·基层园地·

低危 HPV 感染引起宫颈淋巴瘤样病变 1 例临床病理报告

李玉广,石新兰,张　宁,贾　静(首都医科大学石景山教学医院/北京市石景山医院病理科　100043)

【关键词】 淋巴瘤样病变;　HPV 感染;　子宫颈
DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2012.20.075　文献标志码:B　文章编号:1672-9455(2012)20-2650-02

宫颈淋巴瘤样病变是女性宫颈组织发生的一种非常少见的良性黏膜相关淋巴组织的瘤样病变。由于该病容易与恶性淋巴瘤相混淆,近年逐渐引起大家的关注。文献报道认为病因主要有 3 个方面:宫颈炎性反应性增生、传染性单核细胞增生症和 EB 病毒。本院曾收治 1 例宫颈淋巴瘤样病变,患者已明确同时发生了多发性尖锐湿疣、低危 HPV 感染,这可能是宫颈淋巴瘤样病变形成的另一个重要因素。

1　资料与方法

1.1　病例介绍　患者,女,38 岁,发病前 3 个月内有 4 次不洁性生活史,因白带明显增多前来本院就诊;妇检外阴正常,宫颈Ⅲ度颗粒状糜烂,脓性分泌物。就诊后第 7 天,液基薄层细胞学技术(TCT)细胞学结果为意义不明的非典型鳞状上皮细胞(ASCUS);第 19 天,醋酸白检查阴性;第 40 天,病理活检,诊断为慢性宫颈炎、宫颈淋巴组织瘤样增生。患者在没有进行任何治疗,也没有性生活的情况下,于第 1 次就诊之后的 2.5 个月左右,会阴部、小阴唇、阴道内出现多个乳头状突起(图 1)。后请皮肤科会诊:外阴、阴道、宫颈部多发性尖锐湿疣;滴虫及衣原体检查阴性。皮肤科选用干扰素输液治疗,湿疣用激光消除,痊愈,至今随诊没有复发。

图 1　阴道壁及外阴见多发尖锐湿疣

1.2　材料与方法

1.2.1　材料　临床宫颈妇科活检组织 12、8、4 点位,标本经 4%甲醛固定,常规脱水,石蜡包埋,5 μm 切片做 HE 染色,后补做免疫组化染色。

1.2.2　免疫组化　Dabo 公司与迈新公司试剂,采用 EnVision 法和 SP 法,步骤按说明书进行。

2　病理诊断结果

宫颈活检 3 个点位,鳞状上皮增生及化生,未见宫颈上皮内瘤样变(CIN),黏膜下层可见灶状中等偏大淋巴细胞浸润,细胞胞质淡染,略嗜碱性,核大,核仁明显,类似中心或淋巴母细胞;这些不典型的淋巴样细胞片状分布,其中可见散在中性粒细胞及分化成熟的淋巴细胞、浆细胞(图 2)。免疫组化结果:LCA 大细胞及小细胞(+),CD20、CD79a 大细胞及部分小细胞(+),CD3、CD43、CD45Ro 部分小细胞(+),Kappa、Lambda 部分细胞(+),未见轻链限制性,CD30 部分大细胞(+)。诊断宫颈淋巴瘤样增生。

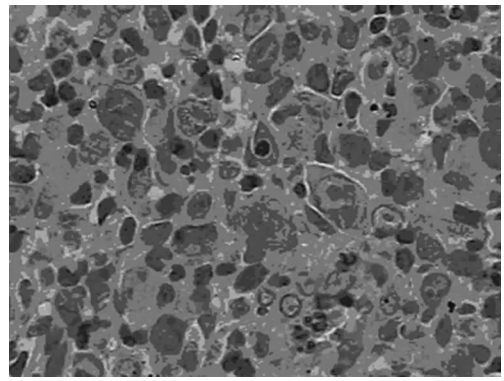

图 2　淋巴瘤样病变细胞(HE 染色,40×10)

3　讨　　论

女性淋巴瘤样病变的报道较少,是一种少见的良性淋巴组织增生性病变,形态与恶性淋巴瘤非常相似,该病由 Young 等[1] 1985 年首先描述,至今国内外报道约 40 多例[1-4]。

