

胰腺浆液性微囊性腺瘤临床病理观察

Clinicopathology of Serous Microcystic Adenoma of the Pancreas

ZHANG Jian-wei, YU Yi-jian, XIAO Ming, et al.

张建伟, 虞义建, 肖明, 甘梅富, 林燕, 郑海红
(台州医院, 浙江台州 317000)

摘要: [目的] 报道 5 例胰腺浆液性微囊性腺瘤(SMAP), 并探讨其临床病理特征、免疫组化表型、特殊染色、鉴别诊断要点。[方法] 对 5 例发生在胰腺的 SMAP 患者进行临床资料分析、光学显微镜观察及免疫组化标记和特殊染色, 并随访。[结果] SMAP 多发生在老年女性, 胰腺体尾部是好发部位, 临床上表现为腹胀、腹痛、腹部包块等症状或在体检时发现。镜下肿瘤由众多小囊腔组成, 囊壁内衬单层立方上皮, 胞质内含糖原。免疫组化肿瘤细胞广谱 CK、CK7 和 EMA 阳性, CK20、Vim、CK5/6、CEA、Syn、CD10、CD34 均阴性, 特染 PAS 阳性。5 例病人随访 5 个月至 2 年余, 未发现复发和转移。[结论] 胰腺浆液性微囊性腺瘤是好发于老年女性患者的良性肿瘤, 多位于胰腺体尾部, 肿瘤切除治疗效果好。

关键词: 胰腺肿瘤; 浆液性微囊性腺瘤; 临床病理学

中图分类号: R735.9 **文献标识码:** B

文章编号: 1671-170X(2012)07-0555-03

胰腺浆液性微囊性腺瘤(SMAP)是一种少见的胰腺外分泌肿瘤, 属胰腺浆液性囊腺瘤的一种亚型, 是由围绕中央星状瘢痕的众多小囊构成的良性肿瘤, 囊内衬形态一致、富含糖原的立方上皮细胞。本文对台州医院病理科 2009 年至 2011 年间外检遇到的 5 例 SMAP 进行临床特征、病理学形态、免疫组化及特殊染色观察, 并结合文献复习探讨其临床病理特征、诊断及鉴别诊断要点。

1 材料与方法

1.1 临床资料

收集 2009 年至 2011 年本院收治的 SMAP 标本共 5 例, 患者均为女性, 发病年龄 47~75 岁, 平均年龄 63 岁。术前有腹痛、腹胀、腹部包块等 3 例, 体检时影像学检查发现 2 例。CT 及术中见肿瘤位于胰体尾和胰尾部分别为 4 例和 1 例, 均为界限清楚的多房性肿块。5 例患者中 1 例术前行 B 超定位下穿刺活检, 病理确诊后行手术切除, 另外 4 例均直接行手术切除。实验室检查血糖及血、尿淀粉酶均正常。

1.2 常规染色和特殊染色

肿瘤组织均经 10% 中性福尔马林溶液固定, 石蜡包埋, 切片厚度 4 μ m, HE 染色和 PAS 特殊染色。在光学显微镜下进行组织形态学和肿瘤细胞胞浆染色情况观察。

1.3 免疫组化

采用 EnVision 法, 所用抗体均为 DAKO 公司产品, 包括

通讯作者: 甘梅富, 主任医师, 学士; 台州医院病理科, 浙江省临海市西门街 150 号(317000); E-mail: zhangjw1979@sina.com。

收稿日期: 2012-01-09; **修回日期:** 2012-03-05

广谱细胞角蛋白(CK)、细胞角蛋白 5/6(CK5/6)、细胞角蛋白 7(CK7)、细胞角蛋白 20(CK20)、上皮膜抗原(EMA)、癌胚抗原(CEA)、内皮细胞标记(CD34)、波形蛋白(Vimentin)、CD10、突触素(Syn)。

2 结果

2.1 组织形态学

肉眼特征: 瘤体和周围胰腺组织分界清楚, 最大径 1~15cm 不等, 切面均呈蜂窝状结构, 微囊直径 0.05~0.5cm 不等, 囊内充满清亮液体。个别病例可见中央星状瘢痕(图 1)。

