维普资讯 http://www.cqvip.com

胆囊平滑肌肉瘤1例

杨达荣,徐红梅,龙庆新,吴时军 (合川市人民医院病理科,重庆 合川 421520)

[关键词] 胆囊;平滑肌肉瘤;病理学
[中图分类号] R735.8 [文献标识码] B [文章编号] 1672-5042(2007)02-0133-02

原发于胆囊的肉瘤十分罕见,发病率约占恶性肿瘤的1.4‰[1],而平滑肌肉瘤(PLSMG)的发病率更低。我院诊治了一例PLSMG,现报道如下。

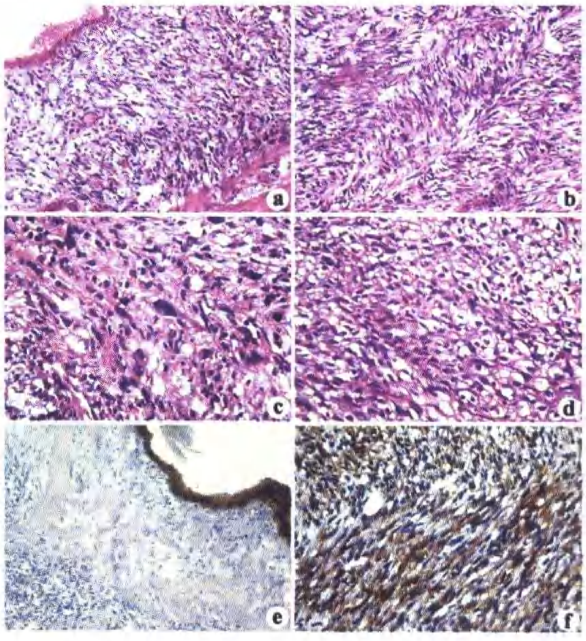
1 资料与方法

患者女性,69岁,因"无明显诱因右上腹疼痛6天"于2006年3月2日入院。疼痛为持续性隐痛伴恶心,厌油,纳差。无全身皮肤及巩膜黄染。Murphy征阳性。实验室检查:WBC20.61×10⁹/L,中性粒细胞16.60×10⁹/L,BRC4.29×10¹²/L,Hb 129.2 g/L,PL446×10⁹/L,总胆红素13.7 μmol/L,直接胆红素6.5 μmol/L,间接胆红素7.2 μmol/L,白蛋白37.4 g/L,球蛋白44.6 g/L,空腹血糖7.08 mmol/L,血脂、肾功、大小便正常。双肺(-),心电图显示窦性心动过速,心率102次/分。彩色超声波检查示胆囊1.5 cm×7.3 cm,壁厚1.3 cm,内见直径1.4 cm的强回声伴声影,胆总管内径0.5 cm,肝、脾、胰、双肾(-),诊断为急性胆囊炎伴胆结石。术中见腹腔内有炎性渗出液,以胆囊窝及盆腔为多,胆囊与大网膜粘连包裹。胆囊肿大,约18 cm×6 cm,呈实性,囊壁有穿孔,见脓性分泌物溢出。胆囊内见2 cm×1.5 cm结石1枚。探查其他脏器未扪及异常。临床诊断:急性胆囊炎伴胆石症,胆囊穿孔。手术切除胆囊标本送病理检查。