此病多发生于育龄期女性,妇科检查多表现为宫颈息肉,常伴不同程度的宫颈糜烂。文献报道认为病因主要有 3 个方面:宫颈炎性反应性增生、传染性单核细胞增生症和 EB 病毒[5]。镜检:组织内见大量弥漫性淋巴细胞浸润,其中,散在及片状分布的浅染细胞,细胞胞质淡染,略嗜碱性,核大,核仁明显,类似中心或淋巴母细胞;背景有散在中性粒细胞及分化成熟的淋巴细胞、浆细胞。如果单从组织细胞形态上看,很容易与恶性淋巴瘤相混淆,其中部分瘤细胞非常容易与大 B 淋巴瘤混淆,因此,宫颈淋巴瘤样病变诊断的重点是与恶性淋巴瘤相鉴别。

宫颈原发的恶性淋巴瘤非常罕见[6-8]。肉眼鉴别:宫颈淋巴瘤样病变的形态常为息肉或糜烂,而淋巴瘤则可见明显肿块,并有宫旁及深部组织浸润。镜下鉴别:淋巴瘤常见大淋巴细胞单一成片分布,缺乏多形性,常不见浆细胞等成熟分化,而淋巴瘤样病变细胞形态各异,背景较杂。免疫组化鉴别:淋巴瘤通常显示单克隆表达,淋巴瘤样病变通常显示多克隆表达。免疫组化在两者的鉴别中举足轻重。本病例免疫组化显示 CD20、CD79a 大细胞及部分小细胞(+),CD3、CD43、CD45Ro 部分小细胞(+),Kappa、Lambda 部分细胞(+),未见轻链限制性,CD30 部分大细胞(+)。免疫组化显示:患者的宫颈片状淋巴瘤样细胞呈多克隆性,为良性病变。

该患者因有不洁性生活史及分泌物增加而就诊,怀疑有病原体感染的可能;妇检宫颈重度糜烂,TCT 为 ASCUS,提示上

皮增生轻度异形而活检,鳞状上皮细胞形态变化轻微无 CIN 病变,却符合低危 HPV 感染。在进行临床、细胞学及病理组织学检查诊断期间,由于患者的生殖器并没有出现尖锐湿疣,又因组织学无 CIN 病变而没有进行 HPV 病毒的检测。就诊后 2.5 个月,患者外阴开始逐渐出现尖锐湿疣,符合尖锐湿疣从感染到发病常为 3 个月的流行病学史。因此,从时间上推断,低危 HPV 病毒感染 1～3 个月内可出现宫颈淋巴瘤样病变。

本例报道的重要意义在于:宫颈淋巴瘤样病变的病因,除炎性反应性增生,传染性单核细胞增生症及 EB 病毒之外,还有低危型 HPV 病毒感染的可能。

参考文献

[1] Young RH, Harris NL, Scully RE. Lymphoma-like lesions of the lower female genital tract:a report of 6 cases[J]. Int J Gynecol Pathol,1985,4(4):289-299.

[2] 马捷,石群立,孟奎,等.宫颈淋巴瘤样病变 7 例临床病理分析[J].诊断病理学杂志,2005,12(6):405-408.

[3] 陈静,季亚新,王钊.宫颈淋巴瘤样病变 8 例临床病理分析[J].实用诊断与治疗杂志,2007,21(10):764-765.

[4] 杨秀萍,聂秀,贺骏.子宫颈淋巴瘤样病变 6 例临床病理观察[J].临床与实验病理学杂志,2003,19(2):132-134.

[5] Hachisuga T,Okuma Y,Fukuda K,et al. Detection of Epstein-Barr virus DNA from a lymphoma-like lesion of the uterine cervix[J]. Gynecol Oncol,1992,46(1):69-73.

[6] 陆锦标,李小秋,朱雄增.宫颈淋巴瘤样病变与宫颈淋巴瘤的鉴别[J].中华病理学杂志,2007,36(5):297-301.

[7] 刘翠苓,李敏,黄欣,等.宫颈淋巴瘤与淋巴瘤样病变的诊断与鉴别诊断[J].白血病·淋巴瘤,2006,15(4):260-262,265.

