

文章编号:1005-6947(2006)08-0602-04

· 临床研究 ·

# 原发性结直肠淋巴瘤 20 例临床分析

段伦喜, 赵华, 刘国清, 李铁钢, 钟德珩, 陈勇, 胡辅珍, 皮执民, 周均, 雷三林

(中南大学湘雅二医院 普通外科, 湖南 长沙 410007)

**摘要:**目的 探讨原发性结直肠淋巴瘤的诊断及临床病理、治疗与生存预后的关系。方法 回顾性总结 34 年间因原发性结直肠淋巴瘤接受手术治疗的临床资料;分析治疗和各临床病理因素对预后的影响。结果 肿瘤大小、淋巴结转移、有无邻近器官侵犯和远处转移、治疗方式对患者生存预后具有显著性意义( $P < 0.01$ );年龄、性别、肿瘤单发或多发、淋巴瘤组织细胞恶性程度、肿瘤侵犯深度不是影响患者预后的独立因素( $P > 0.05$ )。结论 原发性结直肠淋巴瘤手术前误诊率高。治疗应以手术切除为主。根治手术辅以化疗可以获得较好的预后。

**关键词:**结直肠肿瘤/病理学;淋巴瘤/病理学

**中图分类号:**R735.35; R733.4 **文献标识码:**A

## Clinical analysis of 20 cases of primary colorectal lymphoma

DUAN Lun-xi, ZHAO Hua, LIU Guo-qing, LI Tie-gang, ZHONG De-wu, CHEN Yong, HU Fu-zhen, PI Zhi-min, ZHOU Jun, LEI San-lin

(Department of General Surgery, the Second Xiangya Hospital, Central South University, Changsha 410011, China)

**Abstract:** **Objective** To investigate the diagnosis and the relationship between its clinicopathological characteristics, treatment and the prognosis of primary colorectal lymphoma. **Methods** The clinical data of 20 primary colorectal lymphoma patients who received operative treatment in the past 34 years in our hospital were retrospectively summarized, and the influence of treatment and each clinicopathological factor on prognosis was assessed. **Results** Tumor size, lymph node metastasis, invasion of neighboring organs and distant metastasis, and type of operative treatment were significantly related to the survival ( $P < 0.01$ ). Age, sex, single or multiple tumors, degree of cell malignancy in lymphoma tissues and depth of tumor invasion were not independent factors of prognosis ( $P > 0.05$ ). **Conclusions** Diagnosis of primary colorectal lymphoma before operation is difficult, and misdiagnosis is common. Operative treatment is the main therapeutic means for colorectal lymphoma. Radical operation combined with chemotherapy can gain a good prognosis.

**Key words:** Colorectal Neoplasms/pathol; Lymphoma/pathol

**CLC number:** R735.35; R733.4 **Document code:** A

原发性结直肠淋巴瘤的患病率很低,我院普通外科于1970—2004年共收治20例。本文回顾性分析该20例原发性结直肠淋巴瘤患者的临床资料,探讨其诊断方法以及临床病理、治疗方法等对

预后的影响。

## 1 临床资料

### 1.1 一般资料

本组男13例,女7例;男女之比为1.86:1.00;年龄4~72岁,平均年龄46岁。均经手术、病理组织学及免疫组织化学证实。全部病例符合 Dawson 关于原发性淋巴瘤的诊断标准。

收稿日期:2005-10-10; 修订日期:2006-04-26。

作者简介:段伦喜,男,湖南常德人,中南的湘雅二医院主治医师,主要从事胃肠外科方面的研究。

通讯作者:段伦喜 E-mail:dlx19701019@126.com。

## 1.2 临床表现

临床表现类似结直肠癌,无特异性表现。主要症状体征依次为贫血(11例,55%),腹痛腹胀(10例,50%),肿块(10例,50%),腹泻(6例,30%),便血(5例,25%),其他有消瘦、大便习惯及性状改变、食欲减退和发热。1例伴有阴道流血,1例急性穿孔而行急诊手术治疗。

## 1.3 辅助检查

**1.3.1 纤维结肠镜检查** 14例(70%)术前行肠镜检查。肠镜+活检确诊淋巴瘤6例(占42.9%),其中5例通过免疫组化确诊。镜下表现有结肠广泛充血肿胀和不规则糜烂或结节状隆起、巨大深溃疡、肠腔内肿块结节、肠腔狭窄或环形肥厚狭窄。该14例中有3例可见结肠内多处大小不等的息肉,其长径大多为0.2~2.0cm。活检2例为炎性息肉,淋巴滤泡增生活跃,1例为淋巴瘤。1例肠镜距肛门15~20cm有巨大深溃疡,活检为慢性炎症。1例结肠镜提示右半结肠广泛增殖性病变,活检为慢性炎症。

