

食管恶性纤维组织细胞瘤一例

· 病例报道 ·

朱惠欢, 李良才, 唐秉航, 黄德成

【中图分类号】R814; R735.1 【文献标识码】D 【文章编号】1000-0313(2010)08-0938-01

病例资料 患者,男,57岁,无明显诱因出现进行性吞咽困难约1个月,症状进行性加重。专科检查:胸廓外形正常,肋间隙正常,呼吸运动正常,叩诊两侧轻音,未闻及干湿性啰音,双侧锁骨上未及肿大淋巴结。实验室检查无异常。

胃镜检查:距门齿20cm见食管隆起性肿物,表面粗糙,充血呈蓝色样改变,致管腔明显狭窄,内镜仅可通过,蠕动差,表面附有食物残渣,肿物下缘位于距门齿约30cm,食管壁半周可见肿物,触之易出血。

X线双对比造影:食管中段(主动脉弓下方 T_{5-8} 水平)有一个长约7.0cm的充盈缺损,呈偏心性斑片状改变,表面未见小龛影,局部食管腔狭窄,黏膜大致光滑,钡剂通过稍受阻,缓慢,病灶近端食管稍扩张(图1)。

CT检查:食管上段(主动脉弓层面以上)扩张,腔内不规则软组织肿块(图2),增强扫描肿块明显不均匀强化,食管壁未见明显增厚(图2a)。多平面重组(MPR)显示肿块长轴与食管行径一致,上下径长约4.1cm,横径约2.2cm,局部管腔扩张(图2b);纵隔未见肿大淋巴结,气管受压变形并轻度前移(图2b)。术前首先考虑食管良性肿瘤(平滑肌瘤可能性大)。

手术所见:探查发现肿瘤位于颈-胸段食管,长约20cm,腔内生长,取部分组织送病理快速冰冻活检示肿瘤细胞较弥漫,异型较明显,易见核分裂像,组织学改变较符合恶性肿瘤(图3);免疫组化:CK(高分子, -), CK(低分子, -), EMA(-), CD34(-), PCNA(+), Ki-67(+5%), CK(-), CEA(-), Vimentin(+), S-100(-), CD117(-), Desmin(-), SM-actin(-), CD68(+), AACT(+). 病理诊断为恶性纤维组织细胞瘤。

讨论 恶性纤维组织细胞瘤(malignant fibrous histiocytoma, MFH)也称未分化高级多形性肉瘤,是由原始间叶组织发生的向纤维组织细胞分化的恶性肿瘤。MFH大多发生于成年四肢及躯干深部的软组织,原发于食管罕见。自1995年至今国内仅报道10余例,复习文献及归纳本例食管MFH的临床和病理学特点,作者认为食管MFH有以下特点:多见于中老年,以男性多见,症状缺乏特异性,多表现为进行性吞咽困难,病程一般较长。肿瘤可位于食管各段,以往文献报道中下段多

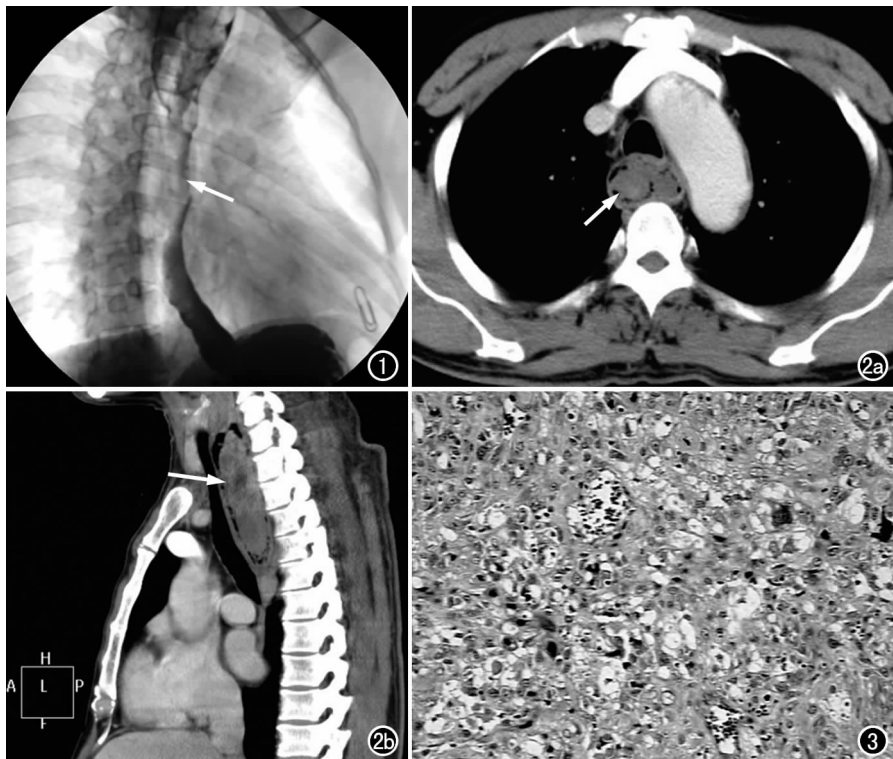


图1 食管中段充盈缺损,局部食管腔狭窄(箭),病灶近端食管稍扩张。图2 a)增强扫描示食管上段扩张,腔内可见不规则软组织肿块,呈明显不均匀强化(箭),食管壁未见明显增厚;b)矢状面重组,示肿块长轴与食管行径一致(箭),局部管腔扩张,气管受压变形并轻度前移。图3 病理片示肿瘤细胞较弥漫,异型较明显,易见核分裂像($\times 100$, HE)。

见^[1,2](本例发生于食管上段),表现呈息肉状突入腔内,长轴与食管腔一致,黏膜表面多光整。影像学检查示管腔不狭窄,反而扩张。镜下MFH细胞具有多形性,主要有纤维母细胞、组织细胞、多核瘤巨细胞、黄色瘤细胞、未分化细胞及少量炎细胞。免疫组化检测阳性项目有Vimentin, AAT(a-抗胰蛋白酶)、Lysozyme、AACT^[3]。

CT扫描可明确肿瘤病变部位及邻近组织关系,当CT发现突向管腔内肿块,沿管腔方向生长,食管腔不狭窄反而扩张时,需要考虑到本病可能,本病最终需要病理免疫组化确诊。

参考文献:

- [1] 沈勤,张新华,周航波,等. 食管恶性纤维组织细胞瘤2例[J]. 临床与实验病理学杂志,2007,(2):247-248.
- [2] 刘祖宏,许文兵,谢丽霞. 原发性食管恶性纤维组织细胞瘤1例报告[J]. 实用癌症杂志,2000,(6):649.
- [3] 戴凯明,李华仁,刘凌娟,等. 食道恶性纤维组织细胞瘤临床病理及文献复习[J]. 海军医学杂志,2003,(4):322-324.
- [4] 王卫杰,周福有,苏文中. 5例食管恶性纤维组织细胞瘤的诊治[J]. 锦州医学院学报,2003,(6):75-76.

(收稿日期:2009-09-23)

作者单位:528400 广东,中山市人民医院CT室

作者简介:朱惠欢(1983-),女,广东人,住院医师,主要从事临床影像学诊断工作。