

原发性子宫肌壁间弥漫大B细胞淋巴瘤1例报告 并文献复习

刘乐乐¹, 李红霞^{2*}, 张 帅³

¹延安大学附属医院妇产科, 陕西 延安

²延安大学附属医院妇科, 陕西 延安

³延安大学附属医院肿瘤科, 陕西 延安

收稿日期: 2026年3月1日; 录用日期: 2026年3月24日; 发布日期: 2026年4月1日

摘 要

原发性女性生殖道淋巴瘤是一种罕见的结外非霍奇金淋巴瘤, 其好发于子宫体。本文报道一例更为特殊的、原发于子宫肌壁间的弥漫性大B细胞淋巴瘤, 旨在提高临床对该病的认识。

关键词

原发性子宫肌壁间弥漫大B细胞淋巴瘤, 女性生殖道淋巴瘤, 病例报告

Primary Intermuscular Diffuse Large B-Cell Lymphoma of the Uterus: A Case Report and Literature Review

Lele Liu¹, Hongxia Li^{2*}, Shuai Zhang³

¹Department of Obstetrics and Gynaecology, The Affiliated Hospital of Yan'an University, Yan'an Shaanxi

²Department of Gynaecology, The Affiliated Hospital of Yan'an University, Yan'an Shaanxi

³Department of Oncology, The Affiliated Hospital of Yan'an University, Yan'an Shaanxi

Received: March 1, 2026; accepted: March 24, 2026; published: April 1, 2026

Abstract

Primary female genital tract lymphoma is a rare form of extranodal non-Hodgkin lymphoma that

*通讯作者。

文章引用: 刘乐乐, 李红霞, 张帅. 原发性子宫肌壁间弥漫大 B 细胞淋巴瘤 1 例报告并文献复习[J]. 临床医学进展, 2026, 16(4): 714-719. DOI: 10.12677/acm.2026.1641299

most commonly involves the uterine corpus. Herein, we report an even rarer case of diffuse large B-cell lymphoma primarily arising in the intermuscular wall of the uterus, aiming to enhance clinical awareness of this disease.

Keywords

Primary Interstitial Diffuse Large B-Cell Lymphoma of the Uterus, Lymphoma of the Female Genital Tract, Case Report

Copyright © 2026 by author(s) and Hans Publishers Inc.

This work is licensed under the Creative Commons Attribution International License (CC BY 4.0).

<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>



Open Access

1. 引言

淋巴瘤是最常见的血液系统恶性肿瘤,分为霍奇金淋巴瘤(HL)和非霍奇金淋巴瘤(NHL)两大类。NHL常累及淋巴结(结内)或实体器官(结外)。结外淋巴瘤最常发生的部位为胃肠道(30%~40%)和皮肤(10%),发生在女性生殖道极为罕见,如卵巢、子宫体,即为女性生殖道淋巴瘤(primary lymphoma of female genital tract, PLFGT),占结外 NHL 淋巴瘤的 0.2%~1.1% [1]。PLFGT 病理类型绝大多数为 NHL,其中又以 B 细胞淋巴瘤为主,尤其以弥漫性大 B 细胞淋巴瘤最为多见。本文报告 1 例经术后病理检查及免疫组化确诊的原发性子宫肌壁间弥漫大 B 细胞淋巴瘤。

2. 病例资料

患者女,71岁,以“自然绝经15年,阴道流血24天”之主诉于2025年5月26日入住延安大学附属医院妇科。妇科B超提示:多发子宫肌瘤(较大者约5.7 cm × 5.5 cm)及宫后积液(3.9 cm × 0.7 cm)。进一步完善盆腔MRI平扫+增强示:子宫形态失常并形态不规则肿块(约58 mm × 57 mm × 67 mm),考虑恶性肿瘤性病变;子宫平滑肌肉瘤可能;另见右侧附件区囊肿及盆腔积液。患者既往有高血压病史20年,规律服药控制良好;30年前行绝育术;2019年因“直肠癌”于延安市人民医院行根治术,术后辅以放疗6次(具体不详)。既往月经规律,17岁4~5/30天56岁,4-0-0-4;BMI:21.40 kg/m²。自诉青霉素类过敏。妇科检查示:宫体:前位,如孕2月大,质中,活动可,压痛阳性。双附件区未触及明显包块,无压痛。

