

【DOI】 10.3969/j.issn.1671-6450.2025.01.020

罕见病例

急性髓系白血病伴吉兰—巴雷综合征 1 例

黄迷迷, 佟长青

作者单位: 075000 河北张家口, 河北北方学院(黄迷迷); 河北北方学院附属第一医院血液科(佟长青)

通信作者: 佟长青, E-mail: tcq666@aliyun.com



【摘要】 报道 1 例急性髓系白血病合并吉兰—巴雷综合征患者的临床资料并进行文献复习, 探讨两疾病之间潜在关联。

【关键词】 急性髓系白血病; 吉兰—巴雷综合征; 周围神经病; 诊断; 治疗

【中图分类号】 R733.71; R745

【文献标识码】 B

Acute myeloid leukemia and Guillain-Barré syndrome: A case report Huang Mimi*, Tong Changqing. * Hebei North University, Hebei, Zhangjiakou 075000, China

Corresponding author: Tong Changqing, E-mail: tcq666@aliyun.com

【Abstract】 This paper reports the clinical data of a case of acute myeloid leukemia complicated with Guillain-Barré syndrome and reviews the literature to explore the potential relationship between the two diseases.

【Key words】 Acute myeloid leukemia; Guillain-Barré syndrome; Peripheral neuropathy; Diagnosis; Treatment

患者, 女, 65 岁, 主因“确诊急性髓系白血病 4 个月余, 四肢麻木无力、疼痛 3 d”于 2024 年 10 月 14 日入院。2024 年 6 月患者因颈部、双腋下淋巴结肿大就诊, 查血常规: WBC $1.51 \times 10^9/L$, 中性粒细胞百分比 23.1%, 淋巴细胞百分比 70.2%, 单核细胞百分比 5.3%, Hb 111 g/L, PLT $83 \times 10^9/L$ 。外周血涂片未见异常细胞。骨髓象: 原始细胞 61%。免疫分型: 强表达 CD56、HLA-DR、CD33、CD64, 表达 CD117、CD85k、CD36、CD166、CD15。骨髓病理: 骨髓增生大致正常(约 50%), 髓系幼稚阶段细胞增多, 粒系各阶段细胞可见, 以中幼及以下阶段细胞为主。染色体核型: t(9;11), +8。明确诊断急性髓系白血病(AML), 7 月 3 日行 IA 方案(伊达比星+阿糖胞苷)化疗 1 个疗程, 复查外周血: WBC $12.01 \times 10^9/L$, N $8.75 \times 10^9/L$, Hb 54 g/L, PLT $298 \times 10^9/L$, 骨髓原始细胞 2.5%, 疗效评估完全缓解伴部分血液学恢复(CR_h)。于 8 月 18 日行 IA 方案巩固治疗 1 疗程。患者 3 d 前无明显诱因出现四肢肌力下降、四肢乏力, 伴有麻木、疼痛, 遂入院就诊。既往 2 型糖尿病病史 1 个月, 高血压病史 10 年。个人史及家族史无特殊。

入院查体: 神志清晰, 言清语利, 无贫血貌, 心、肺、腹查体无异常。双上肢肌力 4 级, 右下肢肌力 4 级, 左下肢肌力 4+ 级, 膝腱反射阴性, 桡骨膜反射阳性, Babinski 征阴性。血常规: WBC $6.10 \times 10^9/L$, Hb 148 g/L, PLT $179 \times 10^9/L$ 。肝肾功能正常, 血糖 8.94 mmol/L, 血钠、血钾正常。骨髓象: AML 完全缓解。体液免疫: IgA 4.24 g/L, IgG 44.90 g/L, IgE1 1430.00 IU/ml, κ 轻链 10.90 g/L, λ 轻链 4.82 g/L, IgG3 0.95 g/L。抗核抗体阳性(1:100), 抗 SSA 抗体阳性(+), 抗 Ro-52 抗体阳性(++), 抗着丝点蛋白 B 抗体阳性(+), 抗线粒体 M2 型抗体阳

