

急性髓系白血病合并寄生虫感染 1 例

Acute Myeloid Leukemia complicated with Parasitic Infection: One Case Report

LIU Hua-long, LI Lin, CHENG Zhi-yong

刘华龙¹, 李琳², 成志勇²

(1. 阜平县医院, 河北 阜平 073200; 2. 保定市第一医院, 河北 保定 071000)

关键词: 白血病, 髓样; 寄生虫; 病例报告
中图分类号: R733.7 文献标识码: B
文章编号: 1671-170X(2013)06-0504-01

1 资料

患者, 女, 41 岁。主因“四肢乏力, 食欲不振 1 月, 加重伴皮疹 20 余天”于 2012 年 8 月入院。既往体健。查体: 体温 36.3℃, 神清, 全身皮肤散在红色皮疹, 有融合成团, 未见出血点及黄染; 胸骨压痛, 心、肺未见异常; 腹软, 全腹无压痛, 肝、脾肋缘下未及, 双下肢无浮肿。血常规: 白细胞(WBC) 16.9×10⁹/L, 血红蛋白(Hb): 94g/L, 血小板(Plt) 37×10⁹/L, 外周血涂片: 原幼细胞 50%; 骨髓相: 增生活跃, 粒系异常增生, 以原始细胞为主, 占 48.5%, 其形态特点: 胞体多呈类圆形, 或椭圆形, 胞浆量中等, 呈天蓝色, 边缘色较深, 多含少许嗜天青颗粒。胞核呈类圆形, 或椭圆形, 可见凹陷, 折叠, 核质呈微细颗粒状, 分布均匀, 核仁可见, 片中嗜酸细胞占 14.5%, 部分嗜酸性粒细胞胞浆中可见着色深, 类似嗜碱性颗粒; POX 染色: 阳性率 51%; 酯酶染色: 阴性细胞占 85%, 棕色反应细胞占 15%, 棕色反应细胞均被 NAF 抑制; 流式细胞分析: 原始向髓系细胞延伸的分布区域可见异常细胞群体占 60.5%, 表达 CD13、CD38, 部分细胞表达 CD15、CD33、CD34、CD64、CD117、MPO, 嗜酸性粒细胞比例增高; 融合基因回报: CBF-MYH11 融合基因阳性; AML1/ETO 融合基因阴性; WT1 63144.72/10⁴ABL; 染色体核型 XX, inv(16)(p13q22)[20]。初步诊断: 急性髓系白血病 M4Eo。

入院后患者体温 38.0℃ 并反复出现腹部不适, 伴有腹痛、腹泻, 约 3~4 次/夜, 为稀水样便, 无脓血, 无里急后重, 考虑为肠道细菌感染, 查便常规未见异常; 便培养未见异常。给予口服诺氟沙星胶囊、蒙脱石散对症治疗, 症状好转。入院后第 6d 给予 IA 方案 (IDA 20mg d₁, 10mg d_{2,3}, Ara-c 300mg d₁₋₇) 化疗, 化疗过程中患者体温最高 39.6℃, 口腔黏膜溃疡, 上腹部腹胀、腹痛, 伴间断恶心, 考虑为化疗合并感染和化疗药物引起消化道症状不排除肠道感染, 给予加强抗感染、止吐及支持治疗, 入院后第 9d 血常规: WBC 0.57×10⁹/L, Hb 56g/L, Plt 24×10⁹/L, 患者皮疹消失, 体温持续 39.0℃, 给予美罗培南、去甲万古霉素、氟康唑抗感染并加强支持治疗, 入院后第 10d 患者腹胀痛明显, 恶心、呕吐, 为胃内容物, 伴有蛔虫 3 条, 最长为 10cm 左右, 可活动。血常规: WBC 0.30×10⁹/L, Hb 47g/L, Plt 11×10⁹/L, 考虑为化疗后粒缺状态合并寄生虫感染, 行腹

部彩超未见胆道内活虫存在。患者一般情况差, 遂停止化疗, 给予 G-CSF 每天 1 次, 300μg, 并口服史克肠虫清 2 片/d, 连续 3d 口服, 同时加强支持治疗, 患者之后 1 周内陆续排出蛔虫 11 条, 体温最高为 39.8℃, 查 G 试验 GM 试验, 同时应用两性霉素 B, 爬坡至最大剂量 25mg/d, 患者体温逐渐控制, 消化道症状明显好转, 入院第 24d 血常规 WBC 4.82×10⁹/L, Hb 72g/L, Plt 32×10⁹/L; G 试验 310 pg/ml, 患者体温 36.0℃, 饮食正常, 入院第 26d 行腰穿+鞘内注射赛德萨 50mg、甲氨蝶呤 10mg、地塞米松 5mg。入院第 27d 血常规 WBC 7.92×10⁹/L, Hb 76g/L, Plt 152×10⁹/L; GM 试验阴性; 复查骨穿: 增生活跃, 部分粒细胞胞浆颗粒粗大, 原始细胞占 0.5%, 部分幼红细胞呈巨幼样变。给予叶酸每天 3 次, 每次 10mg 口服; 维生素 B12 每周 2 次, 每次 500μg 肌注, 患者目前病情平稳, 择日进行巩固治疗。

2 讨论

急性白血病是一组异质性单克隆性恶性疾病, 目前国内对急性白血病合并寄生虫感染的报道很少。本例为嗜酸粒细胞增多为特点的 M4Eo 患者合并寄生虫感染。近年来发现的髓系抑制性细胞 (MDSC) 是一类未分化成熟的异质性细胞群体, 具有强大的免疫抑制活性, 其产生的细胞因子白细胞介素 (IL)-6、肿瘤坏死因子 (TNF)、IL-1、IL-23 被认为是促进肿瘤发展和转移的主要因素^[1]。在病理情况下 MDSC 可大量扩增, 包括各种寄生虫感染、肿瘤和慢性炎症等^[2]。有文献^[3]认为寄生虫感染过程中 MDSC 的显著扩增是宿主在清除寄生虫和减少宿主组织损伤之间的一种平衡机制, 炎症细胞和炎性因子可以有效地杀伤和消灭寄生虫, 但过度的炎症反应, 可造成组织结构破坏和创伤难以愈合, MDSC 强大的抑制免疫应答效应可参与这种平衡机制的调节。因此寄生虫感染后 MDSC 的增殖是否引起肿瘤免疫逃逸从而导致急性白血病的发病有待进一步明确, 寄生虫感染能否作为嗜酸粒细胞增多为特点的急性髓系白血病 M4Eo 的病因而有待进一步研究。

参考文献:

- [1] Zamarron BF, Chen W. Dual roles of immune cells and their factors in cancer development and progression[J]. Int J Biol Sci, 2011, 7(5): 651-658.
- [2] Sun R, Wu DZ. Immunosuppressive function of myeloid-derived suppressor cells during parasitic infection[J]. International Journal of Medical Parasitic Diseases, 2012, 39(2): 105-109. [孙蕊, 吴忠道. 寄生虫感染中髓系抑制性细胞的免疫抑制机制研究 [J]. 国际医学寄生虫病杂志, 2012, 39(2): 105-109.]
- [3] Van Ginderachter JA, Beschin A, De Baetselier P, et al. Myeloid derived suppressor cells in parasitic infections[J]. Eur J Immunol, 2010, 40(11): 2976-2985.

通讯作者: 李琳, 主治医师, 硕士; 河北省保定市第一医院血液内科, 河北省保定市百花东路 966 号 (071000); E-mail: llin_2008@sina.com.
收稿日期: 2013-02-01