DOI:10.16016/j.1000-5404.1984.01.021

唾腺腺泡细胞癌50例临床病理分析

高奉浔 胡安元 鲍晓明

（第三附属医院 病理科）

提 要

本文对50例唾腺ACC进行了光镜和组织化学染色的观察，并提出ACC可分为6个亚型：1、囊性乳头型；2、实性筛状型；3、小梁乳头型；4、腺泡腺样型；5、腺泡巢状型；6、弥漫型。认为这种分型，对临床和病理工作者掌握ACC病理学特征、明确诊断、判测预后和积累科研资料有所裨益。

发生在唾腺的腺泡细胞癌（Acinic cell Carcinoma，以下简称ACC）是一种较为少见的肿瘤。过去由于对该瘤性质不清，名称纷纭[1]（非典型混合瘤、粘液腺腺瘤、浆液细胞腺瘤、导管细胞腺瘤、恶性混合瘤、透明细胞癌、导管细胞癌等）。在美国将本瘤多归为腺癌，在欧洲则将其称为腺泡细胞"瘤"[8]，故在病理诊断上易造成混乱。自Foote和Frazell[2]开始采用ACC的名称后，对本瘤的认识虽有逐渐统一的趋向，但在文献中还时有争议[4]。在鉴别诊断上易与其它恶性病损相混淆，加上国内报导又少。为此，本文总结我科1960—1982年收有50例ACC，着重探讨其分型和临床病理特点。

材料与方法

材料为我科接收本院及外单位送检手术切除的唾腺ACC标本40例和门诊活检标本10例，其中37例(74%)有随访。标本用10%甲醛溶液固定，石蜡包埋切片，HE染色。全部病理切片均经复查，并行PAS、Alcian兰和Best's胭脂红和Gomori's网状纤维染色。本文参考Abrams[5]和Perzin[1]对唾腺ACC的描述有实体、囊性、乳头、腺泡、小梁、管状、巢状、筛状结构以及融合性分布等。把大体或镜下有囊肿含乳头状结构为主的ACC定为囊性乳头型；以筛状结构为主的定为实性筛状型；把瘤细胞作小梁状排列并含有乳头定为小梁乳头型；把肿瘤成份主要含腺管样结构者，定为腺泡腺样型；把瘤细胞排列成巢状，定为腺泡巢状型；凡瘤细胞呈弥漫性排列者，定为弥漫型。根据以上分型标准，将唾腺ACC分为以下6型：①囊性乳头型；②实性筛状型；③小梁乳头型；④腺泡腺样型；⑤腺泡巢状型；⑥弥漫型。

结 果

一、临床分析：

1. 性别：本组50例中，男30例(60%)，女20例（40%）。男女比例为3:2。

2. 年龄：16—76岁，平均47岁。以40—76岁为最多，共34例（68%）。发病年龄男多在34—76岁，平均44.6岁；女多在

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net

20—65岁，平均45.2岁（见表1）。

表1 50例ACC的发病年龄和鉴别

年龄（岁）	10—19	20—29	30—39	40—49	50—59	60—69	70—79	总计（例）
男　性	1	2	5	6	8	4	4	30
女　性	1	3	4	5	4	3	0	20
合　计	2	5	9	11	12	7	4	50

3．病程和部位：病程1月—28年，平均3.5年。发病部位见表2。肿瘤发生在

表2 50例ACC的发病部位

部位	腮腺	颌下腺	硬腭	软腭	上颌窦	筛窦	颊部	舌根	齿龈	总计
例数	25	7	8	3	1	1	3	1	1	50

大唾腺者最多，计32例（64%），其中腮腺就占25例（50%）。发生在小唾腺者18例（36%）。

4．临床症状及体征：因局部出现肿块就诊，50例中有48例（96%）；有肿块无自觉症状28例（56%）；局部出现疼痛17例（34%）；伴面神经瘫痪3例(6%)；鼻阻及上颌窦穿孔各1例（4%）。肿块生长缓慢26例（56%）。生长较快15例(30%)，近期生长较快9例（18%）。