排除手术禁忌症后于2025-05-28在全身麻醉下行经腹盆腔粘连松解、全子宫双附件切除及盆腔淋巴结活检取样术。术中见:盆、腹腔无腹水形成,子宫如孕2月大,质脆,子宫前壁分别可见一大小约8.0 cm × 7.0 cm × 6.0 cm、5.0 cm × 4.0 cm × 3.0 cm 结节样组织突起,质软,质糟脆;双侧卵巢及输卵管外观未见明显异常。盆腔各组淋巴结均未见明显增大;盆腹腔脏器未见转移灶。术中快速冰冻病检回报:“子宫结节”考虑恶性小圆细胞肿瘤,最后诊断待石蜡切片及免疫组化检查明确(病理号:D25-10424)。

术后给予抗生素预防感染、补液营养支持、输注病毒灭活冰冻血浆等治疗并定期清洁换药。术后第3天切口下中段少量液体渗出(考虑脂肪液化),第6天扩开伤口清理不新鲜组织后换药。2025年6月5日切口愈合良好,6月6日出院。

术后病理结果回报:“全子宫双附件”:子宫肌壁间弥漫大 B 细胞淋巴瘤(非生发中心亚型),肿瘤直径分别为8.5 cm、6.0 cm,肿瘤累及宫颈管、宫腔;宫颈慢性炎伴潴留囊肿形成;双侧输卵管组织;双侧卵巢组织伴局灶出血。免疫组化结果:CD10(-),SMA(-),Desmin(-),PR(-),P53野生型,CyclinD1个别细胞(+),CD20(+),CD3T细胞(+),CD38浆细胞(+),PCK(-),CD30(-),MyoD1(-),Myoglobin

(-), ER (-), Bcl-2 (+), EBER (-), Bcl-6 (+), Mum-1 (+), Ki-67 约 70% (+)。外院病理会诊结果与我院一致。

患者出院后,因高龄、合并高血压、直肠癌术后等多重因素,整体体能状态较差无法耐受以利妥昔单抗联合 CHOP 方案为代表的标准化疗,故未行规范全身化疗,转而接受中医药维持治疗(该决策过程中,患者体能状态缺乏客观评估工具(如 ECOG 评分)的量化支持,且选择此非标准治疗路径的具体原因及具体方案未予明确)。末次随访于 2025 年 10 月 16 日进行。患者一般情况稳定,精神、食欲及体力可,未再出现阴道流血及腹痛等不适。复查盆腔影像学检查提示术区未见明确复发征象,疾病评估为稳定。目前患者持续接受中医药治疗,生活质量良好,处于定期随访监测中。

3. 讨论

3.1. 文献复习

原发性结外非霍奇金淋巴瘤(primary extra-nodal non-Hodgkin lymphoma, PE-NHL)是一种罕见的实体瘤,占 NHL 的 25%~35%,其多累及胃肠道,仅 1.5%可发生在女性生殖道,如卵巢、子宫、宫颈、阴道等,即为女性生殖道淋巴瘤(primary lymphoma of female genital tract, PLFGT)。其病因尚不明确,相关因素主要有免疫、遗传和病毒感染等。有研究认为,生殖道局部慢性炎症刺激可能导致黏膜相关淋巴组织中的淋巴细胞恶性转化,进而诱发淋巴瘤[2]。

PLFGT 好发于 40 岁以上女性[3],且临床表现无特异性,通常表现为如阴道出血、盆腔包块、腹痛等。仅有 14%的患者可出现发热、严重盗汗、瘙痒、体重减轻、疲劳和无痛性淋巴结病等全身症状[4]。其主要病理类型为弥漫大 B 细胞淋巴瘤(61.6%),还包括滤泡性淋巴瘤(13.0%)、伯基特淋巴瘤(5.8%)、黏膜相关淋巴瘤(5.0%)、小 B 淋巴瘤(1.3%)和 T 细胞淋巴瘤(1.0%)等病理类型。大部分患者为 I 期(45.1%)和 IV 期(31.9%) [5]。

