

• 案例分析 •

伴进行性失聪及失明脑膜癌 1 例

李洪文

(内蒙古自治区鄂尔多斯市中心医院康巴什部检验科 017000)

关键词:失聪; 失明; 脑膜癌

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2017.07.051 **文献标志码:**C **文章编号:**1672-9455(2017)07-1041-02

脑膜癌病(MC)是由中枢神经系统的原发肿瘤或其他系统的肿瘤经血液淋巴或脑脊液转移而发生的脑膜病变,该病病程进展快,平均生存期短,临床表现与其他神经系统疾病有类似的地方,且影像学诊断困难,极易误诊。本研究通过回顾 1 例伴进行性失聪及失明脑膜癌患者的临床表现和实验室检查,探讨脑脊液脱落细胞学检查在脑膜癌疾病诊断中的应用价值。

1 资料与方法

1.1 一般资料 患者,男,61 岁,主因“左下肢肢体无力伴视力模糊 5 d”入院。患者于 5 d 前无显著诱因突发左下肢无力、站立不稳、伴疼痛,左侧口角歪斜、伴流涎,双眼视力丧失,未行治疗,上述症状反复发作,为进一步诊治至本院,门诊以“脑梗死、高血压 3 级、糖尿病、胃癌术后”收入。发病以来无发热,伴头痛、恶心、呕吐,伴耳鸣,无眩晕,无意识障碍及大小便失禁。既往曾有糖尿病病史 30 多年,原发性高血压史 3 年,否认心脏病史,否认肝炎、结核病史,曾于 2015 年 5 月因胃腺癌在北京肿瘤医院行胃大部切除术。

1.2 方法

1.2.1 一般检查 2015 年 8 月 28 日入院查体:体温 36.6℃,脉搏 91 次/分,呼吸 20 次/分,血压 175/100 mm Hg。双眼光感减弱,双侧瞳孔圆,不等大,右侧瞳孔 2.0 mm,左侧瞳孔 3.0 mm,对光反射灵敏,调节反射存在,无眼震颤,左鼻唇沟浅伸舌偏左,双耳耳鸣、听力下降。双侧肌腱反射(+),左侧 Babinski's sign(阳性),2015 年 9 月 2 日查体显示,双眼无光感,左侧瞳孔 5 mm,右侧瞳孔 4 mm,双耳耳聋。

1.2.2 影像学检查 颅脑磁共振成像(MRI)平扫+增强:左侧额顶部板障局限性强化影,右侧小脑半球、丘脑及基底节区腔梗(部分已软化),脑白质变性,双侧额颞黏膜肥厚,双侧上颌窦、筛窦、蝶窦炎。

1.2.3 实验室检查 脑脊液常规检查(CSF),外观无色、透明,白细胞计数(WBC)20×10⁹/L,多个核细胞比例 0.20,单个核细胞比率 0.80,潘氏试验:++。脑脊液生化,葡萄糖(Glu)1.63 mmol/L,氯(Cl)119 mmol/L,脑脊液总蛋白(CSF-P)0.520 g/L,脑脊液清蛋白(CSF-ABL)406 mg/L。癌胚抗原(CEA)3.69 ng/mL,糖类抗原 19-9(CA19-9)915.2 U/mL,CA72-4 为 142.7 U/mL。抗酸染色查结核菌,阴性。脱落细胞检查提示,查到癌细胞。

2 癌细胞特征

癌细胞数量相对较少,胞体大小不一,可见一巨大体积癌细胞,见图 1,直径约 50~60 μm,细胞核浆比显著增大,染色质增粗,恶性特征显著。多数癌细胞核贴边、偏位,见图 2,浆红蓝染,显示显著异型性,形态学提示恶性肿瘤细胞。

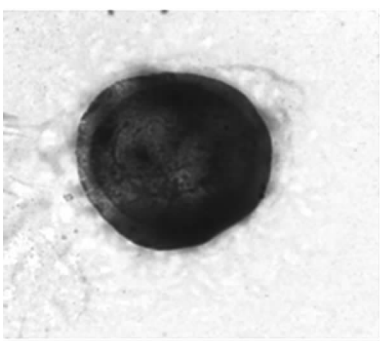


图 1 瑞-吉染色,巨大体积癌细胞(×100)

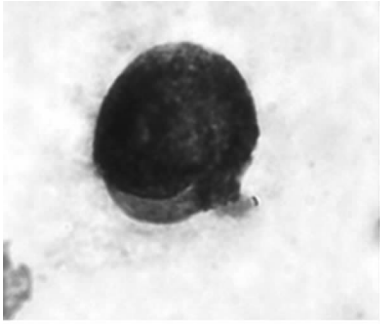


图 2 瑞-吉染色,癌细胞(×100)