二、病理形态：

1．大体：肿块大都呈园、扁园、结节或分叶状，少数作不规则形。包膜完整22例（44%），不完整28例（56%）。切面为实性33例（66%），囊性11例（22%），实性有囊6例（12%）。肿块直径1 cm以下者4例（8%），1—2cm 5例(10%)，2—3 cm 6例（12%），3—5 cm 27例(54%)，5 cm以上者8例（16%），其中1例最大直径15cm，平均4.3cm。

2．镜下：瘤细胞有颗粒细胞、透明细胞、空泡细胞和闰管细胞。颗粒细胞多数体积大，园形或多角形，胞核园或卵园；HE染色胞浆内含有两种颗粒，嗜碱性颗粒和粉染颗粒（图1，a、b）。本组中颗粒细胞为ACC中主要成份，只有3例颗粒细胞占肿瘤成份⅓以下。透明细胞（图2，a），中等大，园形或不规则形，胞浆透明，无空泡或颗粒，绝大多数占ACC⅓以上。本组中透明细胞占ACC 2/3者有4例，有1例肿瘤几乎完全为透明细胞构成。空泡细胞(图2, b)，体积大，犹如杯状细胞或气球样空泡。本组中每例都有，但数目多少不等。闰管细胞，体积小，呈立方形，胞核居中，胞浆内有少数颗粒，作片状或呈腺管样排列（图1，c)。有2例切片显示ACC中有鳞状细胞团粘液表皮样癌的结构；有3例可见闰管细胞向腺泡细胞逐渐移行的改变。此外，还有2例瘤细胞胞浆中出现砂粒体。所有瘤细胞核分裂象少，核分裂率每20个高倍视野(HPF) 0—2个36例(72%)；2—4个14例(28%)。间质为致密的纤维组织。有淋巴细胞或淋巴滤泡4例（8%）。

根据上述分型标准，本组50例可分为：（1）囊性乳头型（图3）：4例（8%），大体和镜下可见囊肿，囊壁为致密纤维组织，瘤细胞作片状或乳头状伸向囊内，少数呈筛孔状排列。（2）实性筛状型（图4）:18例（36%），瘤细胞作腺泡状排列成片，轻度异型性；有的可见多少不等，大小较为一致的筛孔；有的筛孔大如滤泡，腔内有红染均质的分泌物。（3）小梁乳头型（图5）:11例（22%），为本瘤的典型结构，腺泡细胞排列成小梁状或栅栏状，有的呈乳头状。

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net

（4）腺泡腺样型（图6）：3例（6%），有许多类似闰管细胞的瘤细胞排列成腺样结构。（5）腺泡巢状型（图7）：5例（10%），瘤细胞作巢状或结节状，巢内有腺腔，有的可见少数筛孔或小梁。（6）弥漫型（图8）：9例（18%），瘤细胞作多角形或不规则形，细胞分化差，融合成片。

三、组织化学： PAS染色，腺腔内分泌物阳性7例（14%）；分泌物和胞浆内颗粒均为阳性，呈紫红色19例（38%）；阴性24例（48%）。Alcian兰染色，腺腔内分泌物阳性14例（28%）；细胞浆内阳性4例（8%）；但透明细胞浆全部阴性。Best's胭脂红36例（72%）全部阴性。

四、临床病理相互关系： 本组37例随访，最长19年。总的5、10年生存率分别为62.2%、37.8%。37例中4例（10.8%）死于本瘤，2例（5.4%）死于它病。不同组织类型，临床预后不同。本组囊性乳头型3例存活至今，10年生存率100%，预后较好。实性筛状型17例，其5年、10年生存率各自为58.8%、41.1%。小梁乳头型6例，5年、10年生存率为66.7%、33.3%。腺泡腺样型2例，其5年、10年生存率各为50%。腺泡巢状型1例，5年生存率100%。低分化弥漫型8例，5年、10年生存率分别为87.5%和12.5%。（见表3）。