[8] Grace A,O'Connell N,Byrne P,et al. Malignant lymphoma of the cervix. An unusual presentation and a rare disease[J]. Eur J Gynecol Oncol,1999,20(1):26-28.

(收稿日期:2012-03-18)

甲床下外生骨疣 11 例诊治体会

廖荣昌(重庆市彭水自治县鹿角镇中心卫生院　409600)

【关键词】 外生骨疣;　手术治疗;　甲床

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2012.20.076　文献标志码:B　**文章编号:**1672-9455(2012)20-2651-01

甲床下外生骨疣为生长在跖骨末节远端背侧的单发性良性骨肿瘤[1-4],文献对本病描述较少,临床上常被误诊或漏诊。本院自 1998 年 2 月至 2010 年 10 月共诊治甲床下外生骨疣 11 例,现报道如下。

1　资料与方法

1.1　一般资料　1998 年 2 月至 2010 年 10 月共诊治甲床下外生骨疣 11 例,其中男 4 例,女 7 例,年龄 14～29 岁,其中 14～16 岁 2 例,17～20 岁 4 例,21～23 岁 3 例,28～29 岁 2 例。拇指 8 例,第二趾 2 例,第三趾 1 例。

1.2　临床表现　(1)趾端疼痛:趾端疼痛是甲床下外生骨疣最早出现的症状,本组均有穿鞋擦痛,按压趾端时疼痛加重。(2)趾端的改变:本组患者起病初期趾甲外观正常,随着病程的发展,趾甲增厚,其表面粗糙不平,甲床的远端向上翘起。(3)新生物的出现:病程较长(一般 0.5～2 年)的病例,甲缝处可见绿豆粒至玉米粒大小的新生物。11 例中新生物表面皮肤正常者 3 例,增厚 4 例,溃烂伴感染 4 例。

1.3　X 线表现　末节趾骨远端背侧可见柱状骨性肿物 6 例,蘑菇状骨性肿物 4 例,土丘状骨性肿物 1 例。肿物之基底部与趾骨紧密相连,肿物基底部趾骨皮质密度增高。

1.4　治疗方法　本组 11 例全部施行手术治疗,切除包括软骨帽在内的整个肿物及其附着部的趾骨皮质,术中要尽量保留趾端皮肤,以利于切口的缝合。肿物表面溃烂伴感染的病例,先拔除趾甲,同时使用抗生素控制感染后再施行手术。全部病例术后均送病理检查,报告为"外生骨疣"。

2　结　　果

11 例切口愈合 7 例,未愈合 4 例。本组误诊 6 例,其中 3 例因新生物表面皮肤增厚而误诊为鸡眼,2 例因新生物表面皮肤溃烂合并感染而误诊为甲周炎,1 例因趾甲增厚粗糙不平而误诊为甲癣。本组病例术后随访时间 1～12 年,未见复发者。

3　讨　　论

甲床下外生骨疣好发于青少年,女性多见,开始患者只感到趾端疼痛,临床检查除趾端疼痛外无阳性发现,这类患者易被漏诊。有些患者在甲缝处发现新生物后才就诊,其新生物表面的皮肤多因长期摩擦而增厚,但当其表面皮肤因过度摩擦或治疗不当时(如使用鸡眼膏等腐蚀性药物)可发生溃烂、感染。由于新生物刺激或破坏了甲床,因而趾甲增厚粗糙不平;同时由于新生物的机械作用,造成趾甲远端向上翘起[3-4]。这类患者多被误诊。作者认为,对趾端疼痛的患者,在做好局部检查的同时均应摄 X 线片检查,以防误诊或漏诊。本病预后好,本组病例术后随访时间 1～12 年,未见复发者。

参考文献

[1] 王飞,路来金,赵尔弘.甲下骨疣的临床诊断和治疗[J].北京医学,1999,21(6):339-340.

[2] 杨强,谢筱莉.甲下外生骨疣的治疗体会[J].江西医药,2008,43(10):1065-1066.

[3] 尹兴平,华海康,蒋屏东.甲下外生骨疣 1 例[J].国际皮肤性病学杂志,2009,35(1):11.

[4] 胡琦.8 例甲下外生骨疣的治疗体会[J].中国实用医药,2009,4(29):159-160.

(收稿日期:2012-03-19)