个案与短篇

文章编号:1000-5404(2006)08-0866-02

乳头状肺细胞瘤1例

李 杰,张哉根 (第三军医大学新桥医院病理科,重庆 400037)

乳头状肺细胞瘤(papillary pneumocytoma)[1],又称肺硬化性血管瘤(sclerosing hemangioma of the lung, SHL)是一种较少见的肺部良性肿瘤,绝大多数发生于女性,由Liebow等于1956年首先报道,后陆续有作者报道,但在组织学起源及肿瘤实质等方面仍存在较大争议。

1 临床资料

患者,女性,37岁,因"右胸痛3个月,加重20 d入院",CT提示右肺部阴影,纤支镜活检示少量肺组织肺泡上皮乳头状瘤样增生,后行肺叶切除术。

2 病理检查

2.1 巨检

肺叶标本1件,大小10.5 cm×10.5 cm×2.5 cm,距支气管0.6 cm处可见1包块,大小1.4 cm×1.2 cm×1.0 cm,肿块与周围肺组织境界清楚,似有包膜,切面灰白灰红色,质中。

2.2 镜检

主要可见两种结构:实性和乳头状结构(图1),可见部分出血区域,另有部分区域纤维增生;实性区域细胞成分主要有2种:一种是圆形的瘤细胞,核圆形,细胞质淡红染,部分呈空泡样;另一种是短梭形细胞,形态似纤维细胞,其间有少量单核细胞。乳头状结构区域,乳头上皮细胞似钉突样突起,大小较规则,轴心为纤维轴心。

2.3 免疫组化

Syn(-),EMA部分肺泡上皮及间质圆形细胞(++)(图2),CK肺泡上皮(+),Vimentin间质圆形瘤细胞(+),CgA部分肺泡上皮(+)。

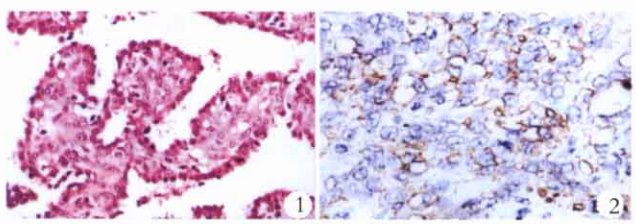


图1 乳头状肺细胞瘤典型的乳头结构 (HE×200)

图2 肿瘤细胞EMA (S-P×400)

3 讨论

乳头状肺细胞瘤少见,约占肺良性肿瘤的22.2%~32.8%,好发于女性,男女比例为1:4,发病年龄跨度较大(13~80岁,平均46岁)。多数为肺内境界清楚的结节,少数伴有咳嗽、胸痛等临床症状,多在进行影像学检查时发现,右肺略多于左肺,下叶者多见[2]。关于此瘤的起源问题,至今仍未有一致意见。一些早期学者认为此肿瘤为血管源性的;Katzenstein等[3]发现有些SHL发生于胸膜,电镜下见到细胞表面有长、细的微绒毛,形态上符合间皮来源;李维华等[4]发现肿瘤细胞能表达多种神经内分泌标记物,电镜下细胞质中有多少不等的神经内分泌颗粒,因此认为肺SHL是一种良性神经内分泌肿瘤;随着免疫组化新抗体的应用,许多学者都检测到SC、PE-10、TTF-1[4]在乳头表面细胞和浅染胞质细胞的阳性表达,因此支持SHL是上皮起源。现在国内外大量的研究已形成共识,认为此瘤是从原始上皮起源的一种良性肿瘤。目前,在WHO的分类中,将肺SHL归为杂类肿瘤,但鉴于众多学者的共识,李维华[1]建议将SHL从杂类肿瘤中提出来,归为上皮性肿瘤,命名为乳头状肺细胞瘤。