**1.3.2 实验室及其他辅助检查** 11例大便潜血试验阳性,9例阴性。8例术前作CEA检查,全部阴性。4例术前作肿瘤芯片12项检查,全部阴性。7例于术前作全消化道钡餐检查,1例疑为结肠淋巴瘤,2例疑为炎性病变,1例结肠肿块,1例肠系膜肿块,2例疑为结核。6例术前作钡灌肠检查,2例考虑结核,3例考虑结肠癌,1例考虑淋巴瘤。15例患者术前行B超检查,9例发现腹腔内肿块,1例发现腹腔内大量腹水,5例未发现异常。2例腹部CT检查,1例显示盆腔占位病变,1例报告结肠肝曲肿块,腹腔淋巴结肿大。

## 1.4 统计学处理

不同临床病理因素及治疗方法与预后的关系采用Kaplan-Meier分析Log Rank检验值(分类变量);年龄、肿瘤大小(数值型变量)与预后的关系采用Spearman相关分析。所有统计分析由SPSS10.0统计软件完成。检验水准为 $\alpha = 0.05$ 。

## 2 治疗及结果

### 2.1 治疗方法

20例均行手术治疗。行右半结肠切除术10例(其中1例同时行乙状结肠切除吻合术,1例同时行右附件切除),全结肠切除术5例,乙状结肠切除2例,2例肿块无法切除者行回肠横结肠吻合术,1例回盲部淋巴瘤合并肠穿孔急诊手术I期行回盲部肿块切除、末端回肠造瘘术,II期关瘘行回肠横结肠吻合术。手术切除率为90%(18/20)。14例(70%)术后接受化疗,采用CHOP(环磷酰胺+阿霉素+长春新碱+强的松)方案,化疗时间由半年至2年不等。10例(50%)接受放疗。

### 2.2 术后并发症

1例发生术后小肠坏死,行坏死小肠切除;该例再次手术后发生肠瘘于手术后2个月死亡。术后发生吻合口瘘1例,经横结肠造瘘II期关瘘治愈。严重肺部感染1例,经重症监护抗炎治疗后痊愈。切口感染1例,伤口换药后痊愈。

### 2.3 病理发现

本组20例经病理学HE染色+免疫组化(CD20,CD30,CD45RO,CD45RB,LCA,CK,EMA染色,SABC法)检查均确诊为非霍奇金淋巴瘤,B细胞型18例,T细胞型2例。肿瘤为单个的15例,其中位于回盲部8例,升结肠4例,乙状结肠2例,直肠1例;结肠内多发性5例,其中1例自回盲部至直肠满布大小不等的息肉,手术后病理切片证实均为淋巴瘤。低度和中度恶性淋巴瘤各6例,高度恶性淋巴瘤8例。15例侵犯浆膜或浆膜外,2例侵犯肌层,3例局限于黏膜和黏膜下。10例有淋巴结转移,平均每例4.5个淋巴结转移。6例累及结肠周围器官,其中3例有腹膜和大网膜广泛转移。肿瘤直径平均8.85cm,最大为25cm。

### 2.4 治疗结果

20例均获随访。术前确诊7例(35%)。以手术之日起计算,本组3,5年生存率分别为80.0%(15/19)和61.7%(9/16)。肿瘤大小、淋巴结转移、有无邻近器官侵犯和远处转移、治疗方式对生存预后具有显著性意义( $P < 0.01$ )。其他因素如年龄、性别、单发或多发、细胞恶性程度、肿瘤浸润深度不是本组预后的独立因素( $P > 0.05$ )(表1-2)(图1-3)。

图1 淋巴结转移 K-M 生存分析 ( $P < 0.05$ )

图2 邻近器官侵犯及远处转移 K-M 生存分析 ( $P < 0.05$ )

图3 治疗方法 K-M 生存分析 ( $P < 0.05$ )

表1 不同临床病理因素及治疗方法与生存预后的关系

项目	例数	Kaplan-Meier 生存分析 (Log Rank 检验值)
性别		
男	12	0.1550
女	8	
分化程度		
高分化	6	0.4045
中分化	6	
低分化	8	
肿瘤数		
单发	15	0.1517
多发	5	
肿瘤浸润深度		
黏膜、黏膜下	3	0.2741
肌层	2	
浆膜、浆膜外	15	
淋巴结转移		
有	10	0.0091
无	10	
远处侵犯转移		
有	6	0.0000
无	14	
治疗方法		
短路+化疗	2	0.0015
单纯手术	8	
手术+化疗	10	

注:所列临床病理因素为分类变量

表2 年龄、肿瘤大小(数值型变量)与生存时间的关系

相关因素	Spearman's 相关系数	显著性检验(Sig)
年龄	-0.221	0.349
肿瘤大小	-0.762	0.000

### 3 讨论

结直肠淋巴瘤大多起病隐匿,早期无特异性表现,如腹胀不适并不能引起患者和医生的重视;中晚期表现与结直肠癌相似。另外本病患病率低,诸多因素导致术前确诊率低,术前容易误诊为结直肠癌、克罗恩病、肠息肉及肠结核等结直肠疾病。姚清深等<sup>[1]</sup>报道1组结肠淋巴瘤术前均未确诊。本组术前只有7例(35.0%)获得确诊,误诊13例。本组有如下特点:(1)病程长而全身情况较结直肠癌好;本组6例IV期患者,无恶液质现象。(2)一般无梗阻症状出现。(3)贫血、腹痛腹胀、腹部肿块的出现率较高,而且肿瘤较大。50%的病例可扪及肿块,最大径为25cm。(4)淋巴瘤在回盲部多见(40%)。非霍奇金淋巴瘤起源于黏膜下层的淋巴滤泡,回盲部淋巴组织丰富故发病几率较高。有以上情况者应怀疑本病可能,应行必要检查。