2 结果

大体观察:胆囊长11 cm,直径7 cm,近底部有直径0.3 cm穿孔,壁厚0.4 cm,囊内见一灰褐色肿块,大小10.5 cm×6 cm×5 cm,表面较光滑,有一蒂与胆囊壁相连,切面灰白灰褐色,质中,大部份出血坏死状。镜检:肿瘤表面被覆较完整的胆囊粘膜(图1a),部份区域已坏死脱落,大部份瘤细胞呈梭形,彼此平行或交错排列,有典型的编织状排列图象,核较大,棒形,两端钝圆(图1b)。部份瘤细胞明显异型性,核分裂相>5个/10HFP(图1c)。部份瘤细胞呈卵圆形,上皮样,胞质丰富,部份呈空泡状,间质粘液样改变(图1d)。大片瘤组织坏死。瘤细胞浸润至胆囊壁浅肌层。胆囊壁显示急性化脓性炎症伴坏疽穿孔。免疫组织化学染色结果:Ckpan瘤细胞阴性,胆囊粘膜阳性(图1e),瘤细胞SMA、Vimentin强阳性(图1f),desmin可疑阳性,横纹肌Actin、EMA、S-100、CD34、CD117、CD68、HMB45均阴性,Ki-67阳性率<20%。病理诊断:胆囊原发性高分化平滑肌肉瘤并发急性化脓性胆囊炎伴坏疽穿孔。随访10个月,患者无瘤健康生活。

[收稿日期] 2006-12-10 [修回日期] 2007-01-08



a:表面覆盖一层胆囊粘膜(HE×100);b:瘤细胞呈梭形,编织状排列,核呈棒形,两端钝圆(HE×100);c:瘤细胞呈异型性,核分裂相多见(HE×200);d:瘤细胞呈上皮样,胞质空泡状,间质粘液样变(HE×100);e:瘤细胞Ckpan阴性,胆囊粘膜阳性(SP法×100);f:瘤细胞SMA强阳性(SP法×100)

图1 病理组织切片

3 讨论

PLSMG可发生于各个年龄,女性高于男性,约5:1[1]。其发生机制尚不明确,多数学者认为可能与胆囊结石、胆囊慢性炎症刺激及骨桥蛋白过表达[2]有关。临床上症状隐匿,B超,CT等可发现病变,最终诊断需要依靠病理检查。

PLSMG诊断依据:①部位:原发于胆囊的结节状、息肉状肿块或仅有胆囊壁的增厚变硬。②镜下特点:瘤细胞呈梭形,核较大,棒形,两端钝圆似"雪茄",核深染,染色质粗,核分裂相>5个/10HFP,有些呈编织状、束状排列,瘤细胞境界清楚,胞质丰富,嗜酸性,含有与核长轴平行走向的肌原纤维;③特殊染色:masson三色染色,瘤细胞呈红色;PTAH染色,瘤细胞呈紫色;网状纤维染色,见多少不等的纤维,粗且直,与瘤细胞平行排列。④免疫组化染色:特异的SMA强阳性或特异性肌动蛋白HHF35阳性;⑤电镜检查:有正常平滑肌超微结构特征,多量的有序的肌原纤维和密体密斑小体,吞饮空泡,细胞连接和被覆

维普资讯 http://www.cqvip.com

整个包膜的基板,分化较差者,基板不完整[3]。同时具有①、②及③、④、⑤中任意一项,即可诊断。本例符合①、②、④项,故诊断成立。PLSMG需与腺肉瘤和癌肉瘤、纤维肉瘤、恶性神经鞘瘤、假纤维粘液样肉瘤、炎性假瘤、术后梭形细胞结节等胆囊原发的疾病鉴别。

[参考文献]

[1] David A, Muhammed A, David R, et al. Leiomyosacoma of the Gallbladder: a case report and review of the literature[J]. Acta Oncologica, 1998,37(2):212-214.

[2] 彭晓峰,范钦和,孟凡青,等.软组织平滑肌肉瘤组织中骨桥蛋白的表达及意义[J].临床与实验病理学杂志,2006,22(2):154-157.

[3] 赖日权.软组织肿瘤病理学[M].北京:人民军医出版社,1998.92-97.