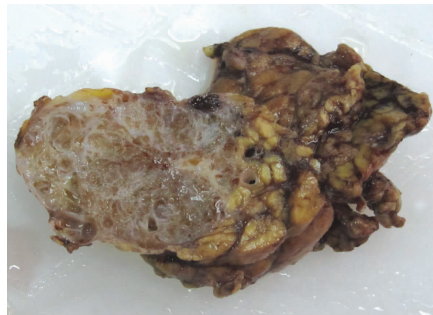


图 1 肿瘤界清, 呈蜂窝状, 一处见星状瘢痕

镜下特点: 肿瘤由众多小囊腔组成, 呈海绵状, 囊内衬以单层立方或扁平上皮细胞, 胞质透明, 极少嗜酸性和颗粒状, 细胞核居中, 圆形、卵圆形, 大小一致, 核仁不明显, 无核异型和核分裂相(图 2、3)。

2.2 特殊染色

肿瘤细胞胞质未经淀粉酶消化的 PAS 染色阳性, 而经淀粉酶消化后的 PAS 染色阴性, 证实肿瘤细胞胞质内富含糖原颗粒。

2.3 免疫组化

5 例 SMAP 患者的肿瘤细胞胞浆均表达 CK(图 4)、CK7、EMA; CK20、Vim、CK5/6、CEA、Syn、CD10、CD34 均阴性。

2.4 随访结果

5 例患者, 时间 5 个月至 2 年不等, 均未发现肿瘤复发或转移。

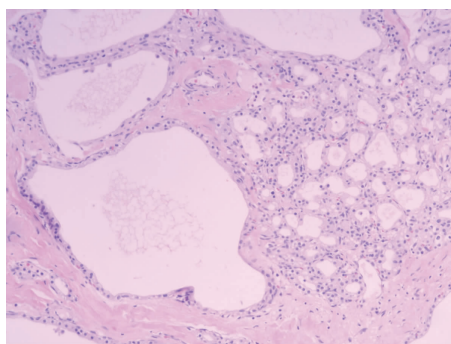


图2 肿瘤由小囊腔构成 (HE×100)

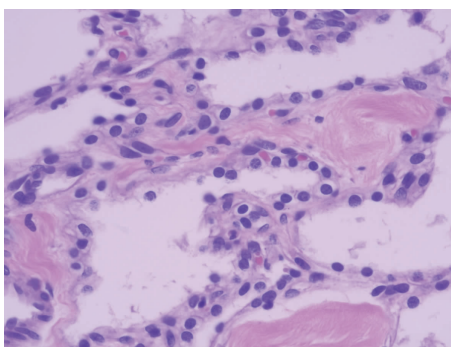


图3 肿瘤细胞为立方状上皮,胞质透明 (HE×400)

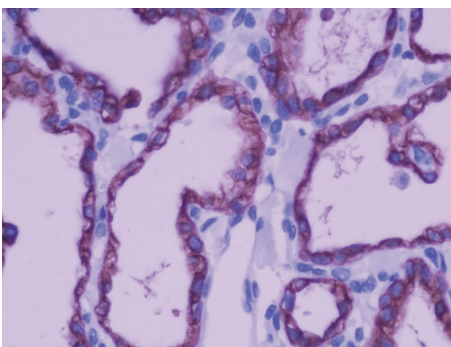


图4 肿瘤细胞胞浆 CK 标记阳性 (IHC×400)

3 讨论

SMAP是发生于胰腺外分泌部位的少见肿瘤,是胰腺浆液性囊腺瘤的一种亚型,至今已有70余例报道。该肿瘤的病因尚未知,最近的分子遗传学研究证实^[1],SMAP有明显的女性患者倾向,与激素水平、遗传因素、von Hippel-Lindau病有关。

3.1 临床特点

该肿瘤罕见,占有胰腺外分泌肿瘤的1%~2%。平均年龄66岁(34~91岁),女性居多(70%),不同种族的患者均有报道^[1]。肿瘤最常见于胰体或胰尾部(50%~75%)。临床上可

无症状,约1/3病例是在常规体检或尸检时偶然发现,2/3的病例由于肿物的局部影响而出现症状,包括腹胀、腹痛、腹部包块、恶心呕吐及消瘦^[1]。本文的5例均符合肿瘤好发于老年女性,且胰体尾是好发部位的特点,临床上可有或无症状,胰腺血清肿瘤标志物正常。超声及CT显示边界清楚的多房性囊肿,有时伴有明显的中央星状瘢痕及日照型钙化,少数患者腹部X线检查可以发现钙化。血管造影可显示肿瘤有丰富的血管^[1]。

