

胰腺浆液性微囊性腺瘤临床病理特征分析

An Analysis of Clinicopathological Features for Serous Microcystic Adenomas of Pancreaseas

MAO Jian-ying, JI Xue-xian, XU Xin-hong

毛建英, 嵇学仙, 徐信洪

(德清县人民医院, 浙江 德清 313200)

摘要: [目的] 探讨胰腺浆液性微囊性腺瘤临床病理特点、诊断及鉴别诊断要点。[方法] 对德清县人民医院外检所遇 3 例胰腺浆液性微囊性腺瘤进行临床病理分析。[结果] 胰腺浆液性微囊性腺瘤好发于老年女性, 临床症状不明显。病理检查肿瘤为大小不等海绵状小囊, 衬覆扁平或低立方上皮细胞及肌上皮, 细胞无异型性, 囊壁间为粗大的纤维结缔组织间隔。免疫组化显示囊壁细胞 EMA(上皮膜抗原)和 Keratin(角蛋白)阳性; CA199(糖链抗原 19-9)、ER(雌激素受体)、PR(孕激素受体)和 VIII 因子(凝血因子 VIII)阴性, Ki-67 阳性低于 2%。[结论] 胰腺浆液性微囊性腺瘤临床罕见, 其诊断和鉴别诊断主要靠病理组织学和免疫组化检查, 结合术前影像学结果。

关键词: 胰腺肿瘤; 浆液性微囊性腺瘤; 病理学, 临床

中图分类号: R735.9 **文献标识码:** B

文章编号: 1671-170X(2012)12-0973-02

胰腺浆液性微囊性腺瘤 (serous microcystic adenomas of pancreaseas, SMAP) 是一种罕见肿瘤, 占所有胰腺外分泌肿瘤的 1%~2%^[1]。该肿瘤以老年妇女多见, 平均发病年龄 66 岁 (34~91 岁), 70% 为女性, 好发于胰体、尾部, 一般单发, 偶为多发。临床症状不明显, 常在体检时发现, 部分因腹痛、腹部包块、恶心、呕吐及消瘦而就诊。其确诊主要依赖于术后标本的病理检查。现对德清县人民医院外检中遇到 3 例病例结合文献报道分析如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

德清县人民医院 2004 年 2 月至 2012 年 2 月间收治 3 例 SMAP 患者, 所有病例均为女性, 年龄 50~63 岁。体检发现 1 例, 因左上腹包块就诊 2 例。病史 1 周至 2 个月。影像学检查提示胰尾部占位 2 例、胰体部占位 1 例。临床均无特异性症状及阳性体征, 血生化、肿瘤标志物检查亦无异常发现。3 例患者予择期剖腹探查, 行肿瘤加胰腺部分切除术, 术后标本送病理检查。患者术后恢复均良好, 对症支持治疗后痊愈出院。随访 5~96 个月, 患者均健在。

1.2 免疫组化检查

标本经 10% 中性福尔马林固定、石蜡包埋、常规制片、HE 染色。免疫组化采用 SP 法, 所用抗体均为美国 Dako 公司即用型抗体: 上皮膜抗原 (EMA)、角蛋白 (Keratin)、糖链抗原 199 (CA199)、雌激素受体 (ER)、孕激素受体 (PR)、Ki-67 和凝血因子 VIII (VIII 因子)。以 PBS 代替一抗作阴性对照, 以已知阳性片作阳性对照。DAB 显色, 光镜观察。

1.3 病理检查结果

大体检查: 送检肿瘤直径 5.0~11.0cm, 包膜完整, 切面灰

红灰白, 多囊、海绵状, 囊腔小, 直径 0.3~0.8cm, 囊壁厚 0.1~0.3cm, 光滑, 囊内含透明液体或淡黄液体, 2 例可见中央星状瘢痕, 未见钙化。周围少量胰腺组织未见异常改变。

显微镜检查: 肿瘤囊壁衬覆扁平、立方或低立方上皮细胞, 细胞质透亮, 核小居中, 核无异型性, 未见核分裂象, 未见乳头形成, 上皮下可见一层肌上皮。2 例囊壁间见粗大的纤维结缔组织间隔, 部分区域间质玻璃样变性, 未见胰岛细胞。

