

• 病例报道 •

胰腺实性-囊性乳头状上皮性肿瘤一例

杨朝湘, 饶绘

【中图分类号】R814.42; R445.2; R735.9 【文献标识码】D 【文章编号】1000-0313(2006)02-0208-02

病例资料 患者,男,30岁。无明显诱因出现左上腹痛3天,影像学检查提示胰尾占位性病变入院。腹痛呈持续性隐痛,腹平软,无压痛、反跳痛、无发热、恶心、腹胀、腹泻。未触及明显包块。实验室检查:肝功能及血尿粪常规正常,CA-199(一)。

CT示胰尾部团块状占位性病灶,与胰尾相连,界限不清,约 $5.0\text{ cm} \times 6.2\text{ cm}$,密度欠均匀,CT值 $26 \sim 50\text{ HU}$ (图1)。肿块灶周边部可见不规则点状、条索状高密度钙化灶。MRI示胰尾处类圆形占位灶,除与胰尾分界不清外,界限较清楚,与脾静脉粘连。 $T_1\text{WI}$ 上呈稍高于肝脏信号的大致均匀信号,周边绕以包膜样低信号带(图2)。 $T_2\text{WI}$ 上肿块信号明显不均匀,呈低-高混杂信号,低信号区与高信号区呈交错状(图3)。Gd-DTPA增强后示肿块周边包膜样强化,肿块内仅呈少许强化(图4)。

行全麻加硬膜外麻下胰尾肿瘤根治术。肿瘤位于胰尾部,质硬,部分呈灰白色,与脾门大血管粘连。腹内未见明显转移灶。于胰尾部距胰尾肿瘤2cm外离断切除胰尾、胰腺肿瘤并行脾全切。

送检包块约 $4.0\text{ cm} \times 5.0\text{ cm} \times 6.5\text{ cm}$,呈囊实性。囊内为红褐色粗颗粒状物。镜下见瘤细胞呈圆形或椭圆形,大小一

致,排列成片状及假乳头状。胞质界限清楚,呈透明或嗜酸性细颗粒状。肿瘤实质内分布较多粘液变性及蓝染的团块状、颗粒状钙化(图5、6)。免疫组化:肿瘤细胞CK18(+),Vim(+),NSE(+)。病理诊断:胰腺实性-囊性乳头状上皮性肿瘤。

讨论 实性-囊性乳头状上皮性肿瘤(solid-cystic papillary epithelial neoplasm)为发生于胰腺的少见肿瘤。于1959年首次报道,国内外文献报道较少,附有影像学资料者则更少。从已报道的病例来看,以女性多见,男性极少见^[1,2]。以20~35岁为相对好发年龄段。

对于本病的CT表现,大多数报道描述为呈囊实性肿块,境界清楚。实性部分多呈与肌肉组织等密度。囊壁和肿块内偶可见钙化。CT增强后囊壁和实性部分明显强化。发生于胰头部者较少引起胰胆管梗阻性扩张^[3]。本例CT表现大致与报道的相似。较特殊的一点在于肿瘤边缘部有较多钙化灶。章士正等^[4]报道的一例发生于胰头部,其肿瘤表现为 $T_1\text{WI}$ 上呈等-低信号,其间夹杂高信号出血灶; $T_2\text{WI}$ 上肿块内见乳头状高信号及不规则低信号;增强后肿块不均匀性强化,囊壁及实性部分强化明显。本例MRI表现较为特殊, $T_1\text{WI}$ 上除周边包膜样低信号外均呈短 T_1 较高信号,而 $T_2\text{WI}$ 上有较大范围低信号