乳头状肺细胞瘤一般有两种基本病理形态:①由肺泡上皮增生形成的乳头状结构;②位于肺泡上皮或乳头状上皮下间质中明显增生的单核样瘤细胞,二者缺一不可。李维华等[4]又根据肺间质内瘤细胞的数量不同而导致的肿瘤形态的多样性,将其分为4种特征性的形态:①乳头状结构;②实性细胞区域;③肺泡内出血;④硬化性变化。上述的形态特点常混合存在[1]。本例的形态特点是典型的乳头状结构和实性区域,而免疫组化的结果也与文献相符,总之符合乳头状肺细胞瘤的诊断。

乳头状肺细胞瘤应与下列肿瘤鉴别:①Ⅱ型肺泡上皮乳头状腺瘤 SHL以乳头状结构为主时应与Ⅱ型肺泡上皮乳头状腺瘤鉴别,Ⅱ型肺泡上皮乳头状腺瘤表面上皮分化良好,乳头间质为含血管的纤维组织,无圆形瘤细胞。②海绵状血管瘤 SHL的血管瘤样区域衬覆的细胞对F8和CD34阴性,但对上皮有阳性表达,还可见实性片块状、乳头状、硬化区等结构。③细支气管肺泡癌 乳头状的SHL,其肺泡Ⅱ型细胞常有不同程度的增生,易误诊为细支气管肺泡癌,通过免疫组化可以鉴别,细支气管肺泡癌的乳头是真性乳头,其轴心为纤维血管轴心,表面上皮SP-A、B及Clara抗原阳性[1]。④类癌 SHL以乳头和实性片区为主,SHL的瘤细胞TTF-1、Vimentin(-),而类癌有明确的器官样结构,这有助于与两者鉴别。

对于该肿瘤的生物学行为,目前一致认为是良性上皮性肿瘤,但可发生转移。有资料表明100~200例SHL转移率约为2%~4%。因此提出将此瘤看作是一种可能发生转移的良性肿瘤,如同发生转移的子宫平滑肌瘤、涎腺混合瘤、脑膜瘤等或将

作者简介:李 杰(1981-),男,湖北省孝感市人,2000级病理检验专业学员,现在解放军301医院病理科。电话:13581662680

通讯作者:张哉根,电话:(023)68774697

收稿日期:2005-06-02;修回日期:2006-01-05

此瘤看作为具有恶性潜能的中间型软组织肿瘤(偶有转移性)。

关键词：肺细胞瘤；硬化性血管瘤；病理
中图法分类号：R734.2 **文献标识码**：B

参考文献：

[1] 李维华. 肺硬化性血管瘤的研究进展[J]. 诊断病理学杂志，2005，12(1)：1-4.
[2] 周炜洵，刘鸿瑞. 肺硬化性血管瘤的本质与组织来源[J]. 中华病理学杂志，2004，33(2)：168-170.
[3] KATZENSTEIN A L, WEISE D L, FULLING K, *et al*. So-called sclerosing hemangioma of lung. Evidence for mesothelial origin[J]. Am J Surg Pathol, 1983, 7(1): 3-14.
[4] 李维华，许红民，李红芬，等. 肺的一种良性神经内分泌肿瘤：对所谓肺硬化性血管瘤来源的探讨[J]. 中华病理学杂志，1994，23(2)：69-72.

(编辑 王 红)

文章编号：1000-5404(2006)08-0867-01

个案与短篇

矢状窦大脑镰旁脑膜瘤显微手术治疗分析

王剑波，李中林，罗代伟，张入丹，叶群林 (重庆市涪陵区中心医院神经外科，涪陵 408000)

矢状窦大脑镰旁脑膜瘤手术难度大。我们应用显微神经外科技术切除矢状窦大脑镰旁脑膜瘤32例，取得较好效果，分析如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

男性19例，女性13例，年龄8-68岁，病程2个月至5年，主要临床表现：头痛21例，肢体麻木、乏力15例，双下肢瘫痪1例，癫痫发作4例，视力下降及复视2例，精神障碍2例。

