

· 病案报道 ·

鼻背原发性皮肤 CD30 + 间变性 大 T 细胞淋巴瘤 1 例

李福红¹, 孔秋菊¹, 刘宝华², 王志林², 郝 彤³

(华北油田总医院 1. 耳鼻咽喉科; 3. 病理科, 河北 任丘 062552; 2. 河北肃宁县人民医院 耳鼻咽喉科, 河北 肃宁 062350)

中图分类号: R739.62

文献标识码: D

文章编号: 1007-1520(2012)06-0502-01

患者女, 68 岁, 农民, 因右侧鼻背部肿物 2 个月并逐渐增大而入院, 入院时查体: 一般情况好, 无发热。鼻背偏右侧上部见一肿物, 暗红色, 无痛、无痒, 表面粗糙不平, 局部有破溃, 少量痂皮, 基底与正常皮肤交接处红晕, 界限不清, 直径 25 mm 左右, 突出皮肤 10 mm。鼻腔内未见异常。其他皮肤未见肿物, 周身浅表淋巴结未触及肿大, 心肺腹部未见异常, 术前查血常规、肝肾功能, 凝血功能等均正常。鼻窦 CT 正常, 胸部 X 片两肺正常, 心电图正常。初步诊断: 鼻背肿物性质待查? 倾向于恶性肿瘤, 鳞癌? 基底细胞癌? 入院后第 3 天局麻下行鼻背肿物切除术加鼻唇沟皮瓣转移术, 切口于正常皮肤距肿物交界外 3 mm, 深至鼻骨软骨膜外, 手术顺利, 出血少, 见图 2。术后切口愈合良好, 病人恢复良好。术后病理报告, 原发性皮肤 CD30 + 间变性大 T 细胞淋巴瘤 (ALCL), 切缘未见肿瘤细胞, 免疫组化: CD30、CD3、CD4 和 LCA 染色 (+), EMA、ALK、CD20、S-100 染色 (-)。

讨论: 鼻背皮肤恶性肿瘤以基底细胞癌、鳞癌、恶性黑色素瘤常见, 而本文报道的原发性皮肤 CD30 + ALCL 罕见, WHO 对淋巴组织肿瘤疾病的分类中将其单列为 T 细胞淋巴瘤的一个类型^[1]。原发性皮肤 CD30 + ALCL 可见于任何年龄, 以 50 岁以上男性多见。表现为慢性复发性皮肤病变, 皮损为反复出现的单个

或多个坚实性、红色到紫色肿瘤, 直径多超过 1 cm, 最大可达 8 ~ 10 cm, 表面常破溃。肿瘤好发于肢体, 其次为头皮, 亦可见于躯干和外生殖器官部位。此型原发性皮肤 T 细胞淋巴瘤预后良好, 5 年存活率为 90%, 皮肤外或淋巴结受累者少见, 局部淋巴结受累亦并不表明预后不良, 只有少数患者进展成全身性恶性淋巴瘤, 不论其形态表现分化高低, 临床预后一般较好, 比继发性皮肤 ALCL 或原发性淋巴结内的 ALCL 预后要好^[2]。原发于淋巴结内的 ALCL, 患者一般有全身症状, 50% 以上有发热, 全身体表淋巴结肿大, 少数患者可累及纵隔和腹腔淋巴结, 结外组织和器官, 如皮肤、脾、肝、骨髓、肌肉和肺等亦可受累, 最常见的是皮肤溃疡, 此临床体征可与本病相鉴别。原发性皮肤 CD30 + ALCL 的诊断应以临床表现、皮损特点、组织病理特征为依据。病理组织 HE 观察淋巴结内散在或巢样分布的多形性瘤细胞, 沿淋巴窦和滤泡间浸润者应为 ALCL, 必须做 CD30 标记, 确认 CD30 阳性后再进一步进行 T 细胞 B 细胞及上皮系抗体等标记进行诊断。组织学上应与转移性癌、恶性黑色素瘤、恶性组织细胞增生症、何杰金淋巴瘤淋巴细胞削减型等相鉴别, 通过免疫组织化学染色, 瘤细胞免疫表型结果可鉴别。本病治疗早期局限病灶可手术切除, 其对放射治疗效果也很好^[3]。化疗可使损害消退, 但通常很快复发。约 30% 病例可发展为皮肤外肿瘤。本病应结合实际, 紧密临床随诊, 避免过度治疗。

本例局部彻底切除后, 补充放疗, 随访 6 个

作者简介: 李福红, 男, 副主任医师。
通讯作者: 李福红, Email: lifuhong@sina.com.

