维普资讯 http://www.cqvip.com

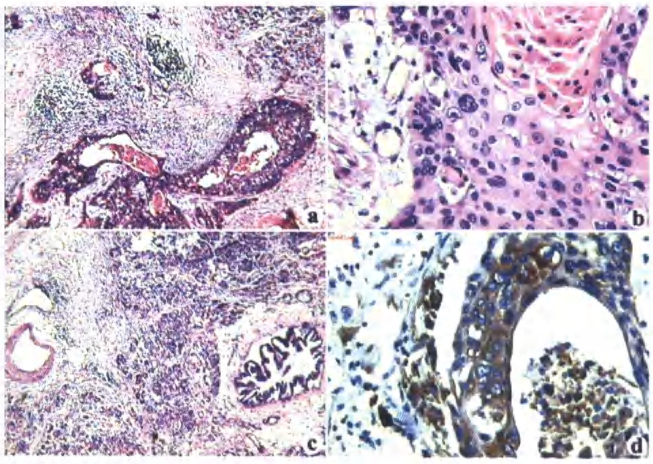
日入院。无吞咽困难，无恶心呕吐，大小便正常。食管癌根治术史3年。查体：巩膜无黄染，全身浅表淋巴结无肿大，皮肤、口咽、双肺、肛门未发现阳性体征，右侧胸廓第5肋处可见一长约30 cm后外侧切口。左上腹扪及一包块约7 cm×7 cm，质较硬，不活动，边界欠清。实验室检查：WBC 8.73×10^9/L，Hb 110.6 g/L，白蛋白40.3 g/L，总胆红素12.2 μmol/L，直接胆红素5 μmol/L，HBsAg+，HBeAb+，HBcAb+，血生化正常。小网膜囊积液肿瘤标记物：AFP2.30 ng/ml，CEA>550 ng/ml，CA_{125} 52.90 u/ml，CA_{19-9} 674.60 u/ml，淀粉酶173.0 IU/L。全消化道钡餐检查提示：①食管癌术后，胸4吻合口通畅，未见异常；②十二指肠降部憩室；③胃排空较差，蠕动减弱，其余胃肠道未见器质性病变。腹部B超提示：上腹部混合性占位，肝胆胰双肾未见异常。上腹部CT提示：①胃及脾脏之间囊性包块，考虑小网膜囊积液或包裹性积液；②食管癌术后。手术中见胰腺体尾部肿大，约7 cm×6 cm，质硬、脆，包块中心液化坏死，形成空腔，内有黑褐色液体约500 ml，包块与十二指肠水平部和肠系膜根部粘连，深部浸润脾动脉，胃未探及，肝脏、胆囊、脾脏、空回肠、结肠等未探及明显异常。切除胰腺体尾部肿瘤并送病检。术后临床诊断：胰腺恶性肿瘤。

2 病理检查

切除的肿瘤组织大体检查：灰白灰黄色不规则组织一块，大小6.5 cm×4.5 cm×2.5 cm，一侧表面较光滑，一侧粗糙，切面灰白灰黄色，实性，结节状，质硬，粗糙面局灶见直径1.0 cm的囊腔。镜检：胰腺小叶结构尚存，其间散在鳞状细胞癌巢（图1a、b），癌细胞核大，异型性明显，染色质粗，核分裂易见，胞质丰富，红染，细胞间桥清晰可见，有典型角化珠和坏死。囊腔壁组织为玻璃样变的动脉管壁，其周围见癌组织浸润，部份胰腺腺泡萎缩，间质纤维组织增生，淋巴细胞浸润，胰腺各级导管无鳞化现象（图1c）。免疫组织化学染色：CKH癌细胞强阳性（图1d），胰腺上皮阴性，CKL癌细胞阴性，胰腺上皮阳性，CEA阴性。阿尔新蓝染色阴性。病理诊断：胰腺鳞状细胞癌，结合临床，考虑食管鳞癌转移。

3 讨论

多数学者认为胰腺鳞癌很可能是腺鳞癌的一种变形，观察多个组织切片可见到腺癌。针对这一观点，作者对肿瘤进行了多层切面，多处取材，未观察到腺癌成份。免疫组织化学染色，



a,b：显示典型鳞状细胞癌，可见角化珠；c：胰腺各级导管无鳞化现象；d：CKH癌细胞强阳性（SP法）

图1 病理组织检查

CKL、CEA及阿尔新蓝染色癌细胞均阴性，表明无腺癌成份。就胰腺的鳞癌而言，是原发或是转移，从组织学上无法鉴别。由于胰腺可以是其它器官癌转移的靶器官，临床上以胃肠道癌、肺小细胞癌、肾细胞癌转移到胰腺多见，主要通过邻近淋巴结或直接浸润到胰腺。在诊断胰腺原发性鳞癌之前应首先排除其它器官的原发灶[3]。本例患者有食管鳞癌手术史，诊断为胰腺转移性鳞癌是恰当的。B超、CT等影像学检查和临床医生均误诊，可能一方面是胰腺肿瘤影像学上无特征性表现。B超、CT所见的囊性改变，术中证实为肿瘤中心的液化性坏死；另一方面是食管癌术后时间较长，达3年之久，临床表现较突然，无明显诱因，而病变仅仅局限于胰腺。食管癌仅有胰腺转移在临床上较少见。胰腺原发性或转移性鳞癌都属高度恶性肿瘤，预后不良。本例患者术后3个月出现腹腔多发性瘤结节，因血管、脏器粘连成团，已无手术切除机会。

[参考文献]

[1] 黄耿文. 胰腺鳞癌1例[J]. 中国实用外科杂志，2005，25(10)：610.

[2] 车进明，殷月玲. 胰腺原发性鳞状细胞癌1例[J]. 诊断病理学杂志，2006，13(1)：25.

[3] 周慕珩，罗安泰，刘子君. 胰腺肿瘤外科病理学[M]. 武汉：湖北科学技术出版社，1999.270.

（编辑：余汇洋）

关于日期的用法

公历世纪、年代、年、月、日和时刻 例如：公元前5世纪、20世纪90年代、1995年6月8日14时30分。

表示年份要写全称，1995年不能写成95年或95年；1953—1958年不能写在1953—58年。年月日可以写成1995-06-08。时刻用“:”分隔的形式。如：13时45分8秒可以写成13:45:08。

（本刊编辑部）