1.2 影像学检查

均行CT或MRI检查，部分行脑血管造影。肿瘤位于上矢状窦前1/3者15例，中1/3者6例，后1/3者2例，前中5例，中后4例。左侧17例，右侧11例，双侧4例。

1.3 手术治疗

一般先从矢状窦侧开始分离，逐渐沿大脑镰进入。争取完整切除，显露困难的采取分块切除或囊内切除。矢状窦争取保留，不能保留的行结扎或修补。双侧生长的从肿瘤较大侧入路，也可双侧入路。

2 结果

全部32例均行显微手术切除，按Simpson分级，Ⅰ级切除5例，Ⅱ级切除21例，Ⅲ级切除4例，Ⅳ级切除2例。术后病理证实为各型脑膜瘤。随访1/2~3年，23例术后症状明显改善；2例肢体瘫痪加重；1例癫痫症状加重；1例术后出现精神障碍；1例术后死于呼吸功能衰竭；2例术后复发；2例失访。

3 讨论

3.1 合理的骨窗设计

根据术前定位体征和影像学资料及神经导航技术，应使肿瘤位于骨窗中心，并将肿瘤前后两端矢状窦显露少许。硬脑膜切口不宜太大，否则可致脑膨出。头抬高20°，以减少术中出血，预防矢状窦切开后发生空气栓塞。

3.2 减少功能区损伤及保护中央沟静脉

若肿瘤位于上矢状窦中1/3重要功能区，应特别注意其表面常有中央沟静脉跨过，应予保护。若肿瘤切除后，中央沟静脉塌陷，可用明胶海绵垫护，以免引起静脉栓塞[1]。功能区皮质应防止误吸损伤。

3.3 矢状窦大脑镰的处理

受累的上矢状窦前1/3部，可在肿瘤切除过程中结扎切断；中后1/3部，上矢状窦壁可烧灼，侧壁切除；中及后1/3多壁受累，需行上矢状窦移植修补或将部分肿瘤残留在壁上[2]。近年来，作矢状窦切除及移植重建已减少，部分学者主张只切除上矢状窦外肿瘤，术后每年MRI随访。

3.4 对硬脑膜、颅骨的处理

对侵袭较轻的硬脑膜，可行烧灼处理；对侵袭粘连重者应切除至正常范围，再用人工硬膜、骨膜或肌膜修补。颅骨可凿除破坏部分，也可将病变颅骨切除，一期或择期颅骨成形。

3.5 有效控制术中出血

减少术中出血应做到以下几点：(1)保持手术野处最高位，有利于静脉回流及颅内压的降低；(2)减少盲目扩大切口，骨瓣所致不必要的创伤和出血；(3)术中采取控制性低血压；(4)控制矢状窦及大脑镰损伤范围；(5)肿瘤切除时先阻断供血动脉等。

3.6 重视脑膜瘤术后复发

该区域有重要矢状窦及功能区皮质和中央沟静脉，要达到理论上根治性切除是相当困难的。肿瘤切除过程中残留，是复发的根本原因；肿瘤病理性质也是复发的另一种原因。若手术后有肿瘤残留，或肿瘤细胞有恶变趋势，术后常规作直线加速器照射，或X刀及γ刀立体定向放射学治疗，也可减少复发。

关键词：矢状窦大脑镰脑膜瘤；显微手术
中图法分类号：R739.45 **文献标识码**：B

参考文献：

[1] 帅维宏，夏玉成，孙 涛，等. 皮质中央区镰旁脑膜瘤显微外科手术探讨[J]. 宁夏医学杂志，2005，27(1)：24-26.
[2] 王任直. 施米德克·斯威特神经外科手术学[M]. 北京：人民卫生出版社，2003：694-704.

(编辑 王 红)

作者简介：王剑波(1965-)，男，重庆市涪陵区人，副主任医师，主要从事脑肿瘤诊断治疗方面的研究。电话：(023)72008977

收稿日期：2005-02-20；修回日期：2006-03-22