3 讨论

MC 由恶性肿瘤细胞浸润软脑膜引起,其临床表现以脑膜刺激征为主,又称癌性脑膜炎^[1]。脑膜癌的临床表现复杂多样,主要表现为脑神经、脊神经受累症状,常见的首发症状为头痛、恶心、呕吐和脑膜刺激征^[2]。实验室常规检查不易与结核性脑膜炎区别,脑脊液找到癌细胞是诊断脑膜癌的金标准,其敏感性为 75%~90%,特异性为 100%^[3]。

本例患者,老年男性,既往有明确的胃癌(腺癌)病史,此次主要为亚急性起病,近期出现显著的神经系统症状和体征,表现为头痛、头晕,双眼进行性视力失明,双耳进行性失聪,右侧周围性面瘫,左下肢无力伴发作性放射样疼痛。脑 MRI 增强提示脑膜稍强化,脑脊液脱落细胞检查发现癌细胞(结合病史考虑腺癌脑膜转移可能性大),从而明确诊断脑膜癌。

同时伴有进行性失聪和失明,而且脑脊液查到明确癌细胞的 MC 患者国内罕有报道,本患者提示临床医师对于进行性加重的神经系统症状患者,如进行性失明、进行性耳聋患者,要考虑到 MC 的可能,脑脊液细胞学是确诊 MC 的主要方法^[4],对明确诊断意义重大,要求检验人员提高对脑脊液细胞涂片的制备技术和对肿瘤细胞的识别能力,密切结合临床及脑脊液脱落细胞学检查,及时对脑膜癌患做出明确诊断。

参考文献

[1] 刘建锋,张杰文. 脑脊液细胞学检查在脑膜癌病诊断中的价值[J]. 中国实用神经疾病杂志, 2015, 24(12): 98-99.

[2] 许绍强. 1 例脑膜癌的脑脊液细胞学诊断[J]. 国际检验医学杂志, 2011, 15(9): 1784-1785.

[3] 关鸿志, 工长华, 郭玉璞, 等. 脑脊液细胞学检查的特异性

发现[J]. 中华神经科杂志, 2005, 12(2): 65-67.

[4] 李欣, 胡雯, 尹自芳, 等. 以双侧突发性耳聋为首发症状的转移性脑膜癌 1 例[J]. 中华耳科学杂志, 2014, 12(2): 262-264.

(收稿日期: 2016-12-17 修回日期: 2017-01-08)

• 案例分析 •

伴 CD56 阳性血管免疫母细胞性 T 细胞淋巴瘤 1 例并文献研究

谢闻悦¹, 聂李平¹, 张红宇²

(1. 北京大学深圳医院: 1. 检验科; 2. 血液科, 广东深圳 518036)

关键词: 血管免疫母细胞性 T 细胞淋巴瘤; 嗜血细胞综合征; 文献复习

DOI: 10. 3969/j. issn. 1672-9455. 2017. 07. 052 **文献标志码:** C **文章编号:** 1672-9455(2017)07-1042-03

血管免疫母细胞性 T 细胞淋巴瘤 (AITL) 是一种少见的外周 T 细胞淋巴瘤, 约占非霍杰金淋巴瘤的 1%~2%。其病程呈侵袭性, 具有较特征性的临床和病理学表现, 进展快, 预后差。CD56 称为神经细胞黏附分子, 不仅表达于所有自然杀伤细胞 (NK 细胞), 也表达于 CD4 和 CD8 的 T 淋巴细胞, 与细胞黏附与迁移有关, 在急性髓系白血病和间变大细胞淋巴瘤中被认为是预后不佳的指标, 二在 AITL 中极少见报道。笔者报道 1 例 AITL 患者在化疗后出现 CD56 阳性及嗜血细胞综合征 (HPS)。为正确认识与了解本病特点及其特殊表现, 特结合组织病理学、骨髓细胞形态学及免疫表型等特点进行分析并结合文献复习, 以提高对本病的认识。

