

## 小儿恶性淋巴瘤误诊 26 例分析

陈国荣

【主题词】 淋巴瘤/诊断; 误诊

【中图分类号】 R733.410.4

【文献标识码】 B

【文章编号】 1009-6647(2004)07-1097-01

对我院 1997-10~2000-11 收治小儿恶性淋巴瘤误诊 26 例分析如下。

### 1 临床资料

本组男 18 例,女 8 例,年龄最小 6 岁,最大 12 岁,平均 8 岁。病理类型:其中淋巴瘤母细胞型 12 例,弥漫性 B 细胞性无裂细胞为主型 2 例,浆细胞样淋巴瘤 4 例,组织细胞型 3 例,伯基特淋巴瘤 2 例,未能分型 3 例。本组初诊时以颈部淋巴结无痛性肿大为首要表现 16 例,其中晚期伴疼痛者 10 例,下肢游走性疼痛 1 例,胸痛、胸闷 4 例,腹痛 2 例,肝脾肿大 3 例,以上病例中合并发热 8 例。临床分期按 Ann Arbor 国际分期,Ⅱ期 1 例,Ⅲ期 13 例,Ⅳ期 12 例。肿瘤部位:颈部淋巴结肿大 16 例,纵隔淋巴结肿大 5 例,腹膜后淋巴结肿大 1 例,肝脾肿大 3 例,小肠 1 例。

本组误诊为淋巴结炎 4 例,结核性淋巴结炎 3 例,结核胸膜炎 5 例,风湿性关节炎 1 例,腹部炎性肿块 3 例,误诊时间 1~14 个月,误诊平均时间 2 个月。

本组诊断明确后给予化疗和/或放疗,中位缓解期 8 个月,其中已存活 3 a 1 例,余均在 1 a 内死亡。

### 2 讨论

恶性淋巴瘤是儿童时期的常见肿瘤,恶性程度高,病情进展迅速<sup>[1,2]</sup>,约占儿童恶性肿瘤的 3.7%~23.2%<sup>[3]</sup>。因原发部位不同,临床表现变化多端,国内外误诊率均较高,国内报道误诊率达 46%~67%<sup>[4]</sup>,本组误诊率达 74%,误诊原因:

2.1 不重视淋巴结活检或过分相信首次活检结果 恶性淋巴瘤的主要诊断依据是病理活检,但许多人不太重视,如 1 例,初诊时左颈部淋巴结肿大 2 cm×2 cm,抗炎治疗半个月无效,取活检病理诊断为慢性淋巴结炎,继续抗炎治疗 1 个月仍无效,肿大淋巴结生长加快并出现腹痛,CT 发现腹膜后淋巴结肿大,再次活检颈部淋巴结诊断为非何杰金淋巴瘤(B 细胞性),按 CHOP 方案化疗 2 个周期,效差,自动出院,经随访 1.5 个月后死于全身衰竭。临床上怀疑恶性淋巴瘤的诊断热首次活检未确诊着,应进一步活检或做免疫组化,以利确诊或分免疫表型。其中细针穿刺活检简便,痛苦少,特异性高,有早期诊断价值,故宜推广<sup>[5]</sup>。

2.2 对恶性淋巴瘤复杂的临床表现缺乏认识 淋巴瘤发病随年龄增长而增长,3 岁以前很少发病,高峰在 8~10 岁,且以男

性为主。首发表现主要为淋巴结肿大,颈部淋巴结肿大、纵隔淋巴结肿大,常压迫喉返神经、气管和上腔静脉。其次为肝脾肿大和腹腔淋巴结肿大,部分患儿有全身表现。我们认为大多患儿为进展期,本组多为Ⅲ期、Ⅳ期。故只满足于常见病、多发病的诊断,如:1 例因右下肢游走性疼痛,关节活动受限,按关节炎治疗 3 个月无效,因出现发热、颈部淋巴结肿大、咳嗽,胸片示纵隔增宽,取颈部淋巴结活检确诊为非何杰金淋巴瘤,按 CHOP 方案化疗 4 个周期,肿瘤缓解期逐渐缩短,因有新病灶出现,自动出院 1 个月后死亡。所以医师应对恶性淋巴瘤临床表现的多样性有一定的认识,提高警惕性。有学者建议,对有骨关节痛的患儿,须考虑肿瘤的可能<sup>[6]</sup>。

2.3 本组误诊率高及预后差的原因 本组误诊率较国内报道的高,原因可能是首次就诊医院不具备活检条件,对发热的病例,激素的应用机会多贻误了恶性淋巴瘤的诊治。

本组预后差,其原因:①小儿恶性淋巴瘤发展迅速,短期内可蔓延全身;②小儿恶性淋巴瘤好发于纵隔、腹腔,这些部位的预后差;③病理类型多为高度恶性;④易误诊,延误了治疗。

总之,医师应具有丰富的理论知识,对原因不明的进行性肿大的淋巴结应早期活检,必要时多次多部位活检,首次活检不能确诊者应想到免疫组化,以免误诊、漏诊,不能待治疗无效时才活检。

### 【参考文献】

- [1] Shad, Magrath I. Non-Hodgkin's lymphoma [J]. *Pediatr Clin North*, 1997, 44(4): 863-889.
- [2] Reiter A, Schrappe M, Parwaresch R, et al. Non-Hodgkin's lymphomas of childhood and adolescence: results of a treatment stratified for biologic subtypes and stage-A report of the Berlin-Frankfurt-Munster Group [J]. *J Clin Oncol*, 1995, 13(2): 359-372.
- [3] 佟琳如. 小儿恶性淋巴瘤 107 例临床分析和随访 [J]. *中华儿科杂志*, 1985, 23(2): 88.
- [4] 孟浦, 周东风. 儿童恶性淋巴瘤 43 例误诊分析 [J]. *临床误诊误治*, 1995, 9(3): 126.
- [5] Ponder TB, Smith D, Ramzy I. Lymphadenopathy in children and adolescents: role of fine-needle aspiration in management [J]. *Cancer Detect Prev*, 2000, 24(3): 228-233.
- [6] Trapani S, Grisolia F, Simonini G, et al. Incidence of occult cancer in children presenting with musculoskeletal symptoms: a 10-year survey in a pediatric rheumatology unit [J]. *Semin Arthritis rheum*, 2000, 29(6): 348-359.

收稿日期: 2004-04-12; 修回日期: 2004-05-29 责任编辑: 刘继烈