月,原部位无肿瘤复发,一般情况良好,生活如常,还在随诊中。

参考文献:

[1] 周晓鸽. WHO (2008) 造血与淋巴组织肿瘤分类[J]. 诊断病理学杂志,2008, 15(6): 510-512.

[2] 曹斌,张智弘,顾建华,等. 原发性皮肤 CD30 + 间变性大细胞淋巴瘤临床及组织病理分析[J]. 临床皮肤科杂志,2005, 34(6): 369-371.

[3] 李炯辉,刘秀荣,吴丽鹏,等. 放射治疗原发皮肤间变性大细胞淋巴瘤一例疗效观察[J]. 白血病·淋巴瘤, 2008, 17(2): 503-506.

(修回日期:2012-10-24)

· 病案报道 ·

鼻腔蝇蛆病致腭部穿孔 1 例

张友伟

(安福县人民医院 耳鼻咽喉科,江西 安福 343200)

中图分类号:R765.2

文献标识码:D

文章编号:1007-1520(2012)06-0503-01

患者,女性,54 岁,因鼻腔出血 3 d,鼻腭部不适 1 d 于 2007 年 10 月 30 日来我科就诊。患者自小鼻腔无嗅觉,未经治疗,3 d 前发生间断性鼻腔出血,在当地卫生院输液治疗,1 d 前出现鼻腔、腭部不适,稍疼痛,无头痛,发热。专科检查:双侧鼻腔宽大,黏膜萎缩,鼻甲较小,中鼻道及下鼻道少许脓血性分泌,有腐臭味,双侧上颌窦区轻压痛,张口正常,牙列整齐,咬合关系正常,上腭中部软硬交界处水泡状肿胀。螺旋 CT 示:慢性上颌窦、筛窦炎症。予以输液抗炎、止血治疗,并行腭部穿刺抽吸,未抽出脓液。穿刺后患者感疼痛似有减轻。第 2 天检查发现右鼻腔内有白色蛆样幼虫蠕动,触之往里钻,鼻内镜下钳出长约 10 mm 尾部呈黑色的白色蛆虫 12 条。第 3 天见腭部肿胀处破溃,有蛆虫蠕动,鼻内镜下在腭部及鼻腔内钳取出蛆虫 15 条,长约 12 mm,较前 1 天粗大,共取出蛆虫 27 条,蛆虫取出后患者疼痛感消失,腭中部硬软腭交界处可见一不规则溃

洞,与鼻腔想通,大小约 3.5 cm × 3.0 cm,周围组织红肿,伴局部坏死,患者言语含糊,饮食、饮水返流。经门诊治疗,半年后腭部穿孔逐渐缩小将近愈合。虫体鉴定结果:蝇类幼虫。

讨论:蝇蛆病一般发生在贫穷、落后、卫生条件差的地区,眼、鼻、耳、阴道、尿道、结肠等部均有发生蝇蛆病的报道^[1]。此病例蝇蛆虫在鼻腔及腭部繁殖,数量巨大,侵害广泛实属罕见。患者有萎缩性鼻炎、鼻腔宽大,感觉减退,有鼻腔出血史,有利于苍蝇进入鼻腔内排卵后繁殖生长。在鼻腔镜下清除蛆虫视野较清晰,清除彻底。腭部穿孔虽然较大,经治疗后仍有愈合可能。

参考文献:

[1] 姚文炳,呼和巴特. 我国人和脊柱动物的蝇蛆病[J]. 内蒙古医学院学报,1994, 16(2): 143-152.

(修回日期:2012-10-24)

作者简介:张友伟,男,副主任医师。
通讯作者:张友伟,Email:453919110@qq.com.