原发性女性生殖道淋巴瘤与妇科恶性肿瘤在初始症状和发病年龄上具有相似性,且缺乏典型的症状体征和影像学特点,导致其经常被误诊为女性生殖道恶性肿瘤,进而采用针对妇科恶性肿瘤诊疗方案对该类疾病进行诊治,即便是术中冰冻切片也难以鉴别。针对不同发生部位选择组织活检、子宫内膜刮除或宫颈锥切等方式取得组织进行病理学检查为其确诊的金标准,通过流式细胞术、细胞遗传学、免疫组织化学等可进一步精确分型[6]。病理学形态学和影像学上分别可表现出以下特点:病理形态学:肿瘤于黏膜下生长,子宫内膜层、宫颈上皮可完整保留。超声:子宫肌肉回声相对均匀的降低,无明显的异常子宫内膜形态或回声[7];MRI:均质实性肿块、T1 低信号和 T2 稍高。有研究表明 PET/CT 扫描对鉴别淋巴瘤分期的具有高度特异性,因此临床中已经病理检查确诊的,尤其是弥漫大 B 细胞淋巴瘤(DLBCL)亚型,可将 PET/CT 作为评估全身受累情况及监测疗效的首选影像学方法[2] [6] [7]。

PLFGT 现无特异性血清肿瘤标志物。糖类抗原 CA125 (Carbohydrate Antigen 125),目前主要用于卵巢癌的辅助诊断、疗效监测及复发评估,在多种良性疾病如子宫内膜异位囊肿中也可升高。有研究数据显示 CA125 与 NHL 的发生、发展有关,提示患者血清 CA125 升高时除了考虑卵巢癌、子宫内膜异位症等疾病时还需与女性生殖道 DLBCL 鉴别[8]。乳酸脱氢同工酶(LDH)是一种细胞损伤的标志物,其为预测侵袭性非霍奇金淋巴瘤(以 DLBCL 为主)生存结局的独立预后因素之一。有研究显示患者血清中 CA125 水平和/或 LDH 水平往往提示预后不良[9] [10]。

PLFGT 主要的病理类型为弥漫大 B 细胞淋巴瘤,在分子层面,可根据基因表达谱将 DLBCL 分为的生发中心 B 细胞样(GCB)亚型、活化 B 细胞样(ABC)亚型及 3 型 DLBCL 三种不同分子亚型。其中 ABC 亚型及 3 型预后较差。基于免疫组化,又可将 DLBCL 可分为 GCB 型(CD10+和/或 Bcl-6+, MUM1-)和

非 GCB 型(CD10⁻, MUM1⁺), 后者包括 ABC-DLBCL 和 3 型 DLBCL。同时可进一步明确 DLBCL 的分子标志物。B 细胞淋巴瘤表达的分子标志物主要有 CD20、CD19 和 CD79a。明确疾病分型与分组可指导制定治疗方案及预测预后[2]。此外, 有研究表明年龄、组织学类型、安阿伯分期和治疗策略是独立的预后因素[5]。

目前, PLFGT 的诊断多参考以下标准: (1) 以生殖系统病变为主要表现和首发症状; (2) 病变局限于生殖器官; (3) 外周血及骨髓无异常; (4) 如远隔生殖系统其他部位出现复发性淋巴瘤, 需与原发灶确诊间隔数月; (5) 既往无淋巴瘤病史。分期采用 Ann Arbor 分期系统, 可结合国际妇产科联盟分期(International Federation of Gynecology and Obstetrics, FIGO)与国际预后指数(international prognostic index, IPI)进行综合评估[2]。

目前, PLFGT 尚无统一治疗方案。指南推荐在病理确诊基础上, 根据原发部位、年龄、生育需求及体能状态制定个体化策略。其中以利妥昔单抗 + 环磷酰胺 + 多柔比星 + 长春新碱 + 强的松(R-CHOP)为标准一线治疗方案[2]。应用手术作为辅助治疗方案时, 目的应为获取病理或减瘤, 同时放疗也不作首选。因研究显示二者虽可改善疾病特异性生存, 却未能显著提升总生存期, 故不推荐根治性术式或放疗治疗[10][11]。在此基础上, 针对老年、虚弱或不耐受标准化疗的患者, 据指南推荐, 应依据老年综合评估(Comprehensive Geriatric Assessment, CGA)进行分层管理: “适合”者仍首选 R-CHOP; “不适合”者可选用减量化疗(如 R-miniCHOP)或非蒽环方案(如利妥昔单抗联合吉西他滨与奥沙利铂(R-GemOx)、苯达莫司汀联合利妥昔单抗(BR)); “脆弱”患者则以控制症状、改善生活质量为目标, 可考虑无化疗方案, 如来那度胺联合利妥昔单抗(R2 方案)或靶向药物等[12]。此外, DLBCL 在中医属“恶核”“石疽”范畴, 核心病机为“正气内虚, 毒瘀互结”, 病理因素关键在“痰、瘀、毒、郁”。治疗上强调“扶正与祛邪相结合”, 通过益气养阴以扶助正气, 清热解毒、化痰祛瘀以攻逐病邪, 在改善患者症状、提高生活质量方面具有一定作用, 因此, 也可将中医药作为综合治疗的组成部分之一[13]。总体而言, 原发性子宫淋巴瘤预后较差, 文献报道其中位生存期约 19.6 个月, 5 年生存率约 25% [10]。

