

T-区淋巴瘤临床及病理形态学探讨

附属肿瘤医院 陆献瑜

自从Lukes和Collins等^[1] (1974) 提出恶性淋巴瘤的功能性分类后, 我们即注意到T-淋巴细胞瘤的形态特点。根据Lennert等^[2]对T-区淋巴瘤所描述的临床及病理组织形态学特征, 将过去我院病理诊断为恶性淋巴瘤的病例, 进行回顾性复查, 并把临床及组织形态符合T-区淋巴瘤的病例加以详细观察分析, 目的在于寻求T-区淋巴瘤瘤细胞的特点, 以提高对T-淋巴细胞瘤的认识。

材料与方 法

材料来源于1964年10月至1979年10月的319例活检证实为恶性淋巴瘤的病例 (包括253例淋巴结和66例口、鼻、咽肿块活检)。将符合以下T-区淋巴瘤特点的病例进行分析和随访。

1. 临床有不明原因发热、盗汗、虚弱、体重减轻、全身表浅淋巴结肿大 (轻度或中度), X线胸部拍片见纵隔有肿块阴影^[2] (图1, 2)。

2. 组织学特点: 肿瘤细胞选择性地主要侵犯淋巴结的T-区, 病变淋巴结中有多少不等的残留滤泡, 滤泡的生发中心萎缩或消失, 滤泡间有上皮样的小静脉增生, 肿瘤细胞间伴随有小量浆细胞及多少不等的嗜伊红白细胞^[3, 4] (图3, 4, 5, 6)。

3. 肿瘤细胞的特点: 核呈不规则的圆形或椭圆形, 核的大小相当于2或3倍小淋巴细胞, 有曲核或无曲核状, 着色淡, 染色质呈稀疏颗粒状, 有1至2个集结点或结构不清的核仁。胞浆中等量, 边界不清, 形态及大小不甚一致, 偶见同样核结构的巨核瘤细胞, 瘤细胞核虽呈多形性, 但核内结构相对地一致^[4, 5] (图7, 8)。

319例回顾复查, 有5例符合以上条件, 另收集3例外来会诊病例, 共8例作为本文分析材料。复习此8例临床资料及病理切片, 全部切片除作苏木素-伊红染色外均作嗜碱性纤维染色, 部份作姬姆萨染色, 个别新近病例, 从患者血中分离淋巴细胞作羊红细胞玫瑰花结试验^[3]。由于是回顾性复查工作, 故没有新鲜瘤组织用作生化及免疫功能研究。

本文所收集的8例中有1例未证实纵隔有阴影, 但瘤细胞选择性地侵犯淋巴结T-区, 肿瘤细胞亦与T-区淋巴瘤瘤细胞形态符合, 故亦用作分析对象。

分析结果见下表。

表 8 例 T-区淋巴瘤临床及病理特点。

病例	性别	年岁	主要临床症状	主要的病理特点	随访
1	男	14	低热, 上腭肿块, 全身表浅淋巴结肿大, 呼吸不畅, 纵膈增宽	肿瘤细胞选择性侵犯淋巴结T-区, 瘤细胞核曲折状	失访
2	男	6	双颈、双腋、双腹股沟淋巴结中度增大, 扁桃腺增大, X线检查纵膈增宽, 白细胞总数15000以上	非曲核不规则中圆细胞选择性侵犯T-区, 小静脉壁上皮样增生	一年内死亡
3	男	7	发热, 咳嗽, 皮疹, 双颈腋, 腹股沟淋巴结肿大, X线胸片见纵膈有巨块阴影, 肝脾大, 白细胞总数42400, AKP15.5单位, 血清补体60单位, 呼吸困难	以不规则中圆细胞选择性侵犯T-区为主, 有残留淋巴结, 有上皮样小静脉增生	经化疗后随诊3个月肿块消退目前在观察中
4	男	11	发热, 盗汗, 消瘦, 贫血, 双颈、双腋、双扁桃腺中度肿大, 双肺、纵膈多结节阴影, 白细胞总数30800~15000	不规则中圆淋巴结, 选择性侵犯T-区、胞浆丰富透亮	化疗后随诊5个月恶化死亡
5	男	23	低热, 双颈、双腋、双锁上淋巴结中度大, X线胸片纵膈增宽, 呼吸困难	为不规则中圆形核之幼淋巴结, 选择性侵犯T-区	综合化疗后随诊6个月复发恶化死亡
6	女	37	高热, 寒战, 全身表浅淋巴结中度大, 鼻咽有结节, 肺门有结节状阴影, 头面四肢有肿胀, 呼吸困难	为不规则中圆形核之幼淋巴结及上皮样小静脉增生改变	3个月急剧恶化死亡
7	女	54	上腭、双颈、双锁上、双腋、双腹股沟肿块, 肝大, X线胸片见纵膈增宽	以不规则中圆形核之幼淋巴结为主, 小淋巴结活检, 可见残留滤泡	化疗后随诊1年2个月死亡
8	男	56	低热, 盗汗, 全身表浅淋巴结大, 未拍胸片	不规则中圆形核淋巴结侵犯淋巴结T-区, 并见残留淋巴结	综合化疗后随诊5个月有好转(在观察中)