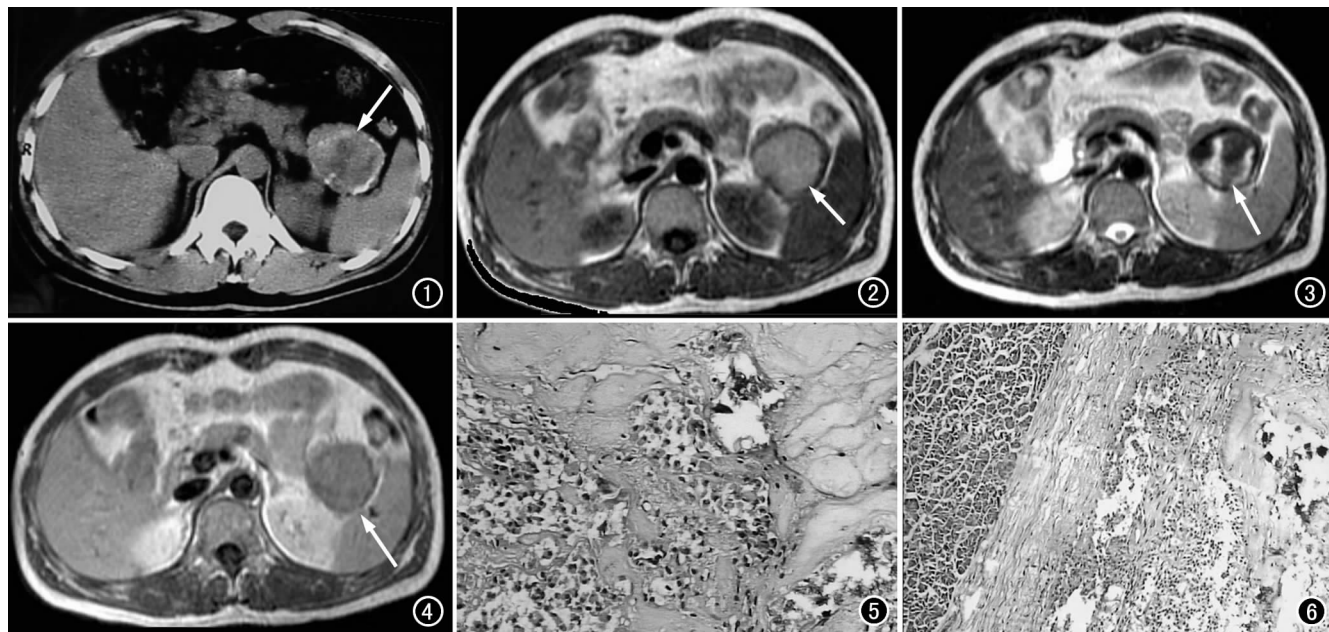


图1 CT平扫示胰尾部占位性病变(箭),周边部环状钙化,内部密度不均。图2 MRI $T_1\text{WI}$ 示肿瘤周边呈低信号,内部较高信号(箭)。图3 MRI $T_2\text{WI}$ 示肿块信号明显不均匀,呈低-高混杂信号(箭)。图4 增强MRI示肿块周边包膜样强化(箭),肿块内仅呈少许强化。图5 病理片镜下显示肿瘤内钙化颗粒,周边为间质粘液样变,可见瘤细胞($\times 200$, HE)。图6 病理片镜下显示肿瘤与胰腺交界区,左为胰腺组织,中间部分为肿瘤包膜,右为肿瘤组织,瘤内见钙化($\times 200$, HE)。

区,结合 CT 表现及病理镜下所见,考虑 T_2WI 低信号区由肿瘤实性部分内散在分布较多的退变钙化所致。相关病理报道提到肿瘤实质内可见粘液变性的较多,而钙化则提及的较少^[5]。结合本例镜下见钙化团块周围多有大量粘液变性这一事实,考虑本例钙化较多可能为肿瘤实质内粘液变性进一步退变,钙盐沉着所致。至于本例是否为此病中特殊的一型,以及 T_2WI 上较特殊表现是否具有特征性,尚需积累病例来证实。

参考文献:

- [1] Todani T, Shimada K, Watanabe Y, et al. Frantz's Tumor, a Papillary and Cystic Tumor of the Pancreas in Girl[J]. J Pediatric Surg, 1988, 23(2):116-121.

- [2] 杨珏,陈福真.胰腺实性乳头状上皮性肿瘤的诊断和治疗[J].中国实用外科杂志,1995,15(12):763-764.
- [3] Buetow PC, Buck JL, Pantongrag-Brown L, et al. Solid and Papillary Epithelial Neoplasm of the Pancreas: Imaging-Pathologic Correlation on 56 Cases[J]. Radiology, 1996, 199(3):707-711.
- [4] 章士正,谭华桥,邓丽萍.胰腺囊实性乳头状上皮性肿瘤的 CT、MRI 诊断[J].中华放射学杂志,2003,37(10):936-938.
- [5] 穆殿斌,刘自芬,贺爱丽.胰腺实性-囊性-乳头状上皮性肿瘤 1 例[J].临床与实验病理学杂志,2003,19(1):106-107.