在所有的检查手段中结肠镜确诊率较高。本组14例术前结肠镜检查有6例(42.9%)确诊。镜下表现缺乏特异性,常误诊为结直肠癌、息肉、溃疡、结核、炎症。6例中5例通过免疫组化确诊,其他8

例因未行免疫组化而未得到确诊。所以有条件的单位对于怀疑淋巴瘤的病例都应做免疫组化。根据免疫组化还可以进一步分型,原发性结直肠淋巴瘤绝大部分为B细胞非霍奇金淋巴瘤,T细胞少见,霍奇金病非常罕见。本组18例为B细胞型非霍奇金淋巴瘤,2例为T细胞型非霍奇金淋巴瘤。15例术前行B超检查,9例(60.0%)发现腹部肿块。B超虽不能确诊,但仍应作为常规检查手段,因其系无创检查,可以较容易地发现病灶,还可以提示肝脏或腹腔有无转移灶及腹膜后淋巴结有无肿大等。CT检查似乎对结直肠淋巴瘤的诊断无太大的帮助,但对于淋巴瘤是结内原发还是结外原发的鉴别有较高的价值。CT能直接观察肠壁的厚度及其与邻近结构的关系,较准确地反映淋巴瘤所致肠壁的病理改变,对淋巴瘤的临床病理分期也有一定的帮助。因此经济条件允许者CT检查也属必要。

手术切除是治疗胃肠道淋巴瘤的主要手段,术后辅以化疗可以获得较好的治疗效果<sup>[1-5]</sup>。结直肠淋巴瘤的生物学特性与结直肠癌不同,在黏膜与肌层间生长,很少像结直肠癌那样向四周浸润,肿块与周围组织多为非浸润性粘连。不要因为肠壁受累范围广、肿块大、有淋巴转移而放弃手术。肿块虽大,但仍有切除可能。本组15例肿块直径超过5cm,13例肿块已切除,2例因为肿块侵犯周围器官或有广泛转移无法切除。淋巴瘤对放疗、化疗较敏感,故肿块切除术后联合放、化疗可望取得较好的效果<sup>[1]</sup>。本组3,5年生存率分别为79.0%和56.3%。手术可以明确肿瘤累及范围以及病理分类,有助于下一步治疗的选择;同时切除了大体肿瘤,减轻放、化疗的负荷,从而可避免放、化疗中出血穿孔的发生。对不能根治切除的晚期结直肠淋

巴瘤,也应行积极的姑息切除;即使是姑息性的,也可以因肿瘤减量而增强化疗效果。

多数学者认为结直肠淋巴瘤的预后与临床病理分期有关,但目前我国缺少统一、实用且能进行预后分析的临床病理分期。进行生存预后分析理论上应采用COX多因素分析,期望了解独立预后因素并能排除混杂因素以指导临床病理分期。但因本组病例过少,COX多因素分析并不能得出可靠的结论,因此仅进行生存预后Kaplan-Meier分析和Spearman's相关分析。分析提示本组病例肿瘤小、淋巴结无转移、无邻近器官侵犯和远处转移、手术切除肿瘤或加放、化疗的患者与肿瘤大、有淋巴结转移、有邻近器官侵犯和远处转移、肿块未切除仅行捷径手术加放、化疗的患者相比,前者生存时间显著延长。其他因素包括年龄、肿瘤单发或多发、细胞恶性程度、肿瘤侵犯深度对患者预后无显著影响。

#### 参考文献:

- [1] 姚清深,李致文,古鸿声,等. 结肠原发性恶性淋巴瘤15例诊治分析[J]. 中国普通外科杂志,2003,12(11): 869-870.
- [2] Morgner A, Bayerdorffer E, Neubauer A. Malignant tumors of the stomach: gastric mucosa-associated lymphoid tissue lymphoma and *Helicobacter pylori* [J]. *Gastroenterol Clin North Am*, 2000,29(3):593-607.
- [3] Ohashi S, Segawa K, Okamura S. A clinicopathologic study of gastric mucosa associated lymphoid tissue lymphoma [J]. *Cancer*, 2000, 88(10): 2210-2219.
- [4] 詹文华. 规范胃恶性肿瘤的外科治疗[J]. 中国普通外科杂志,2000,9(4):289-291.
- [5] 吴爱国,黄宗海,杨继震. 胃肠道恶性淋巴瘤的诊断与治疗[J]. 中国普通外科杂志,1999,8(1):23-25.