免疫组化结果: 肿瘤囊壁衬覆细胞 EMA 和 Keratin 阳性; CA199、ER、PR、VIII 因子阴性、Ki-67 阳性低于 2%。

病理诊断: 3 例患者均为胰腺浆液性微囊性腺瘤。

2 讨论

2.1 临床特点

国外学者将胰腺的浆液性囊性肿瘤分为 SMAP、浆液性寡囊性腺瘤、实性浆液性囊腺瘤、VHL 综合征相关的浆液性肿瘤和浆液性囊腺癌^[2]。SMAP 是其中的一种特殊亚型。2006 年 (WHO) 将其定义为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。多见于老年妇女。好发于胰腺体、尾部, 占 50%~70%^[3]。临床症状不明显, 常在体检或尸检中发现。影像学检查提示境界清晰囊性占位, 血流丰富, 偶见钙化。临床可表现为上腹部无痛性包块、腹胀或腹部隐痛不适。如肿瘤发生在胰头时, 可引起恶心、呕吐、消瘦、黄疸等胃肠道或胆道受阻症状。国内个别报道可合并糖尿病^[4], 本组患者血生化检测正常。

2.2 病理特点

SMAP 病理巨检常为单个、境界清楚之圆形肿物, 肿瘤直径 1~25cm 不等, 平均 6~10cm, 切面为海绵状, 由多个微小囊腔组成, 囊壁光滑, 厚 0.1~0.3cm, 囊内含透亮液体, 颇似婴儿多囊肾^[5]。镜下见肿瘤由大小不等囊腔组成, 囊壁内衬覆扁平、立方或低立方上皮细胞和肌上皮, 细胞质透亮, 核小居中, 核无异型性。囊壁乳头缺如或不明显, 约一半病例囊壁间可见中央星状瘢痕。本组 2 例可见星状瘢痕。超微结构显示有明显微绒毛及正常腺泡中心细胞相似的结构特征^[5]。免疫组化显示肿瘤细胞 Keratin, EMA 阳性, ER、PR、CA199 和 VIII 因子阴性, Ki-67 阳性低于 2%。本组患者具备较典型的病理巨检、镜检表现和免疫组化结果, 诊断为 SMAP。

2.3 鉴别诊断

SMAP 临床和实验室无特异性, 相对影像学的术前诊断

收稿日期: 2012-09-14; 修回日期: 2012-11-08

具有参考价值。B超、CT常可提示肿瘤边界清楚、囊实性、蜂窝状或类实质样回声,囊壁或分隔处可测及点线状彩色血流及动脉血流曲线,如有钙化则强回声伴声影^[6]。本组3例,可能因基层医院原因,未做CT,B超简单提示为胰腺占位。参考意义相对不大。病理形态上需要鉴别的疾病有:①胰腺黏液性囊腺瘤。此瘤为胰腺导管上皮发生的良性肿瘤,好发于中年人,大体为囊性肿物,切面多房,囊壁常可见乳头,囊内含白色、混浊黏液或血性液体;囊壁内衬单层高柱状黏液上皮。连续切片可见细胞有异型性,囊壁间隔纤维结缔组织较薄,常为卵巢样间质富于细胞。②胰腺淋巴管瘤。此瘤体积常较大,囊壁内衬扁平上皮,糖原染色阴性,免疫组化Keratin阴性,Ⅷ因子阳性,纤维间质内可见多少不等的淋巴细胞,且可形成淋巴滤泡。嗜银染色可有嗜银膜包绕。③胰腺浆液性囊腺癌。与此病变的鉴别主要是瘤细胞的异型性和组织结构的异型性。胰腺浆液性囊腺癌细胞大小不等,核形异常,核质比例失调,可见核仁及病理性核分裂,凝固性坏死和间质浸润,Ki-67阳性指数增加。