(收稿日期:2005-08-20)

腹膜后原始神经外胚层肿瘤一例

· 病例报道 ·

李强,张峻

【中图分类号】R814.42; R445.2; R735.4 【文献标识码】D 【文章编号】1000-0313(2006)02-0209-01

病例资料 患者,女,29岁。右侧腰部疼痛3个月,加重5天。体检:全身浅表淋巴结未及肿大。腹平软,未扪及明显包块,肝脾肋下未及。右肾区叩痛(+)。彩超提示右腹膜后非匀质实质性包块。CT平扫:右腹膜后见8.0 cm×5.5 cm×15.0 cm大小软组织样肿块,CT值约58 HU,密度欠均,境界较清楚,上达横膈下,下平L₅椎体水平,占位效应明显,肝右叶、右肾等邻近器官受压、移位,右肾下极受压向前外方移位、变形(图1a)。增强见肿块明显不均匀强化(图1b)。MRI示右腹膜后肿块呈长T₁、长T₂信号,信号不均匀,周边可见不完整包膜样低信号;增强肿块呈不均匀强化(图2)。CT引导下活检病理诊断:(右腹膜后)小圆形细胞恶性肿瘤。免疫组化:CD99(+),NSE(+),Vim(+),CgA(-),LCA(-),CK(-)。最后诊断为右腹膜后原始神经外胚层瘤。

讨论 原始神经外胚层肿瘤(primitive neuroectodermal tumors, PNET)是一种少见的恶性小圆形细胞肿瘤,肿瘤细胞具有特征性的组织学改变、免疫组化标记物表达及遗传学特点,可分为中枢性和外周性。PNET的病理特点为镜下可见瘤细胞小,排列形状各异,主要呈实性片状、分叶状、腺泡状和索条状^[1,2]。形成典型的Homer-Wright菊形团具有诊断意义,为光镜诊断PNET的必备条件之一;至少2项阳性为免疫组化诊断的条件。免疫组化有助于鉴别小圆形细胞类肿瘤。外周性PNET可发生于任何年龄组,儿童和青少年多见,以男性多发,主要发生于骨骼及软组织。发生在腹膜后罕见,近年国内相关文献仅见4例报道^[1-3]。本例为成年女性患者,病变位置深、体积大、腹膜后器官有明显受压、移位及临床上症状、体征出现较晚的临床特点。影像学定性诊断困难,最后确诊依靠病理组织学及免疫组化分析。

参考文献:

- [1] 何乐健,李佩娟,刘淑荣,等.外周原始神经外胚层瘤和尤文肉瘤的

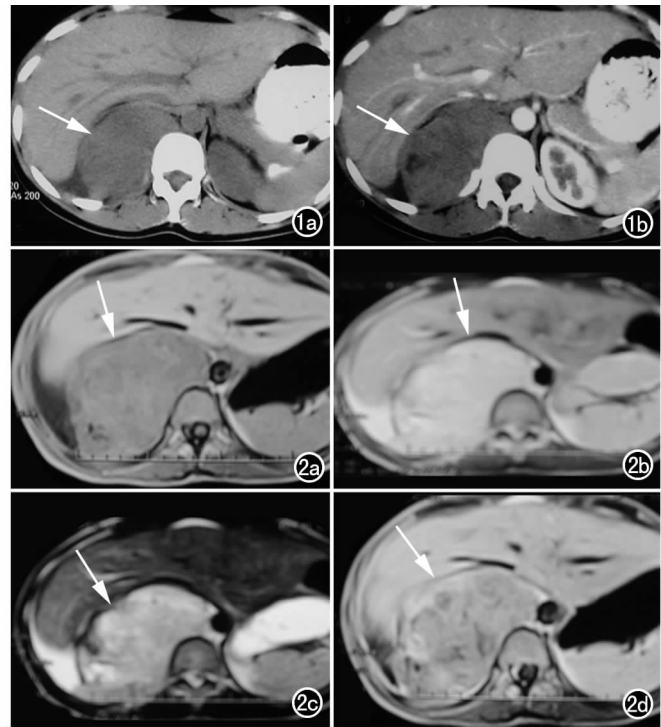


图1 a) CT平扫示右侧腹膜后脊柱旁见类圆形软组织肿块(箭),密度欠均匀,境界清楚,邻近组织器官受压;b)增强示肿块不均匀强化(箭)。图2 MRI示右侧腹膜后肿块呈长T₁、长T₂信号,周边见低信号包膜(箭),增强病变不均匀强化。a) T₁WI; b) PdWI; c) T₂WI; d) T₁WI增强。

临床病理与免疫组化研究[J].诊断病理学杂志,2000,7(4):249-251.

- [2] 孔令非,刘正国,银平章,等.外周原始神经外胚层肿瘤临床病理及免疫组化研究[J].中华临床医药杂志,2002,6(3):26-29.
- [3] 赵金艺,刘正军,张昌庆.原始神经外胚层瘤1例[J].腹部罕见疾病杂志,2004,11(1):54.

(收稿日期:2005-06-03)