3.2. 本例分析

本病例报道了一例发生于老年、多病共存背景下的原发性子宫肌壁间弥漫大 B 细胞淋巴瘤(DLBCL)。患者以绝经后阴道流血为首发症状, 影像学检查误诊为子宫平滑肌肉瘤, 这凸显了原发性女性生殖道淋巴瘤(PLFGT)在临床诊断中的挑战性。且患者既往有直肠癌手术及辅助放化疗史, 有文献表明, 晚发性结直肠癌(locRC)患者发生第二原发恶性肿瘤(SPM)的风险显著增高, 且治疗相关的第二种恶性肿瘤通常更具侵袭性。尽管子宫淋巴瘤并非 locRC 最常见的 SPM 类型, 但大型流行病学研究提示结直肠癌(CRC)幸存者继发盆腔器官癌症的风险普遍增加[14]。此外, 化疗(特别是烷化剂、铂类药物)与放疗均被证实可增加继发血液系统肿瘤的风险, 其机制可能与诱导免疫抑制、基因突变及遗传易感性等因素相关[15][16]。尽管无法确立直接因果, 但其治疗史可能为本次子宫淋巴瘤的诱因之一, 提示在具有放化疗史的患者中出现新发盆腔肿瘤时, 需拓宽鉴别诊断思路。

同时本病例反映了 PLFGT 影像学的非典型性。既往文献报道 PLFGT 多表现为均质、边界清晰的肿块, T2 呈稍高信号[2][6][7]; 本例肿块形态不规则、质地糟脆, 与典型表现有所出入。病理上, 肿瘤表达 CD20、Bcl-6、MUM1, 符合 non-GCB 亚型, Ki-67 高达 70%, 提示增殖活跃、预后较差。术中冰冻未能明确诊断, 也凸显了此类疾病在术中病理诊断中的挑战。

治疗决策方面, 本例患者因高龄(71 岁)、合并高血压病史 20 年、直肠癌术后状态等多种基础疾病, 整体体能状态严重下降, 导致其无法耐受标准剂量的 R-CHOP 方案化疗。根据老年 DLBCL 诊治共识, 对此类不适合标准化疗的虚弱患者, 应进行个体化分层管理。文献中推荐的替代策略包括减量的化疗方

案(如 R-miniCHOP)、利妥昔单抗联合吉西他滨与奥沙利铂(R-GemOx)或苯达莫司汀(BR)等[12]。本例最终选择中医药维持治疗,是基于患者“正气极虚、痰毒毒结”的中医病机特点,遵循“扶正与祛邪相结合”原则的个体化探索,虽然患者病情短期内稳定,生活质量得以维持,但这仅代表个体化姑息管理的一种探索,并不代表其疗效获得循证支持[13]。

4. 结论

原发性女性生殖道淋巴瘤因为其罕见性导致临床诊断十分具有挑战性,尤其在无特异性症状或无症状患者中,大多数病例都是通过偶然发现的,极易被误诊,造成诊断延误,治疗效果大大降低。本病例报道了一例罕见的发生于老年、多病共存背景下的原发性子宫 DLBCL。其诊治过程提示,对于表现为盆腔肿物或异常出血的患者,尤其是老年或具有不典型影像学表现者,应将淋巴瘤纳入鉴别诊断,以避免诊断延误和不恰当的手术范围。在诊断层面,应深化病理-影像-分子多学科协作,探索新型诊断标志物,以达到早诊断的目的。在治疗层面,针对合并多种基础疾病、体能状态差的老年患者,治疗决策应基于多学科讨论(MDT),通过妇科、病理科、影像科、肿瘤内科乃至中医科的多学科协作,综合评估肿瘤学目标与患者整体状况,选择个体化管理策略。本病例中患者接受中医药维持后短期病情稳定,仅为非常规路径下的观察结果,并不足以证明其有效性,远期结局仍需进一步随访。