性(+). 头颅 MR: 脑内多发缺血灶及脱髓鞘变性灶。心电图: 左右尺神经、左胫神经 F 波传导速度减慢。抗神经节苷脂抗体检测阴性。腰椎穿刺: 脑脊液清, 脑脊液压力 160 mmH₂O, 葡萄糖 6.42 mmol/L(2.5~4.4 mmol/L), 蛋白 973 mg/L(80~430 mg/L), IgA 15.40 mg/L(0~5 mg/L), IgM 1.55 mg/L(0~1.3 mg/L), IgG 212.00 mg/L(0~34 mg/L), 脑脊液常规正常, 涂片未见白血病细胞, 墨汁染色检测、细菌培养阴性。确诊为: (1) 急性髓系白血病; (2) 吉兰—巴雷综合征。给予甲泼尼龙、免疫球蛋白静脉滴注, 辅以维生素 B₁、维生素 B₁₂ 神经营养修复治疗。但患者病情进展迅速, 四肢肌力进行性下降, 入院第 8 天四肢肌力 0 级, 呈弛缓性瘫痪, 出现言语困难, 不能进食, 自动出院, 于出院后第 10 d 死亡。

讨论 吉兰—巴雷综合征(Guillain-Barré syndrome, GBS)是免疫介导的急性炎症性周围神经病, 分为经典型、变异型两大类, 是导致四肢急性弛缓性瘫痪最常见的病因, 20%~30% 的患者在病程中会出现呼吸肌麻痹引起呼吸衰竭, 因此早期识别并进行相应治疗对于 GBS 患者至关重要^[1]。约 2/3 的 GBS 患者在发病前 3~6 周有前驱事件发生, 以上呼吸道感染、胃肠炎多见, 且前驱事件与患者的预后无相关性^[2]。目前关于 GBS 发病机制尚不明确, 普遍认为该病的发生可能与感染、手术史、免疫抑制剂、化疗药物等导致免疫系统紊乱有关^[3-4]。有报道 GBS 与各类型肿瘤伴发, 如非霍奇金淋巴瘤、慢性淋巴细胞白血病、胃癌、弥漫大 B 细胞淋巴瘤等^[5], 但 AML 继发 GBS 罕见。本例患者 AML 缓解期出现 GBS 考虑可能与以下因素有关: (1) AML 患者本身免疫功能紊乱; (2) 化疗导致免疫功能紊乱; (3) 化疗药物不良反应。Harvey 等^[6]首次报道了骨髓增生

异常综合征患者行阿糖胞苷治疗后发生 GBS 的案例,构建了阿糖胞苷与 GBS 之间的潜在关联。石亚军等^[7]认为在异基因造血干细胞移植前行大剂量阿糖胞苷预处理,会增加患 GBS 的风险。故本例患者亦不排除与使用阿糖胞苷有关。

GBS 的诊断标准包括必需条件和支持条件两方面^[1],必需条件:(1)起病急,病情进展快,一般不超过 4 周;(2)出现双下肢、双上肢或四肢肌无力,甚至呼吸肌无力的典型 GBS 临床表现或眼肌麻痹、共济失调的变异型 GBS 临床表现。支持条件:(1)脑脊液有蛋白—细胞分离现象;(2)神经电生理检查证实有周围神经病变;(3)神经节苷脂抗体检测阳性;(4)发病前 6 周有前驱事件发生。本例 AML 患者短期内出现肌无力、周围神经病变症状,脑脊液存在蛋白—细胞分离现象,神经电生理检查存在周围神经病变,符合 GBS 的诊断,但需警惕 AML 中枢神经侵犯。目前中枢神经系统白血病(CNSL)的诊断仍以脑脊液细胞学检查、影像学检查为主,脑脊液细胞形态学是 CNSL 诊断的金标准,但流式细胞术免疫学检测的敏感度、特异度更高^[8]。本例患者脑 CT 无 CNSL 影像学特征,脑脊液涂片无白血病细胞,可排除 AML 中枢神经侵犯导致的周围神经病变。