临床主要特点与随诊结果

我院活检证实的 319 例恶性淋巴瘤中除外 62 例何杰金氏淋巴瘤, 共有非何杰金氏恶性淋巴瘤 257 例, 其中符合 T-区淋巴瘤 8 例 (占 3.1%)。

8 例 T-区淋巴瘤中男 6 例, 女 2 例, 年龄最高 56 岁, 最小 16 个月, 其中 5 例不超过 25 岁, 说明患者多为儿童及青年。

据记载 6 例间断性低热 (少数病例起病时寒战高热)。2 例有盗汗。4 例有呼吸困难, 咳嗽。2 例头面上肢浮肿。8 例有均全身表浅淋巴结肿大。7 例胸片见纵隔增宽, 有肿块阴影。上表例 3 胸侧位片见肿块位于前纵隔胸腺区。有 3 例白细胞增高, 分类除幼稚淋巴类细胞百分比增高外, 周围血出现幼粒及幼红细胞, 呈现骨髓受刺激之代偿性反应性增生现象。3 例中 2 例扁桃腺明显肿大。2 例上软腭有肿块, 1 例鼻咽有肿块。这些淋巴结外肿块活检亦证明为恶性淋巴瘤。

8 例除 1 例失访外, 3 例死亡, 2 例随访 5~6 个月, 虽经 "COP" 方案化疗仍继续恶化, 2 例 (例 3、8) 起病后 2 周内确诊即行化疗, 随诊 3~5 个月, 此 2 例肿物已基本消失 (图 1、2), 临床症状亦消失, 现继续巩固治疗观察中。表中例 6 女性、37 岁, 起病急剧、高热寒战, 因病发生于去农田出勤时淋雨后, 故按感冒气管炎治疗, 但病情反复, 经 2 个月后才入我院确诊治疗, 终于因头面上肢浮肿, 呼吸困难, 全身衰竭, 化疗无效死亡, 起病至死亡仅 3 个月左右。

讨 论

T-区淋巴瘤首先由 Lennert^[1] 等于 1974 年 9 月国际病理学会第十次会议淋巴瘤专题会上报道, 认为 T-区淋巴瘤无疑是 T-淋巴细胞形成的恶性淋巴瘤。本文参照 Lennert 对 T-区淋巴瘤病理诊断的形态学标准, 从我院过去确诊为恶性淋巴瘤的病例资料进行复查分析, 符合者只有 8 例, T-区淋巴瘤瘤细胞有以下形态学特点:

一、瘤细胞核呈大小不一, 形态多样性, 有曲折核 (即鸡脚印或脑回状) 或不一定呈曲折核状, 但多为中等大小 (相当于 2 至 3 小淋巴细胞大), 不规则圆形, 核染色质稀疏颗粒状, 染淡紫蓝色, 有 2 至 3 个集结点或有 1 至 2 个结构不清的核仁, 核分裂多少不定, 故曲折核仅代表部份 T 淋巴细胞瘤细胞的核形态。

二、胞浆中等量, 淡染, 难以辨认细胞之边界。

三、瘤细胞分布和组合: 瘤细胞弥散分布, 常环绕多少不等的网状细胞, 和伴随多少不等浆细胞和嗜酸性白细胞, 瘤细胞间小血管内皮和外皮细胞增生, 以致小静脉常呈实心的上皮巢样增生 (图 6)。部份病例偶可见同样核结构的巨核瘤细胞。在同一患者不同部位的淋巴结其病变亦不同, 重症病例之巨大淋巴结切片, 则难以观察到残留滤泡, 较小的淋巴结活检片中易观察到瘤细胞选择性的侵犯 T-区, 并继续向滤泡扩展, 以致滤泡受压变萎缩, 生发中心退化, 甚至大部份滤泡消失 (图 3, 5)。

因瘤组织中有瘤巨细胞,嗜酸性白细胞及浆细胞参杂其间,血管及其内皮增生,故需与何杰金氏淋巴瘤和淋巴肉芽肿病鉴别,我们认为T-区淋巴瘤之瘤细胞核虽呈多型性,但核内结构基本一致,通过低倍及高倍镜的细致观察,可见瘤细胞呈较单一的图像,弥散分布(本文8例未发现一例呈结节型的结构),这有助于与何杰金氏淋巴瘤及淋巴肉芽肿病X鉴别。

Matter等认为T-淋巴细胞的分化先是由体积较小的无功能性T-1细胞(“Virgin” T-Cell)过度变为大母细胞样的T-2细胞(“Activated T-2 Cell),然后再分化为功能性T-3小淋巴细胞。

故笔者认为T淋巴细胞形成的恶性淋巴瘤可起源于不同分化程度的T-1、T-2、T-3三种细胞,即T-淋巴细胞肉瘤亦可分为未分化,低分化和高分化三种细胞形态不同的类型。

