

胰腺孤立性纤维瘤一例

贺明庆, 朱友志, 胡勇, 张禹, 王星星

【中图分类号】R814.42; R445.1; R576; R732.26 【文献标识码】D 【文章编号】1000-0313(2013)06-0706-02

【关键词】胰腺疾病; 孤立性纤维瘤; 体层摄影术, X 线计算机; 超声检查

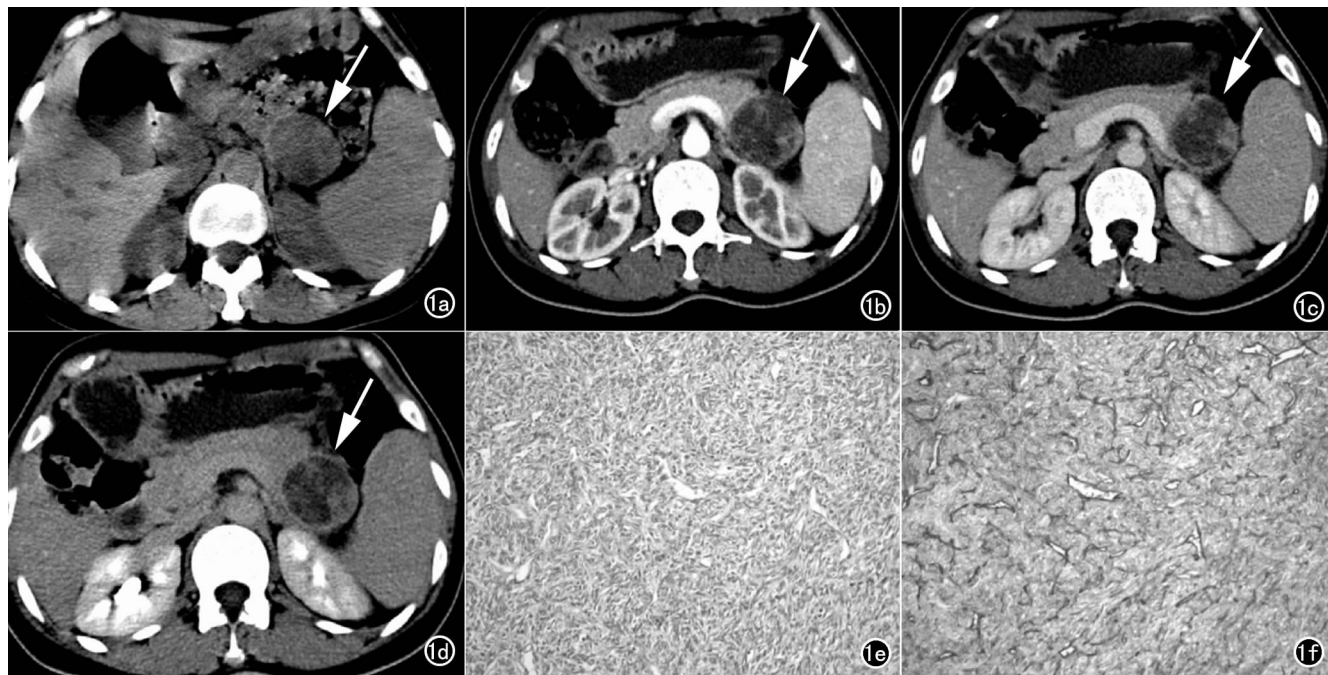


图1 胰腺孤立性纤维瘤。a) CT 平扫示胰尾部囊实性肿块, 边界尚清; b) 动脉期肿块不均匀强化, 强化幅度略低于正常胰腺实质; c) 静脉期肿块不均匀强化, 强化范围较动脉期增加; d) 延迟期可见延迟强化, 强化范围较静脉期进一步增加; e) 病理图示肿瘤细胞呈梭形, 排列成编织状, 细胞核呈长梭形($\times 200$, HE); f) 病理图示 CD34 弥漫性阳性, 并见分支状血管结构(免疫组化染色, $\times 200$, HE)。