表3 37例ACC临床病理相互关系

组织学类型	例数	核分裂率 0—2/20/HPF	核分裂率 2—4/20/HPF	治疗 化疗	治疗 单纯切除	治疗 根治	淋巴结转移	复发 1次	复发 2—4次	复发 4次以上	周围组织浸润 神经	骨	肌肉	血管	包膜	随访 死于本病	随访 死于它病	随访 带瘤生存	随访 带瘤转移生存	生存率 五年（%）	生存率 十年（%）
囊性乳头型	3	3			1	2	1	1		1	1				2				1		3 100
实性筛状型	17	16	1	1	4	12		7		1		3	1	1	6	2	1	1		10 58.8	7 41.1
小梁乳头型	6	5	1		3	3		1	2			1	1		1	1				4 66.7	2 33.3
腺泡腺样型	2	1	1		2												1			1	1
腺泡巢状型	1	1			1							1	1	1						1	
弥漫型	8	3	5		4	4		1							5	1		1		7 87.5	1 12.5
总计	37	29	8	1	15	21	1	10	2	2	1	5	3	2	14	4	2	2	1	23	14
（%）		78.3	21.7	2.7	40.5	56.8	2.7	14/37		37.8						10.8	5.4	5.4	2.7	62.2	37.8

讨论

一、性别与年龄： ACC女性常见（3：2）[3]；Perzin[1]（1979）报告51例，男26例，女25例；Abrams[5]（1965）报告77例，男46例，女31例。本组50例，男30例，女20例，与Abrams报告相同，皆是男多于女。发病年龄Spiro[6]（1978）67例组为10—82岁，平均46岁。本组50例16—76岁，平均47岁，两组相似。

二、肿瘤发生部位： Perzin[1]报告51例，43例（84.3%）发生在大唾腺，8例（15.7%）发生在小唾腺。Spiro[6]报告67例，65例（97%）大唾腺，2例（3%）小唾腺。本组50例，大唾腺32例（64%），小

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net

唾腺18例（36%），与Perzin和Spiro两组相比，发生在大唾腺者要低，小唾腺者则高。

三、组织学类型：本瘤以往分颗粒细胞型和透明细胞型两型[2][7]。这种分型，单纯依据胞浆内容物，却忽视作为整体的瘤细胞排列和结构。而Abrams[5]提出的实性型、微囊型、乳头囊肿型和滤泡生长型四型，又未完全反映出ACC组织形态的全貌。本文根据50例ACC肿瘤组织结构和瘤细胞排列的方式，将唾腺ACC分为6种亚型：（1）囊性乳头型，（2）实性筛状型，（3）小梁乳头型，（4）腺泡腺样型，（5）腺泡巢状型，（6）弥漫型。我们认为此种分型形态学特点清楚、诊断标准明确和重复率高，为临床和病理工作者掌握其病理学特征，作出诊断、判测预后和积累科研资料等，有所帮助。

四、组织化学染色：组化染色对确定和鉴别ACC的诊断上，文献中各家看法不一[1][3][5]。Ferlito[3]（1980）强调在诊断ACC时，PAS染色是基本重要的方法，特别阳性反应，意义更大。相反Abrams[5]提出PAS染色用于鉴别诊断时，帮助价值很小。本组病例，PAS在胞浆内和胞浆外均为阳性反应者26例（52%），阴性24例（48%）。我们认为不宜只持一家之见，而应视客观情况和具体的病变而定。在诊断ACC时，PAS反应阳性有意义，如若是阴性，也应根据ACC 6种亚型的临床和病理组织学的特点进行全面考虑。

五、鉴别诊断：1.本瘤与粘液表皮样癌的鉴别，后者常以鳞状上皮团、粘液细胞和中间型细胞三位一体为主要特征；2.本瘤实性筛状型与腺样囊性癌的鉴别，后者瘤组织中的腺管由腺上皮和肌上皮细胞组成；3.本瘤囊性乳头型与乳头状腺癌鉴别时，后者癌细胞异型性大，常见毛玻璃状核、核仁大以及滤泡共壁现象；4.本瘤由透明细胞组成的弥漫型，须结合临床与甲状腺透明细胞癌和转移性肾脏透明细胞癌相鉴别，前者常出现甲状腺滤泡，胶质有空泡吸收现象及PAS反应阳性，后者含类脂质，脂肪染色阳性。