GBS 的治疗主要包括血浆置换(PE)、静脉注射免疫球蛋白(IVIG)、激素及其他相应的辅助对症治疗,危重患者需行机械通气、气管插管,但仍有 5% 左右患者对上述治疗无效。本例患者确诊 GBS 后随即给予激素联合免疫球蛋白静脉滴注,B 族维生素辅助治疗,但病情仍进展迅速,考虑可能与患者本身 AML、脑脊液高蛋白、肌电图异常、年龄等有关^[9]。

总之,AML 患者合并 GBS 情况罕见。当 AML 患者出现周围神经病变,在警惕中枢神经系统侵犯的同时,还需考虑到 GBS 的发生,以便早期识别疾病,早诊断、早治疗降低死亡率。

参考文献

- [1] 中华医学会神经病学分会,中华医学会神经病学分会周围神经病协作组. 中国吉兰—巴雷综合征诊治指南 2024[J]. 中华神经科杂志, 2024, 57(9): 936-944. DOI: 10. 3760/cma. j. cn113694-20240220-00099.
- [2] 彭丽梅. 吉兰—巴雷综合征影响预后的因素以及抗神经节苷脂抗体与临床症状及预后的关系研究[D]. 南宁:广西医科大学,2022.
- [3] Finsterer J, Scorza FA. Guillain-Barre syndrome in 220 patients with COVID-19[J]. Egypt J Neurol Psychiatr Neurosurg, 2021, 57(1): 55. DOI: 10. 1186/s41983-021-00310-7.
- [4] Han C, Ma JA, Zhang Y, et al. Guillain-Barre syndrome induced by pembrolizumab and sunitinib: A case report[J]. Mol Clin Oncol, 2020, 13(1): 38-42. DOI: 10. 3892/mco. 2020. 2042.
- [5] 欧阳桂梅, 赵跃群, 罗安强, 等. 原发睾丸弥漫大 B 细胞淋巴瘤合并吉兰—巴雷综合征一例[J/OL]. 中国临床案例成果数据库, 2022, 4(1): E00630. DOI: 10. 3760/cma. j. emcr. 2022. e00630.
- [6] Harvey P, Nierodzik M, Wu J. Guillain-Barre syndrome following azacitidine for treatment of Myelodysplastic syndrome[J]. Blood, 2009, 114(22): 4861-4861. DOI: 10. 1182/blood. v114. 22. 4861. 4861.
- [7] 石亚军, 汉英, 王莹, 等. 异基因造血干细胞移植后合并吉兰—巴雷综合征 1 例报告并文献复习[J]. 中华血液学杂志, 2024, 45(5): 509-511. DOI: 10. 3760/cma. j. cn121090-20231020-00222.
- [8] 张亚亚, 郑波. 中枢神经系统白血病的发病机制及诊疗现状[J]. 中华肿瘤防治杂志, 2024, 31(9): 581-586. DOI: 10. 16073/j. cnki. cjept. 2024. 09. 10.
- [9] 朱婷鸽, 陈芬英, 孙世辉, 等. 重症吉兰—巴雷综合征电生理特征以及预后不良相关因素分析[J]. 中风与神经疾病杂志, 2023, 40(4): 310-316. DOI: 10. 19845/j. cnki. zfyjbjzz. 2023. 0076.

(收稿日期: 2024-12-06)

作者 · 编者 · 读者

关于对冒用我刊名义进行非法征稿活动的郑重声明

近期发现网上有冒用我刊名义进行非法征稿活动的情况,我刊为此郑重声明如下:(1)疑难病杂志社地址设在石家庄,我社从未委托任何代理机构和个人开展组稿、征稿活动,任何打着我刊名义进行收稿活动的个人或机构均属非法。(2)根据原国家新闻出版广电总局的有关规定,一种期刊只能在其出版地设立一个编辑部,其他任何冒用本刊名义,在网上进行征稿及组稿的活动,均属非法行为。(3)作者来稿,请直接通过本刊网站或邮箱发至本刊编辑部,禁止发给个人,收稿后本刊将尽快给予处理,谨防上当受骗。

电话: 0311-85901735

E-mail: ynbzz@163.com

网址: <http://www.ynbzz.com> 或 <https://ynbz.cbpt.cnki.net>