(编辑:余汇洋)

胫骨平台骨折的手术治疗

滕英飞 (沈阳市骨科医院,辽宁 沈阳 110044)

[关键词] 骨折;胫骨平台;手术
[中图分类号] R274.12 [文献标识码] B [文章编号] 1672-5042(2007)02-0134-01

胫骨平台骨折属关节内骨折,治疗的目的是要获得一个稳定、无痛和活动自如的关节,并预防创伤性关节炎的发生[1-3]。非手术治疗对一些较为复杂的骨折很难达到上述的目的,早期手术治疗不仅能达到骨折的解剖复位、恢复平台形态的完整,而且有助于关节功能的恢复,我科于2001年5月至2003年5月手术治疗胫骨平台骨折24例,获得满意疗效,现报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

本组患者24例,其中男16例,女8例。年龄最小18岁。12例因车祸致伤,10例为坠落伤,2例跌伤。根据坎贝尔手术学HOHL分型[4],全部24例病例均为3型以上。

1.2 手术方法

手术切口选用膝前外、前内或正中切口,切口长度随显露范围增大而延长。将皮瓣向两侧分离,在内侧将半月板胫骨韧带横断,术毕再作修补。外侧部分横断髂胫束,从半月板下方进入关节,术毕修补髂胫束。为了扩大显露的范围,部分病例行髌韧带"Z"形切断或胫骨结截骨术。在直视胫骨平台关节面下,将骨折解剖复位。为了保证恢复胫骨平台关节面和正常轴向对线,必要时植骨。同时还应注意半月板和韧带损伤的修复。骨折内固定包括T板、骨栓和松质骨钉。术后早期膝关节功能锻炼,特别是对术后骨折稳定的病人,术后3周即可膝关节被动屈伸和股四头肌的主动等张收缩锻炼。

2 结果

术后患者治疗结果优20例,X线显示关节面完整,术后膝关节活动范围0~120度无疼痛;可3例,X线显示关节面有1~2 mm台阶,肢体成角小于10度,膝关节活动范围0~60度,偶发疼痛;差1例,X线显示关节面大于2 mm台阶,肢体成角大于10度,膝关节活动范围0~10度,活动伴经常性疼痛。总体优良率为95.8%,除1例出现大于2 mm台阶伴经常性疼痛外,其余病人均半年至一年折线消失。

3 讨论

胫骨平台骨折属关节内骨折,治疗的目的是要获得一个稳定、无痛和活动自如的关节,并预防创伤性关节炎的发生。非手术治疗对一些较为复杂的骨折很难达到上述目的,早期手术治疗不仅能达到骨折的解剖复位、恢复平台形态的完整,而且有助于关节功能的恢复。手术应尽量争取早期进行,骨折复位尽量达到解剖复位,复位后出现骨空腔者,应行皮质骨填充支撑,这样可预防术后骨塌陷而造成关节畸形,术中行坚强的内固定,可防止关节的不稳定性,从而避免或减轻创伤性关节炎的发生,对合并有关节韧带损伤或半月板损伤者,应尽量行韧带修补和半月板修补,对半月板损伤无法修补者,应行半月板切除术,对全关节脱位者应行复位,术后短期辅以石膏托外固定,早期行膝关节功能练习,晚期才可下地负重,本组1例患者关节活动范围<60度,活动伴疼痛,X线片显示关节面不平整(>2 mm),有创伤性关节炎改变,这可能与其合并关节脱位、粉碎骨折、移位及平台塌陷较严重、就诊手术时间较长以及术后过早下地负重有关。

[参考文献]

[1] 陆裕朴.实用骨科学[M].北京:人民军医出版社,1991.685.

[2] 林博文,黎伟凡,肖德明,等.复杂胫骨平台骨折的手术治疗[J].骨与关节损伤杂志,2001,16(2):98-99.

[3] 刘 璠,刘 涛,黄 勇,等.胫骨平台骨折的手术治疗[J].中国骨与关节损伤杂志,2005,20(9):635-636.

[4] 过邦辅,译.坎贝尔骨科手术大全[M].上海:上海翻译出版公司,1991.808.

(编辑:兰阳军)

[收稿日期] 2006-11-30 [修回日期] 2007-03-01