六、组织发生：关于ACC的组织发生，长期以来被认为起源于浆液性腺泡细胞[3][6]。其主要根据是：①形态学上ACC的瘤细胞与正常腮腺浆液性腺泡相类似，②经消化酶处理后的PAS染色，胞浆内出现细或粗的颗粒，与正常腮腺腺泡内分泌的酶原相同。但是，自1965年经Abrams[5]对77例唾腺ACC形态学的观察和研究后，首次提出ACC源于多能性导管细胞(Pluripotential duct cell)，从而解释瘤组织中的闰管细胞与腺泡间明显的移行关系。嗣后，Erlandson和Tardler[1]（1972）通过对ACC超微结构的进一步研究，注意到正常腮腺闰管细胞可发生颗粒性浆液性细胞，并指出ACC是唾腺多能性导管细胞的肿瘤。这种观点，为目前多数学者所赞同。

根据我们的资料，可见闰管细胞与腺泡细胞间的移行过程；有的组织切片内还有类似粘液表皮样癌的一些结构（与Perzin的观察相似）等事实，说明在唾腺肿瘤的发生上，多能性导管细胞不但可发生ACC，还存在它向那个方向分化的问题，如向腺泡细胞分化，则是ACC；反之，向表皮细胞分化，则为粘液表皮样癌。

综上所述，作者除同意Abrams等人的观点，ACC起自多能性导管细胞外，并强调该细胞在唾腺肿瘤组织发生上多能分化的重要性和复杂性。至于闰管细胞在何种情况下向不同的方向分化发生和发展，还有待进一步研究，予以证实。

七、预后：唾腺ACC为低度恶性肿瘤。文献中[1]报告复发率最高59%（16/27），最低8%（6/72）；本组为37.8%（14/37），介于其间。死亡率报告[1]最高33%(4/12)，最低11%（3/27）；本组死亡率10.8%（4/37），略低于国外报告。在有随访的37例中，10年生存率囊性乳头型为100%；实性

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net

筛状型为41.1%；小梁乳头型33.3%；腺泡腺样型50%；腺泡巢状型为零；弥漫型12.5%。虽然不同组织学类型，预后有些不一样，但肿瘤发生的部位、大小、术后复发次数，肿瘤组织浸润神经、骨、肌肉和包膜、淋巴结转移以及治疗方法等，对预后均有一定影响。

参 考 文 献

1. Perzin KH, et al: Acinic cell carcinoma arising in salivary glands. A clinicopathologic study. Cancer 1979, 44:1434—1457

2. Foote FW & Frazell EL: Tumors of the major salivary glands. Cancer 1953, 6:1065—1133

3. Ferlito A: Acinic cell carcinoma of minor salivary glands. Histopathology 1980, 4:331—343

4. Ellis GL & Corio RL: Acinic cell adenocarcinoma. A clinicopathologic analysis of 294 cases. Cancer 1983, 52:542—549

5. Abrams AM, et al: Acinic cell adenocarcinoma of the major salivary glands. A clinicopathologic study of 77 cases. Cancer 1965, 18:1145—1162

6. Spiro RH, et al: Acinic cell carcinoma of salivary origin. A clinicopathologic study of 67 cases. Cancer 1978, 41:924—935

7. Anderson WAD: Pathology 6th ed. C. V. Mosby Co., St. Louis, 1971, Vol 2, p. 1106

8. Chen SY, et al: Acinic cell adenocarcinoma of minor salivary glands. Cancer 1978, 42:678—685,

Acinic Cell Carcinoma of Salivary Glands
——A Clinicopathological Analysis of 50 Cases

Kao Fungshing, Hu Anyuan, Bao Xiaoming

(Department of Pathology, Third Teaching Hospital,
Third Military Medical College)

Fifty cases of acinic cell carcinoma(ACC) of salivary glands were observed in a period of 22 years(1960—1982) in this hospital. 25 tumors out of the 50 occurred in the parotid gland, 7 in the submaxillary gland, and 18 in other minor salivary glands. Conventional microscopy revealed that ACC of salivary glands are composed of granulated acinic cells, clear cells, vacuolated cells, and intercalated duct cells. According to the different histological features, the authors suggest that ACC are to be classified into 6 types: cystic papillary, solid ethmoid, trabeculopapillary, acinic adenoid, acinic nestlike and diffuse types. This classification facilitates the clinicians and pathologists to grasp the pathological cha-

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net

racteristics and diagnostic criteria and assessable prognosis and to accumulate the clinical material for research purposes.

