腹膜后也有大量肿瘤组织侵犯。目前腹膜、网膜和肠系膜以及腹膜后广泛受累的淋巴瘤尚未见报道。

腹膜淋巴瘤的腹部CT无特异性表现,难以与普通炎症引起的病变相区别^[4]。腹膜淋巴瘤常伴有腹腔积液,而癌性渗出液与炎症性渗出液在生化检查结果上也无法区分。因此,基于经验性诊断的思路,就很容易把腹膜淋巴瘤误诊为一般细菌感染或结核病^[5]。但是,当经验性抗感染或抗结核治疗无效时,应高度怀疑恶性肿瘤的可能。

当腹腔内肿瘤组织边界不清,密度与软组织接近时,在腹部查体或肛诊检查时不易被发现,因而很

[收稿日期]2011-08-21;[修回日期]2011-09-08
[作者简介]张静静,女,本科,主治医师。

容易漏诊。正电子发射断层显像(PET)可提供功能和解剖方面的双重信息,对于儿童腹腔淋巴瘤有较高的敏感性^[6],当临床症状发展(如明显的恶液质)和某些血生化检查(如乳酸脱氢酶水平显著增高)提示有恶性疾病的可能时,PET有利于发现肿瘤病灶。但PET价格昂贵,不适宜作为一种筛查方法。而增强CT在辨别腹腔异常占位组织方面较普通CT平扫更为可靠^[7],可作为疑诊腹腔肿瘤时的首选方法,本例患儿的确诊即直接得益于腹部增强CT扫描的发现。

在胸水和腹水脱落细胞中发现肿瘤细胞是明确诊断的重要方法。该患儿腹胀在数周内迅速加重,增强CT显示腹膜和腹膜后肿瘤弥漫性生长,并侵犯网膜、肠系膜,很可能也侵及了胸膜,但多次腹水和胸水脱落细胞检查均未发现肿瘤细胞。值得注意的是,患儿的胸水和腹水中有大量淋巴细胞样异型细胞。这种分类不明的细胞是否作为一种恶性淋巴瘤的警示信号而出现,有待进一步关注。

儿童腹腔淋巴瘤出现症状时往往已是中晚期^[8-9],病情进展迅速,长期存活率低,早期诊断是争取治疗机会的唯一希望。所以,对于无明显诱因出现的腹胀,应有足够的警惕性。本报道强调腹部增强CT扫描对于发现儿童腹膜淋巴瘤的重要性,对于有腹膜增厚、广泛的肠管增粗和肠壁增厚的患儿,要警惕淋巴瘤存在的可能性,并建议进一步关注浆膜腔积液中淋巴细胞样异常细胞对于儿童腹膜淋巴

瘤的诊断意义。

[参 考 文 献]

- [1] Jacob CM, Evans EG. Update on lymphoma[J]. Paediatr Child Health, 2008, 18(3):112-117.
- [2] Raetz E, Perkins S, Davenport V, Cairo MS. B large-cell lymphoma in children and adolescents[J]. Cancer Treat Rev, 2003, 29(2): 91-98.
- [3] Weng SC, Wu CY. Lymphoma presenting as peritoneal lymphomatosis with ascites[J]. J Chin Med Assoc, 2008, 71(12):646-650.
- [4] Karaosmanoglu D, Karcaaltincaba M, Oguz B, Akata D, Ozmen M, Akhan O. CT findings of lymphoma with peritoneal, omental and mesenteric involvement: Peritoneal lymphomatosis[J]. Eur J Radiol, 2009, 71(2): 313-317.
- [5] Blackburn WW, Filston HC. Common symptoms in children: Routine illness or abdominal lymphoma [J]. Am J Surg, 1975, 130(5): 539-543.
- [6] Murphy JJ, Tawfeeq M, Chang B, Nadel H. Early experiences with PET/CT scan in the evaluation of pediatric abdominal neoplasms[J]. J Pediatr Surg, 2008, 43(12): 2186-2192.
- [7] Chouli M, Viala J, Dromain C, Fizazi K, Duvillard P, Vanel D. Intra-abdominal desmoplastic small round cell tumors: CT findings and clinicopathological correlations in 13 cases[J]. Eur J Radiol, 2005, 54(3): 438-442.
- [8] Ladd AP, Grosfeld JL. Gastrointestinal tumors in children and adolescents[J]. Semin Pediatr Surg, 2006, 15(1): 37-47.
- [9] Yanchar NL, Bass J. Poor outcome of gastrointestinal perforations associated with childhood abdominal Non-Hodgkin's Lymphoma [J]. J Pediatr Surg, 1999, 34(7): 1169-1174.

(本文编辑:邓芳明)