

原发性肺恶性血管外皮细胞瘤一例

宋琦 丁蓓 杜联军 潘自来 何国祥

【中图分类号】R734.2 【文献标识码】D 【文章编号】1000-0313(2002)02-0184-01

血管外皮细胞瘤较为少见,是一种起源于小血管外皮细胞的潜在恶性肿瘤。好发于大腿、盆腔和后腹膜的软组织内,很少发生于肺组织。据文献报道发生于肺组织内的血管外皮细胞瘤不超过 100 例。现将我院经手术、病理证实的一例肺原发性恶性血管外皮细胞瘤报告如下,并作文献复习。

病例 患者,男,34 岁。因阵发性咳嗽伴痰中带血丝,突发咯血 30ml 入院。胸片及 CT 示左肺上叶后段 46mm×47mm 团块状软组织影,密度尚均匀,边缘不规则,呈分叶状,无钙化及空洞(图 1、2)。痰找脱落细胞阴性,纤维支气管镜检查未发现支气管腔内新生物,CT 引导下肿块穿刺活检提示左肺上叶慢性炎症,并见个别异型细胞。第一次手术诊断为左肺上叶慢性炎症性肿块,予部分切除,术后二月余患者感左胸痛,咳嗽加剧并伴咳深褐色痰,再次 CT 扫描示肿块增大,即行左胸探查术,术中见左肺上叶肿块内出血,血肿形成,胸膜广泛结节,肺动脉

旁、隆突下均有肿大淋巴结,从左肺动脉主干到各级分支及左、右肺动脉分叉处均见栓子形成,即行全左肺叶切除。术后病理:肉眼观左肺上叶肿块 50mm×42mm×60mm,切面灰红、灰白,部分有出血、坏死。镜检示肿瘤细胞丰富,胞浆丰富,部分透亮,细胞核异型性明显,大小不一,核仁消失,其间血管丰富,呈网状(图 3)。免疫组化及网状染色显示肿瘤细胞在网状纤维外。最终病理诊断:左肺上叶恶性血管外皮细胞瘤,肺动脉内广泛性肿瘤栓子形成。

讨论 临床上原发性肺血管外皮细胞瘤多发生于老年患者,无性别差异,常常无临床症状。本肿瘤的良、恶性很难由组织学形态来判断。目前普遍认为瘤细胞核分裂相多、肿瘤增大和病灶内出血及坏死是恶性的表现,尤其当肿瘤内出现坏死灶是恶性的可靠依据。Yousem 和 Hochholzer 提出其恶性标准为胸壁或纵隔受侵犯,血管或淋巴受累及,以及病变复发或转移。

在 X 线影像学上,血管外皮细胞瘤无特征性表现,可发生于肺的中心或外围,胸片常表现为无钙化的实质性肿块,可伴有胸腔积液。CT 增强扫描表现为肺部实质性肿块,可含有中心性坏死区,MRI 可显示出出血区。肺血管外皮细胞瘤可引起瘤外症候群,所谓瘤外症候群指的是低血糖症、高血压、肺性骨关节病、凝血性病变等。本例肺血管外皮细胞瘤出现患侧肺动脉内广泛性血栓形成,可能与肿瘤造成血液高凝状态有关。有作者认为瘤外症候群虽给治疗带来了困难,但瘤外征象可作为一种指标,以此来监测手术和肿瘤复发的情况。由于血管外皮细胞瘤具有潜在恶性、良恶性难辨、放疗不敏感和局部复发的倾向,因此,在治疗上多以手术切除为最佳选择。

参考文献

- 1 Wu YC, Wang LS, Chen W, et al. Primary pulmonary malignant hemangiopericytoma associated with coagulopathy[J]. Ann Thorac Surg, 1997, 64(3): 841-843.
- 2 Katz DS, Lane MJ, Leung AN, et al. Primary malignant pulmonary hemangiopericytoma[J]. Clin Imaging, 1998, 22(3): 192-195.

(2001-05-23 收稿)

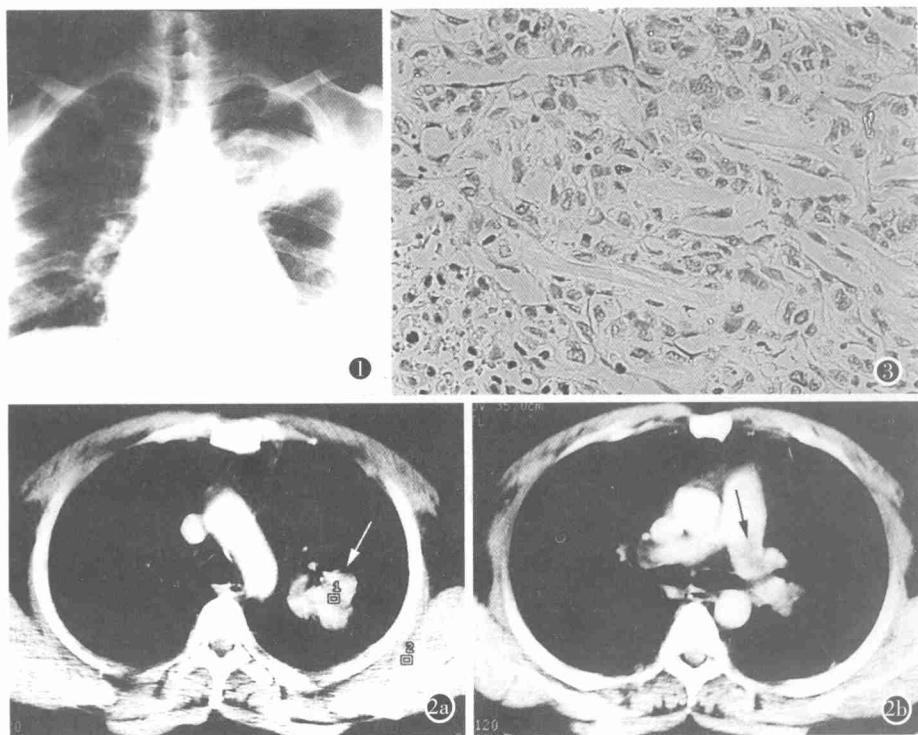


图 1 后前位胸片见左肺上叶团块影,密度尚均匀,边缘不规则,无钙化及空洞,左侧第 5 肋已手术切除。

图 2 胸部 CT 增强轴位像,左肺上叶后段 46mm×47mm 团块状软组织影,分叶状,病灶有强化改变(箭)。经肺动脉平面轴位像见左肺动脉内血栓形成(箭)。

图 3 病理切片 HE 染色(×40):肿瘤细胞丰富,胞浆丰富,部分透亮,细胞核异型明显,大小不一,核仁消失,其间血管丰富,呈网状。

作者单位:200025 上海第二医科大学附属瑞金医院放射科
作者简介:宋琦(1972~),女,浙江人,主治医师,主要从事胸腹部 CT、MRI 影像诊断。