参 考 文 献

- [1] Lukes & Collins: Immunology characterization of human malignant lymphomas. Cancer 34: 1488, 1974
- [2] Lennert: Malignant Lymphoma, Lymphocytic, T-zone Type, Malignant Lymphoma (other than Hodgkin's disease), p196~209, 1978
- [3] 严庆汉: 当前恶性淋巴瘤病理诊断中的三个问题。淋巴瘤学刊1: 29, 1978
- [4] 赵庆夏: 淋巴瘤分类的新探讨(文献综述)。淋巴瘤学刊1: 60, 1978
- [5] 王朱: 恶性淋巴瘤的细胞学。淋巴瘤学刊1: 38, 1978
- [6] Marchalonis John J: The lymphocyte structure and function, Part 1, p29~34, 1977

附图说明 (图见附页)

图1 例3 男性, 6岁, 纵隔增宽有巨块肿物阴影, 向右胸腔隆起, 临床出现呼吸困难

图2 例3 化疗后肿物消退之X线图像, 临床症状消失

图3 例3 患儿颈淋巴结活检, 图中央为生发中心萎缩之残留淋巴滤泡(×10物镜)

图4 图3之萎缩滤泡旁T-区高倍镜下观察, 着色淡的全为肿瘤细胞, 深染的为残留小淋巴细胞

图5 例3之腹股沟淋巴结活检, 图中央亦有萎缩残留滤泡, 部份淋巴窦仍保存(×10物镜)

图6 例9 男性, 56岁, 图中央为一典型上皮巢样增生的小静脉(×40物镜)

图7 T-区淋巴瘤瘤细胞中央伴随一个浆细胞

图8 T-淋巴瘤细胞呈多型性核, 右下角可见一个核仁靠边的巨核瘤细胞, 但核内结构相对一致

A Clinico-Pathological Investigation of T-zone Lymphomas

Lu Xianyou

(Affiliated Tumor Hospital, Zhong Shan Medical College)

Abstract

Among all biopsy proved cases of malignant lymphomas encountered in the period October 1964 to October 1979, 8 cases were histologically compatible with the T-zone lymphoma described by Lennert. The results of the clinical and pathological investigations of these 8 cases are as follows:

As 92 cases of Hodgkin's lymphomas were excluded from 319 malignant lymphomas, T-zone lymphomas (8 cases) constituted 3.1% of all non-Hodgkin's, lymphomas (257 cases). There were 6 males and 2 females, most of them are children and adolescents, the youngest was 16 months and the oldest was 61 years of age.

There was generalized enlargement of the lymph nodes in all 8 cases. 7 cases showed mediastinal masses roentgenologically. There was dyspnea and cough in 4 cases, facial edema in 2, tumors of the oro-pharyngeal ring in 5. Three cases had leucocytosis with a reactive leucopoiesis in the bone marrow. Enlargement of the lymph nodes and the symptoms disappeared in 2 cases which received chemotherapy at an early stage of the disease, 5 cases died, 1 case failed to be followed-up.

Histopathological features: The nuclei of the tumor cells were moderate in size, pleomorphic or irregularly round, convoluted or non-convoluted. The nuclei were faint and the chromatin was dispersed and finely granular. The cytoplasm was moderate in amount, with indistinct cell borders. There were reticulum cells, plasma cells, eosinophiles and epithelial strand-like proliferating small vessels scatt-

ered diffusely between the tumor cells. Predominance of T-zone affection of the neoplastic process may be observed in some early and minimal lesion.

Lennert was of the opinion that T-zone lymphoma definitely originated from T-lymphocytes. Matter postulated that the evolution of T-lymphocytes is in the following sequence; non-functional undifferentiated T_1 , lymphoblastoid T_2 and finally, functional small T_3 . On the basis of the present study, the author postulated that malignant lymphomas originating from T-lymphocytes may have been derived from the above mentioned variously differentiated threetypes of cells and may be classified as well-differentiated, poorly-differentiated and undifferentiated.

Some Observation on the Uterine (Fallopian) Tube

Cao ru Kuang guobi Liu Raular Wu Chungung

(Department of Anatomy, Zhong Shan Medical College)

Abstract

1. Fifty-one sides of Chinese cadavers embalmed in 10% formalin were used (left side 28, right side 23, including four specimens from elderly subjects) for this study. Observations and measurements were made on the different portion of the uterine tube, their inner diameter, the thickness of their wall, and the thickness of the posterior wall of the uterus.

2. The mean total length of either the right or left uterine tube was 94.80mm, Those Tubes of 73—103mm were found in about 81%.

The average lengths of the four portions of the tube were as follows: (1) the uterine intramural portion of the tube, 11.81mm (9—13mm, 78.4%); (2) the isthmus portion, 24.67mm (11—31mm, 92.2%); (3) the ampulla portion, 42, 44mm (22—42mm, 88.2%); and (4) the infundibulum, 15.9mm (11.5—19.5mm, 82.2%).

3. The inner diameters of the tube were: (1) the uterine portion

T - 区淋巴瘤临床及病理形态学探讨 (正文见356页)