1 临床资料

患者, 女性, 53 岁。2011 年 10 月无显著诱因出现皮疹, 在外院查体见淋巴结肿大。抗过敏治疗无效后, 行左侧腹股沟淋巴结活检, 其病理结果: 免疫母细胞样细胞。免疫组化: CD20、CD79a 灶状阳性, CD3 阳性, CD21、CD23 显示增多紊乱变形为血管的 FDC 网; Kappa 和 Lambda 部分细胞阳性; KI-67 约 40% 细胞阳性, EBV 阴性, 诊断为淋巴结非霍奇金血管免疫母细胞 T 细胞淋巴瘤 (IV 期, 中-高危组)。2012 年 5 月行自体造血干细胞移植术, 过程顺利。2013 年 5 月行腹部 CT 显示腹膜后及肠系膜多发结节灶, 提示疾病复发。为进一步治疗来本院就诊。查体: 颈部可触及多个肿大淋巴结, 最大如蚕豆大小, 无压痛, 质韧, 边界尚清, 活动度可; 脾大, 约肋下 10 cm; 行右侧颈部淋巴结活检术, 仍考虑血管免疫母细胞 T 细胞淋巴瘤。患者在本院经多次化疗后, 病情缓解 6 个月后又复发, 并出现反复高热、脾大、肝功能损伤加重、凝血功能异常、外周血三系减少等症状, 最终因肿瘤进展、累及骨髓并引起 HPS、骨髓衰竭, 合并肺部感染引起呼吸衰竭而死亡。CT 检查: 两肺散在间质炎性改变伴纤维化, 纵隔及两侧腋窝多发稍大淋巴结, 双侧胸膜增厚, 脾大; 彩超: 脾大 (厚 53 mm), 副脾; 左侧胸腔肋膈窝处可见液性暗区, 右侧胸腔中下部均可见大片状液性暗区。

2 结果

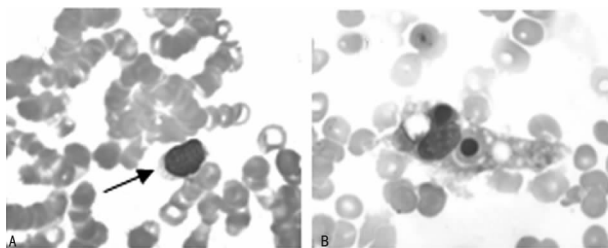
2.1 辅助实验室结果 血常规: 白细胞计数 (WBC) $0.82 \times 10^9/L$, 红细胞计数 (RBC) $2.27 \times 10^{12}/L$, 血小板计数 (PLT) $15 \times 10^9/L$, 血红蛋白 (Hb) 76 g/L; 白细胞分类: 淋巴细胞

69.5%; 红细胞沉降率 73 mm/h; 超敏 C-反应蛋白 219.9 mg/L; 血生化: 总蛋白 (TP) 49.7 g/L, 丙氨酸氨基转移酶 (ALT) 60.0 U/L, 总胆红素 217.2 $\mu\text{mol/L}$, 直接胆红素 119.5 $\mu\text{mol/L}$; 直接及间接 Combs 试验阳性; 铁蛋白大于 2 000.00 ng/mL; 肿瘤坏死因子 (TNF) 110.0 pg/mL; 白细胞介素 (IL)-6 为 56.90 pg/mL; EB 病毒 IgA 抗体阳性; T 细胞受体 (TCR) 及 B 细胞受体 (IgH) 基因重排检测: TCR 基因、IgH 基因重排阳性。

2.2 细胞形态学

2.2.1 外周血细胞形态 分叶核粒细胞 0.4, 成熟淋巴细胞 0.5, 异型淋巴细胞 0.1, 部分淋巴细胞可见颗粒;

2.2.2 骨髓涂片 见图 1。骨髓增生减低, $G=10\%$, $E=87\%$, 晚幼粒细胞 0.02, 杆状核粒细胞 0.08, 中幼红细胞 0.14, 晚幼红细胞 0.73, 淋巴细胞 0.01, 吞噬细胞 0.02; 粒系增生减低, 中幼粒细胞显著核浆发育不平衡; 红系增生相对增多, 可见花瓣核、子母核红细胞; 淋巴细胞减少, 全片未见巨核细胞, 未见骨髓小粒。



注: A 为骨髓涂片中的异型淋巴细胞; B 为骨髓涂片中吞噬细胞。

图 1 骨髓涂片

2.3 病理学检查 右侧颈部淋巴结: 淋巴结结构破坏, 小静脉增生显著, 皮质区仅见灶性萎缩性滤泡, 副皮质区增生显著, 见较多小到中等大小淋巴细胞弥漫增生, 部分细胞核空泡状, 核仁小居中, 呈免疫母细胞状。免疫组化显示: CD3 弥漫阳性, CD4 部分弱阳性, CD8 部分阳性, CD10 少数阳性, CD21 局灶性增生, CD20 少数阳性, EBV 个别细胞阳性。

2.4 流式细胞免疫表型检查 患者首次入院及最后一次化疗后均行流式细胞术检测骨髓中的肿瘤细胞, 可见 CD56 的表达率在最后一次化疗后突然增高, 由 7.6% 上升至 34.97%。见