

放射病理学讨论

胰腺乳头状囊性肿瘤

Papillär-zystischer Tumor des Pankreas

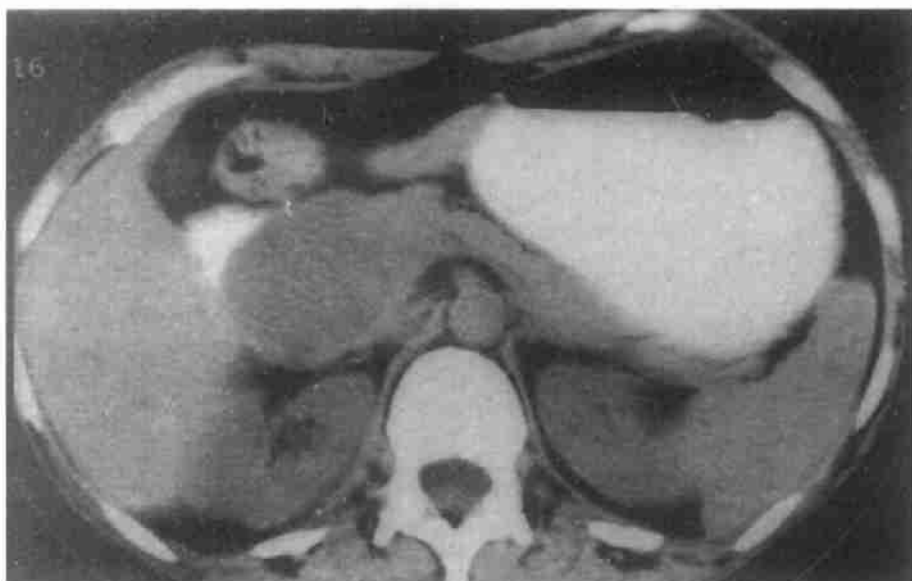
Elmar Merkle, Orpheus Kolokythas, Morco Siech, Andrik J. Aschoff

一例 30 岁女病人,主诉持续腹泻 6 个月。常规上腹部超声检查见胰头部有一 5cm 大小的不均匀的占位病变;接着 CT 显示胰头部有一低密度、边界光滑的占位病变,其造影剂吸收较少(图 1)。ERP(图 2)中见胰导管延长,未见中断,此外,突出的是,在占位病变范围内未发现胰导管的侧分支。在肠系膜腹动脉造影中未见血管溃浊征。在保留幽门的部分十二指肠胰腺切除术后,未出现并发症。切除标本肉眼发现一质软的直径达 4.5cm 的肿瘤,与胰腺分界清楚地被周围实质所包裹。其切面上除灰褐色部分外也有分解的明显出血部分。

组织学上肿瘤由 3 种成分组成:大部分是乳头状结构(图 3a),它由细小的部分充填

红细胞的腔隙所分隔,其中央是毛细血管。此外,还可见坚实的肿瘤细胞结构及肿瘤囊性疏松,此囊性空腔常充填有红细胞,在所有单形细胞相和核相极少发现核分裂。个别的且只在显微镜下可见在胰腺交界的腺小叶内有少量侵入性隆起的肿瘤带(图 3b)。此肿瘤主要为耐淀粉酶,细胞内及细胞外 PAS(染色)阳性和明显的细胞角蛋白阳性表现,这和其它免疫组织化学的附加检查支持上皮起源,而非神经内分泌起源。

此肿瘤为乳头状囊性胰腺肿瘤(同义词:坚实的囊性腺泡细胞瘤,乳头状上皮肿瘤或者按 1959 年首次报导者 Virginia K. Frantz 女士命名为 Frantz 肿瘤)。该肿瘤极罕见(至今大约报道了 100 例),大多见于女性(95%),



Universitätsklinikum Ulm, Abt. für Diagnostische Radiologie.