2.4 治疗和预后

SMAP大部分为良性,恶性变的风险很小,单纯切除常可治愈。至于手术方式,我们认为应与肿瘤部位、体积、良恶性

的判断、患者全身情况综合分析。但有报道胰腺浆液微囊性腺癌,其原发瘤和肝、胃的转移灶中肿瘤的组织学形态与诊断为良性者非常相似^[5]。故对SMAP患者我们建议要长期随访。也有学者认为手术并发胰瘘的风险可达28.6%^[4],故建议考虑随访。本组患者术后随访5~96个月,均健在。

参考文献:

- [1] Hamilton SR, Aaltonen LA 主编. 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] 陈波, 倪型灏, 蒋友华. 胰腺浆液性微囊性腺瘤临床病理分析[J]. 中华肝胆外科杂志, 2012, 18(3): 176-179.
- [3] 耿敬殊, 宋鸿涛, 王艳颖. 胰腺浆液性囊腺癌临床病理观察[J]. 诊断病理学杂志, 2006, 13(5): 340-342.
- [4] 伍健, 张晓莹, 费绍华. 胰腺浆液性微囊性腺瘤临床病理分析[J]. 肿瘤防治研究, 2010, 37(12): 1420-1422.
- [5] Rosai J 主编. 回允中译. ROSAI ACKERMAN 外科病理学(上册)[M]. 第9版. 北京: 北京大学医学出版社, 2006. 1075-1076.
- [6] 张晖, 王文平, 徐智章. 胰腺浆液性囊腺瘤的超声诊断价值[J]. 上海医学影像, 2008, 17: 283-285.

《肿瘤学杂志》投稿须知

1. 文稿务必材料可靠, 数据准确, 论点清楚, 论据充足, 结论明确。

2. 文字通顺、准确和简练, 重点突出, 层次清楚。论著需附结构式摘要, 包括目的、方法、结果、结论四部分。中文摘要200~300字; 英文摘要务必与中文摘要一一对应翻译。英文摘要前加英文文题、作者姓名汉语拼音、单位英文全称、所在城市名及邮政编码。

3. 所列参考文献限作者亲自阅读的已发表的近3年文献为主, 按文内引用先后顺序列于文末, 并在正文内引文处右上角以[]号注明序号。具体格式举例如下:

期刊: [序号]作者(3位以下全部写出, 不同作者姓名中间加逗号, 英文文献作者为姓全称, 加名缩写; 3位以上时只写前3位, 于后加“等”或“et al.”)文题[J]. 刊名(英文为缩写), 年, 卷(期): 起页-止页。

书籍: [序号]作者. 书名[M]. 版本. 出版地(即城市名): 出版者, 出版年. 起页-止页。

学位论文: [序号]作者. 学位论文名[D]. 城市: 培养单位, 年。

电子文献: [序号]作者. 题名[电子文献类型]. 可获得的网址, 发表或更新的日期。

其中, 电子文献类型, 是网上期刊时, 用[J/OL]; 是网上电子公告时, 用[EB/OL]; 是网上联机数据库时, 用[DB/OL]。

4. 有通讯作者的文稿, 请在文章首页左下角注明通讯作者职务、职称、学位、工作单位(详细到科室)、详细通讯地址(邮编)和E-mail。

5. 请E-mail投稿, E-mail: zlxzz04@126.com。请勿投寄给个人。文稿以Word排版、附件形式发送, 并在主页上注明单位及详细联系方式。同时请寄纸样打印稿1份、单位介绍信、基金证明复印件和稿件处理费20元。来稿内容若受国家或省、厅级项目资助请在正文首页脚注中说明, 并附基金资助证明复印件。

为了便于与作者(通讯作者)及时联系, 缩短文稿处理的时间, 请作者(通讯作者)务必在邮件主页留下手机号码、E-mail地址! 本刊将主要通过电子邮件与作者(通讯作者)联系, 文稿投出后请随时查看所留E-mail地址的电子信箱。

6. 编辑部对来稿有文字修改权, 凡涉及内容的修改, 则提请作者考虑, 文责自负。文稿一般不退, 请作者自留底稿。来稿一经录用, 收取一定版面费, 发表后寄赠当期杂志2册并酌付稿酬。