Thirty-seven patients out of the 50 have been followed up for years, the longest up to 19 years. 14 patients(37.8%)developed local recurrences. The five and ten year survival rates are 62.2% and 37.8% respectively.

The differential diagnosis, histochemistry, histogenesis, and prognosis of ACC were discussed with a brief review of the literature concerned. Our data supports the assumption that ACC originates from the intercalated duct cells rather than from fully differentiated serous cells.

(上接78页)

irradiation.

Three cases of xeroderma pigmentosum from two families were presented. One of the patients was a 17-year-old peasant girl, the fourth daughter of a couple who were first cousins before marriage. A squamous cell carcinoma was found in her right medial canthus when she was 15. The tumor disappeared after x-ray treatment but recurred one year after. The cancerous ulcer was 4 cm in diameter and involved the internal half of the right cornea on admission. In addition multiple brownish spots were seen scattering all over her face, eyelids, back of the neck, and two upper extremities. The other two patients were a two-year-old girl and a three-year-old boy, the parents of whom were also first cousins before marriage.

The clinical manifestations, prevention, and treatment of this malady were reviewed and discussed.

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net

唾腺腺泡细胞癌50例临床病理分析 （正文见第71页）

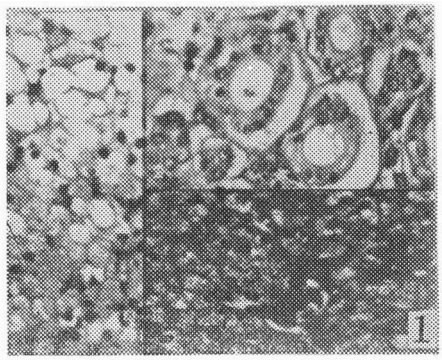


图1 A.图下方为腺泡颗粒细胞，胞浆内为粉染颗粒；B.腺泡颗粒细胞，胞浆为嗜碱性颗粒；C.闰管细胞。H.E ×500

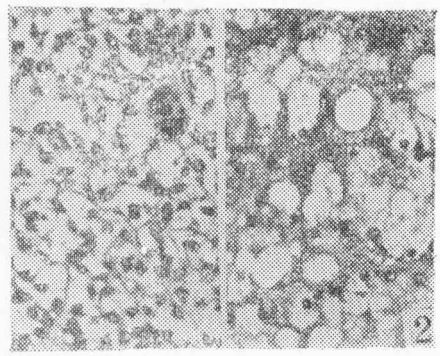


图2 A.透明细胞；B.空泡细胞。H.E×500

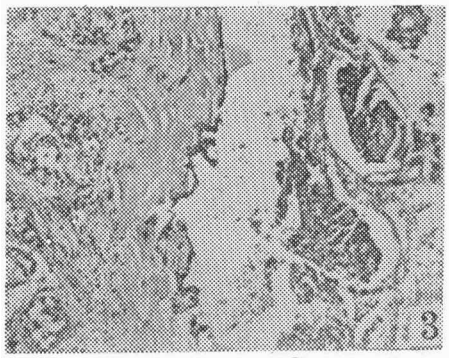


图3 囊性乳头型。囊内瘤细胞呈乳头状，囊壁为纤维组织增生。H.E×128

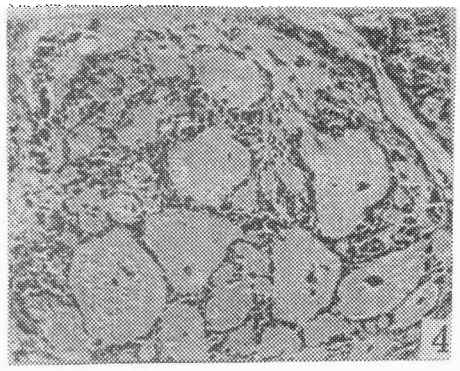


图4 实性筛状型。筛孔大如滤泡，腔内有红染均质的分泌物。H.E×128

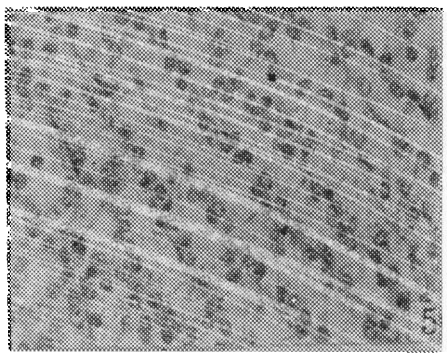


图5 小梁乳头型。腺泡细胞呈小梁或栅栏状排列。H.E×500

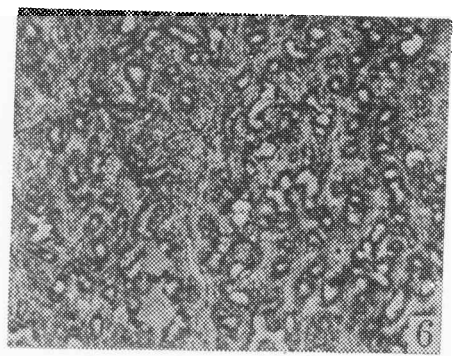


图6 腺泡腺样型。闰管细胞作腺管样结构排列。H.E×128

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net

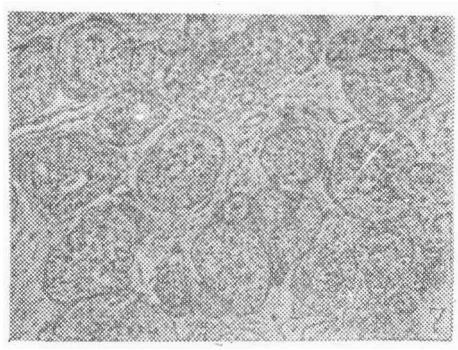


图7 腺泡巢状型。腺泡细胞作巢状，巢内有小的腺腔。H.E×128

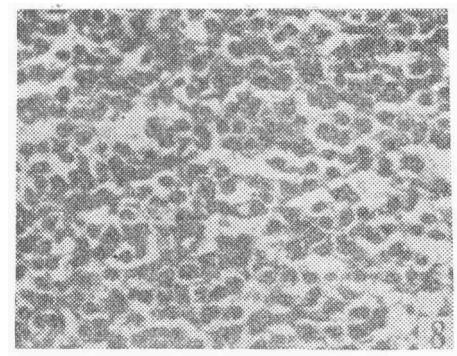


图8 弥漫型。癌细胞有异型性，弥漫排列，胞浆内有颗粒。H.E×500

内窥镜逆行胰胆管造影61例分析（正文见第79页）



图1 肝内胆管结石，左上示左肝管突然中断，右下为胆囊管残端，总胆管、右肝管扩张。



图2 左叶肝癌，左肝顶端呈杯口状中断，向左的二级分支显稀疏，总胆管轻度扩张，胆囊肿大。

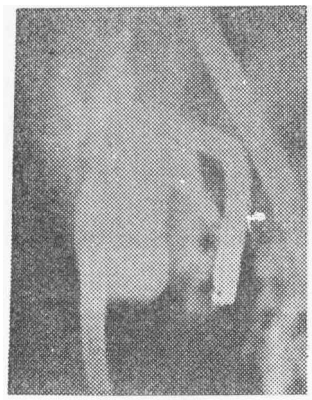


图3 胆囊结石，卧位仅见总胆管增粗，左右肝管扩张，胆囊肿大，内无透光影。

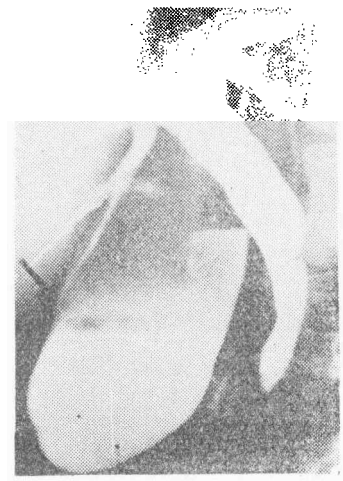


图4 胆囊结石，前例拔管后立位摄片，可见胆囊内有多数小透光影象。

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net