图 1a) CT:胰头部的低密度占位病灶。



图 1b) 造影剂增强的 CT: 肿瘤仅吸收少量造影剂。

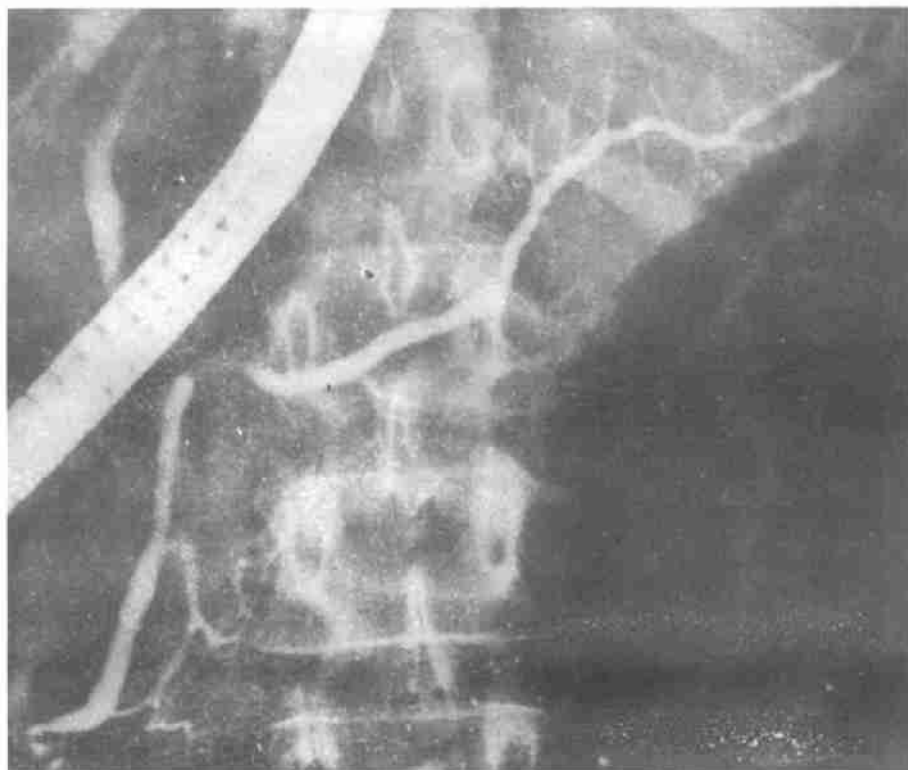


图 2 ERP: 胰腺管伸延, 而无管道中断。

其与激素的关系尚在研究, 因为部分可证实
在这种肿瘤细胞有雌激素和孕激素受体。

84% 的病人诊断时年龄在 30 岁或 30 岁以
下。这种肿瘤是否起源于腺泡上皮或导管上

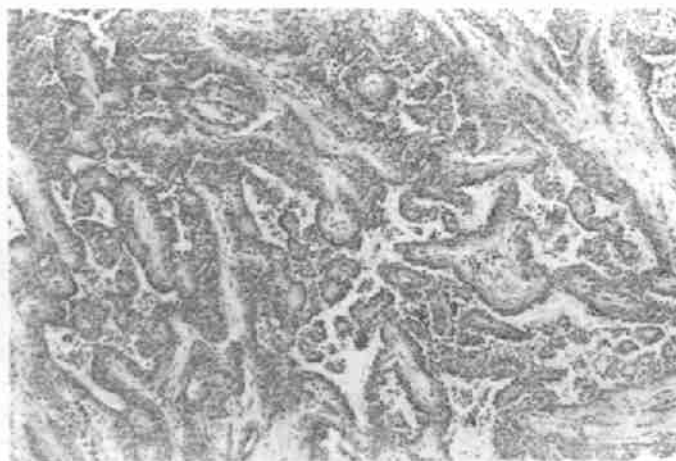


图 3a) 乳头形成和红细胞(HE 染色, 100 倍放大)。

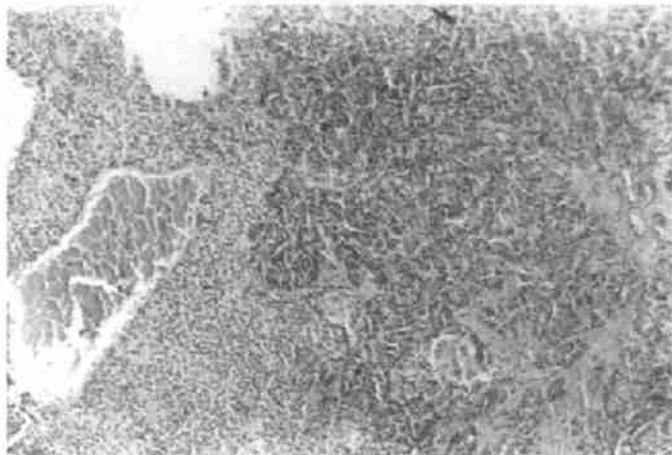


图 3b) 囊性出血性肿瘤带(左)侵入胰实质(HE 染色, 100 倍放大)。

皮, 还有争议。在分化方面乳头状囊性胰腺肿瘤是良性的, 但部分也有潜在的恶性, 有少数转移率。尽管组织学可证实乳头部分的肿瘤高度血管化, 而 CT 只显示少数造影剂贮积。这种矛盾的原因可能是重复出现的囊性肿瘤区域缺乏血管形成; 另一可能性是, 不是所有形态学上证实的毛细血管都得到灌注。鉴别诊断有恶性腺泡细胞瘤、微小囊性腺瘤、粘液囊性肿瘤、囊性变的内分泌肿瘤, 但也可考虑

到胰腺假性囊肿。对年轻女性仅有轻微症状的大的胰腺囊性分界清楚的占位病变常常应考虑为乳头状囊性肿瘤, 因为这种肿瘤预后良好, 可切除治愈。

同济医科大学附属同济医院

汪 玲 译

陈夏丰 校

Röntgenpraxis, 1996, 49: 35-36

(1997-01-13 收稿)