声明

该病例报道已获得病人的知情同意。

参考文献

- [1] Shi, S.H., Li, W.A., Ni, G.T., Ding, J., *et al.* (2024) Primary Lymphoma of the Female Genital Tract Masquerading as Gynecological Malignancy. *BMC Women's Health*, **24**, Article No. 247.
- [2] 张颐, 田东立, 李芳梅, 等. 女性生殖道弥漫大 B 细胞淋巴瘤诊治的中国专家共识(2023 年版) [J]. 癌症进展, 2023, 21(10): 1045-1049+1053.
- [3] Piroso, M.C., Steffanoni, S., Vanazzi, A., Esposito, F., Polino, A., *et al.* (2024) Superior Prognostic Accuracy of FIGO Staging System in Primary Female Genital Tract Lymphomas: A Retrospective Study (IELSG35). *Hematological Oncology*, **42**, e3312.
- [4] Ahmad, A.K., Hui, P., Litkouhi, B., Azodi, M., Rutherford, T., McCarthy, S., *et al.* (2014) Institutional Review of Primary Non-Hodgkin Lymphoma of the Female Genital Tract: A 33-Year Experience. *International Journal of Gynecological Cancer*, **24**, 1250-1255. <https://doi.org/10.1097/igc.0000000000000201>
- [5] Peng, F., Li, J.W., Mu, S.D., *et al.* (2022) Epidemiological Features for Primary Lymphoma of the Female Genital Tract Patients and Development of a Nomogram to Predict Survival. *Annals of Medicine*, **54**, 962-976. <https://doi.org/10.1080/07853890.2022.2046289>
- [6] 肖会廷, 王珂. 原发于女性生殖系统非霍奇金淋巴瘤的诊断及治疗进展[J]. 中国肿瘤临床, 2020, 47(10): 530-534.
- [7] He, M., Hu, S. and Luo, H. (2020) Ultrasound Diagnosis and Clinicopathological Traits of Female Genital System Malignant Lymphomas. *Medicine*, **99**, e21341. <https://doi.org/10.1097/md.00000000000021341>
- [8] 史瑞, 温静, 吴雯, 等. Ki-67、肿瘤坏死因子- α 及糖类抗原 125 在非霍奇金淋巴瘤患者中的表达及临床意义[J]. 癌症进展, 2022, 20(24): 2575-2578.
- [9] 沈明虹, 段华. 原发女性生殖道淋巴瘤 11 例临床分析[J]. 实用妇产科杂志, 2021, 37(9): 694-698.
- [10] 刘文霞, 王晓雪, 何涛. 血清 CRP、LDH 水平及贫血与难治性或复发性非霍奇金淋巴瘤预后关系的探讨[J]. 癌症进展, 2020, 18(4): 397-401.
- [11] Jia, Q.C., Tang, H.M., Dong, Z.Y., *et al.* (2024) Malignant Primary Female Genital System Lymphoid. *Frontiers in Oncology*, **14**, Article 1438812. <https://doi.org/10.3389/fonc.2024.1438812>
- [12] 徐兵, 赵海军. 《老年弥漫大 B 细胞淋巴瘤诊断与治疗专家共识(2024 年版)》解读[J]. 临床血液学杂志, 2024, 37(5): 291-294.
- [13] 赵倩, 严香, 张雅月. 弥漫性大 B 细胞淋巴瘤的中医研究现状与思考[J]. 河北中医, 2023, 45(7): 1218-1222.

-
- [14] Chen, F., Chen, J., Luo, D., Zhang, R., Yang, Y., Li, Q., *et al.* (2025) Prognosis and Clinicopathological Features of Patients with Early-Onset and Late-Onset Colorectal Cancer with Second Primary Malignancies. *Journal of Gastroenterology and Hepatology*, **40**, 133-141. <https://doi.org/10.1111/jgh.16792>
- [15] Chen, S., Zhang, Y., Li, X., Tang, N. and Zeng, Y. (2025) Drug-Induced Second Tumors: A Disproportionality Analysis of the FAERS Database. *Discover Oncology*, **16**, Article No. 786. <https://doi.org/10.1007/s12672-025-02502-6>
- [16] VanderWalde, A.M. and Hurria, A. (2011) Second Malignancies among Elderly Survivors of Cancer. *The Oncologist*, **16**, 1572-1581. <https://doi.org/10.1634/theoncologist.2011-0214>