

## 病例报告

## 原发性膀胱恶性淋巴瘤 1 例

左 立, 周忠兴, 邹建钢

(江苏省常州市第二人民医院 泌尿外科, 江苏 常州, 215000)

患者,女,63岁。因常规健康体检B超发现膀胱占位1周入院。有淋巴瘤和其它脏器肿瘤家族史。B超:膀胱右侧壁局部增厚,膀胱肿瘤可能。入院查体全身无肿大淋巴结及其它阳性体征。盆腔CT:膀胱右下壁偏前膀胱壁不均匀增厚,呈宽基底,密度均匀,增强扫描强化明显,考虑膀胱癌可能。膀胱镜检查见:粘膜光滑,未见新生物及局部隆起。血、尿常规,肝肾功能及凝血常规,尿细胞学检查正常。行PET-CT检查及全胸片、腹部B超等排除其他脏器肿瘤。行手术探查见膀胱右侧壁粘膜下肿块,形态不规则,边界不清,术中快速冰冻病理切片:膀胱组织肌壁可见小圆形细胞致密增生,浸润肌壁组织,淋巴瘤可能性大。遂予行膀胱部分切除。

术后病理诊断:膀胱恶性淋巴瘤/小B细胞性/结节型。免疫组化:LCA(+++),CD79a(+),bc1-2(+),CD3(-),CD45Ro(-),CD5(-),CyclinD1(-)。术后予美罗华联合CHOP方案化疗3次。术后前2年每月复查膀胱双肾B超,每3个月复查膀胱镜及泌尿系MRI或CT,后3年每3个月膀胱复查双肾B超,每半年复查膀胱镜。随访5年,未见病灶复发或扩散,患者无瘤生存。

原发性泌尿系统淋巴瘤非常罕见,常见部位的依次是睾丸、肾、膀胱、前列腺、肾上腺。其中原发性膀胱恶性淋巴瘤极少见,发病率仅占全部结外淋巴瘤中的0.15%~0.20%,占膀胱肿瘤的不足1%。

原发性膀胱恶性淋巴瘤绝大多数是非霍奇金淋巴瘤,常见的病理类型包括低度恶性的MALT型边缘区B细胞淋巴瘤和高度恶性的弥漫性大B细胞淋巴瘤。两种类型发病率相近,高度恶性的B细胞淋巴瘤可能是由低度恶性的MALT淋巴瘤转化形成。MALT瘤多数发生在消化道,其次为膀胱、子宫等部位,膀胱MALT瘤发生与反复发作的慢性膀胱炎症相关,膀胱黏膜发现淋巴样上皮损害和反应性淋巴滤泡出现是膀胱MALT

瘤的早期病变,其他组织器官的MALT瘤形成过程中亦有此现象发生。大约20%的原发性膀胱恶性淋巴瘤继发于膀胱炎。本例患者无慢性膀胱炎病史,但有淋巴瘤及其它肿瘤家族史,本病的遗传学联系有待进一步研究。

原发性膀胱恶性淋巴瘤的临床表现缺乏特异性,与膀胱癌症状相似,术前诊断比较困难,病理检查是确诊的唯一方法。通常以肉眼血尿为最常见症状,其次为排尿困难、尿频、腹痛、体重减轻。本例患者无任何症状,仅体检时影像学检查提示膀胱占位性病变,可见影像学检查对本病的重要意义。原发性膀胱恶性淋巴瘤的CT检查常表现为膀胱壁局限性或弥漫性增厚,向膀胱内或外突出。MRI中显示T1、T2加权相中为增厚的膀胱壁,这区别于膀胱癌的T2加权相为高信号。膀胱镜检查加肿瘤活检是诊断本病的重要方法之一,作者认为对膀胱镜检查未见异常的病例,不能作为排除诊断的依据。手术探查加术中冷冻标本检查可作为一个很重要的诊断依据,因为术中可以发现膀胱镜常无法发现的粘膜下病变,而且对于早期诊断和治疗更有意义。

原发性膀胱恶性淋巴瘤多表现为局限性病变,出现转移时间较晚,其治疗目的主要在于控制局部病变的发展,目前多采用手术切除,包括膀胱部分切除、根治性全膀胱切除、经尿道膀胱肿瘤电切,术后辅以放疗或化疗,经治疗大部分患者可长期无瘤生存或者治愈。对于不能行手术或复发患者可行化疗或化疗加放疗。化疗方案采取以阿霉素为基础,CHOP、m-BACOD、ProMACE-CytaBOM、MACOP-B这4种方案最为常用,其中CHOP方案在同等条件下耐受性最好。许多学者主张每年应用一个周期治疗。放疗作为辅助治疗,主张手术切除局部病灶伤口愈合良好后开始局部、脾脏及邻近淋巴区照射,照射剂量一般为35~40Gy。对于肿瘤较小、局限、低度恶性肿瘤行电切加盆腔外照射也可取得较好效果。