3.2 病理特点

SMAP由Compagno等^[2]在1978年首次提出。大体上,SMAP是单个、边界清楚、圆形略有小圆凸的肿物,最大径1~25cm不等(平均6~10cm)^[1]。肿瘤切面呈海绵状,由许多密集排列的小囊腔组成,中央可见星状纤维瘢痕,镜下见囊的排列呈海绵状,内衬单层立方或扁平上皮细胞,含丰富糖原,PAS染色阳性。以上组织病理学特点具有诊断价值。免疫组化广谱CK、CK7、EMA瘤细胞胞浆均呈阳性表达,CK20、Vim、CK5/6、CEA、Syn、CD10、CD34均阴性。与常见的浆液性囊腺瘤上皮表达一致。

3.3 诊断和鉴别诊断

SMAP的CT表现较为特异,即蜂窝状囊性肿块、边界清、中央瘢痕钙化^[3]。依据病理组织学特点、免疫组化及PAS染色可明确诊断。其组织形态学需与以下肿瘤鉴别:①胰腺浆液性微囊性腺瘤:组织形态学与SMAP相似,但有间质浸润和(或)转移,有些囊腺瘤细胞异型性明显,DNA为异倍体^[4]。耿敬妹等^[5]报道1例胰腺浆液性微囊性腺瘤,细胞形态无异型,但脾和胃壁已有浸润,故细胞形态学不是两者鉴别的关键点。②实性-囊性(乳头-囊性)肿瘤:多见于少女和年轻妇女(10~35岁),男性少见。大多数肿瘤位于胰头部或胰体部。切面分叶状,浅棕色,囊实性,夹杂出血、变性区及坏死区。光镜下瘤细胞大小一致,排列成实性片块伴不同程度硬化。变性坏死区因细胞解离而形成假乳头和小囊,偶尔可见胆固醇结晶和肉芽肿。瘤细胞胞浆嗜酸或空泡状,细胞内和细胞间可见PAS阳性小体,核分裂罕见^[5]。免疫组化Vim、 α -ATT常呈弥漫强阳性表达,部分肿瘤细胞表达NSE、Syn、CgA^[6]。③胰腺浆液性寡囊性腺瘤(SOAP):和SMAP具有相似的临床病理特点,两者的肿瘤细胞具相同的组织学形态、PAS染色、免疫组化结果、电镜超微特征;两者的鉴别要点仅为构成肿瘤的囊腔数量和大小。因此认为,SMAP和SOAP是同一个病理概念的组织形态学变异^[7]。④黏液性囊性肿瘤(MCN):属于恶性或恶性潜能不明的肿瘤,一般发现后应及早手术切除^[8]。囊腔被覆上皮为高柱状黏液上皮,常形成乳头。由于SMAP的CT表现较典型,影像学检查可作为术前SMAP和MCN鉴别的主要方法之一。另外可以联合细针穿刺活检、囊液CEA定量分析(胰腺浆液性囊腺瘤的CEA含量<5ng/ml^[9])来判别。⑤胰腺淋巴管瘤:淋巴管瘤管腔一般较大,腔内可见或多或少的淋巴细胞,内衬单层扁平内皮细胞,胞质内无糖原,CK阴性,

FVIII和CD34 阳性, 间质内有淋巴细胞甚至淋巴滤泡形成, 偶见平滑肌束。

3.4 治疗与预后

SMAP 为良性肿瘤, 一般生长缓慢, 患者可以随访, 当肿瘤体积大、临床症状明显、与黏液性囊性肿瘤或胰腺浆液性微囊性腺瘤难鉴别时, 可行手术切除, 患者预后良好, 无严重并发症及复发或转移^[7]。本文的 5 例 SMAP 经手术完整切除后, 随访观察预后均良好。

参考文献:

- [1] Hamilton SR, Aaltonen LA. 虞积耀, 崔全才译. 消化系统肿瘤病理学和遗传学 [M]. 北京: 人民卫生出版社, 2006.277-279.
- [2] Compagno J, Oertel JE. Microcystic adenomas of the pancreas (glycogen-rich cystadenomas): a clinicopathologic study of 34 cases [J]. Am J Clin Pathol, 1978, 69(3):289-298.

- [3] Sarr MG, Kendrick ML, Nagorney DM, et al. Cystic neoplasms of the pancreas: benign to malignant epithelial neoplasms [J]. Surg Clin North Am, 2001, 81(3):497-509.
- [4] 武忠弼, 杨光华. 中华外科病理学 [M]. 北京: 人民卫生出版社, 2002.947-948.
- [5] 耿敬妹, 宋鸿涛, 王艳颖. 胰腺浆液性微囊性腺瘤临床病理观察 [J]. 诊断病理学杂志, 2006, 13(5):340-342.
- [6] 李兆丽, 尹勇, 鲁常青等. 胰腺实性假乳头状瘤临床病理分析 [J]. 肿瘤学杂志, 2008, 14(10):841-843.
- [7] 袁菲, 高亚博, 吴华成等. 52 例胰腺浆液性囊腺瘤临床病理分析 [J]. 诊断学理论与实践, 2008, 7(6):621-624.
- [8] Goh BK, Tan YM, Cheow PC, et al. Cystic neoplasms of the pancreas with mucin-production [J]. Eur J Surg Oncol, 2005, 31(3):282-287.
- [9] Le Borgne J, de Calan L, Partensky C, et al. Cystadenomas and cystadenocarcinomas of the pancreas: a multiinstitutional retrospective study of 398 cases. French Surgical Association [J]. Ann Surg, 1999, 230(2):152-161.

膀胱微乳头型尿路上皮癌 8 例报道

Micropapillary Urothelial Carcinoma of the Urinary Bladder: A Report of 8 Cases
PAN Lei, WU Xiu-ling

潘磊¹, 吴秀玲²

(1. 永嘉县人民医院, 浙江 温州 325100;

2. 温州医学院第一附属医院, 浙江 温州 325000)

摘要: 泌尿道尿路上皮微乳头癌少见, 具独特组织学结构, 且转移率和复发率高。报道 8 例膀胱微乳头型尿路上皮癌, 并结合文献分析其临床病理特征。

关键词: 膀胱肿瘤; 微乳头癌

中图分类号: R737.14 **文献标识码:** B

文章编号: 1671-170X(2012)07-0557-02

浸润性微乳头癌是一种具有独特组织学亚型的癌^[1], 这类伴微乳头结构的癌在发现时已属晚期, 常伴淋巴结转移及广泛的淋巴管瘤栓, 因而具有高度侵袭性。泌尿道尿路上皮微乳头癌较少见, 是新近提出的尿路上皮癌亚型, 它不仅具有独特的组织学结构, 且具有很高的转移率和复发率等临床特点。现笔者报道 8 例尿路上皮微乳头癌, 并结合文献分析其临床病理特征。

1 临床资料

1.1 一般情况

8 例膀胱肿瘤患者, 其中男性 7 例, 女性 1 例, 年龄 54~

73 岁(平均年龄 67 岁)。临床表现为无痛性血尿, 其中并发膀胱结石 1 例, 腰部不适 1 例, 1 例膀胱内微乳头癌伴有尿路上皮乳头状癌, 1 例首先出现左颈部淋巴结转移性癌, 17 个月后才出现肉眼血尿。随访 2~23 个月(平均 17.5 个月)后均死亡, 其中 4 例死于肺转移, 3 例死于肝转移, 1 例死于骨髓转移。

1.2 病理检查

1.2.1 巨检

6 例膀胱肿瘤呈单个乳头状突起, 大小约 3.0cm×2.0cm 至 4.5cm×3.0cm 不等, 另 2 例为膀胱内多发性乳头状突起病灶, 大小约 0.5cm×0.3cm 至 4.5cm×2.0cm 不等, 灰白, 质地较脆, 易于脱落, 3 例肿瘤基底部膀胱壁增厚, 灰白色。

1.2.2 镜检

8 例肿瘤细胞均见桑椹状或微乳头状排列(图 1), 乳头无纤维血管轴心, 与周围间质有明显的空隙; 瘤细胞核大深染, 不规则, 或呈泡状, 核仁明显, 核分裂多见; 胞质中等量,