病例资料 患者, 女, 42 岁, 自述左上腹痛 3d, 疼痛性质为持续性胀痛, 并向左侧腰背部放射, 伴恶心呕吐, 呕吐物为胃内容物。病程中患者饮食睡眠差, 大小便正常。查体: 左上腹深压痛, 无反跳痛及肌紧张。实验室检查肿瘤指标未见明显增高。超声: 腹膜后实性占位, 性质待定。上腹部 CT 检查示胰腺尾部见一类圆形肿块, 大小约 $4.2\text{ cm} \times 4.5\text{ cm}$, 轮廓较规整, 边界欠清晰, 后缘与脾动脉及左肾分界不清, 密度不均匀, 其内以囊性为主, 呈囊实性混杂密度, 增强扫描动脉期肿块主体强化明显较胰腺实质低, 囊壁、壁结节及分隔呈明显强化, 静脉期及延迟期病变内强化的范围较动脉期增大, 呈现类地图样强化(图 1a~d)。术中所见: 肿瘤位于胰尾部, 呈不规则球形, 直径约 5 cm, 质较韧, 色灰黄, 血供丰富, 边界欠清, 周围脂肪炎性水肿, 与横结肠系膜根部及左侧肾周筋膜粘连, 周围未触及肿大淋巴结。术后病理镜下所见及诊断: 肿瘤细胞排列密集, 间质成分较少, 由圆形及长短不一的梭形细胞组成, 胞质丰富, 见核分裂象, 内散在分布薄壁血管影, 部分呈分支状。免疫组织化学染色: 肿瘤细胞 CD34(+), CD99(+), Bcl-2(+), S-100(-), SMA 部分

(+), CD117(-), EMA(-), AE1/AE3(-), 35 β H11(-), 34 β E12(-)。诊断: 梭形细胞肿瘤, 结合免疫组化, 符合孤立性纤维瘤(图 1e、f)。

讨论 孤立性纤维瘤(solitary fibrous tumor, SFT)属于纤维母细胞/肌纤维母细胞来源的中间型肿瘤(偶尔有转移)^[1], 是一种罕见的软组织肿瘤。SFT 最初曾被认为仅起源于脏层胸膜的间皮细胞, 目前普遍性的观点认为 SFT 是一种可以发生于全身任何部位的肿瘤, 除胸膜腔以外, 好发于头颈部、纵隔、腹腔后、盆腔、腹腔等, 其他如脑膜、肝脏也有报道, 源于胰腺的 SFT 中文罕见报道。SFT 组织学表现为无异型的梭形细胞肿瘤无定向排列, 细胞密度分布不均, 细胞密集区及疏松区(后者含丰富的胶原纤维)间隔分布, 并可见灶性分布的血管外皮瘤样结构, 但目前发现其他许多良恶性肿瘤包括 SFT 都具有“鹿角状”分支血管这种组织学构象。免疫表型显示肿瘤细胞 CD34、Vimentin 弥漫性阳性, CD99、bcl-2 也可显示阳性。血管外皮瘤(HPC)肿瘤细胞呈梭形, 经典的 HPC 血管丰富, 具有特征性不规则分支状血管-鹿角状血管^[2], 免疫表型: Vimentin 阳性, CD34 阴性、局灶性阳性或仅表现为血管阳性, HPC/SFT 均属于纤维母细胞/肌纤维母细胞来源肿瘤的中间性肿瘤, 两者在病理及组织学方面重叠表现很多。2002 年版 WHO 软组织

作者单位: 230031 合肥, 解放军第 105 医院放射科

作者简介: 贺明庆(1980-), 女, 安徽六安人, 主治医师, 主要从事骨肌系统影像诊断工作。

肿瘤中两者并列提出视为同一起源的肿瘤。有部分学者认为处于免疫表型极端的肿瘤可做出定性诊断(即 CD34 弥漫性阳性、血管外皮瘤样结构灶性分布为 SFT, 血管外皮瘤样结构弥漫分布、CD34 灶性、阴性或仅血管阳性为 HPC)。

鉴别诊断:起源于胰腺的 SFT 罕见报道,本例主要与胰腺癌鉴别。胰腺癌 90% 以上 CA-199 含量明显升高,因其含有较多纤维间质以及周围供血小动脉内膜增生导致其血管腔变窄,上述原因可能导致胰腺癌为乏血供的病理学基础^[3]。本例增强扫描动脉期即可见肿瘤内结节明显强化,强化幅度与周围正常胰腺实质强化幅度相似,并有延迟强化的趋势,而胰腺癌因其乏血供的特征,动脉期强化幅度明显低于胰腺实质,笔者认为此点有助于两者的鉴别,但此为个案尚无统计学意义。因胰腺癌及 SFT 实质内均可含有较丰富的纤维间质而影响对比剂的廓清,均可出现延迟强化。笔者推测延迟强化征象只可减小

胰腺肿瘤的诊断鉴别范围,对肿瘤定性价值有限。总之,原发于胰腺的 SFT 极其罕见,如胰腺发现肿瘤,实验室检查 CA-199 不高,增强扫描肿瘤实质于动脉期明显强化且有延迟强化的特点,应想到本病的可能,确诊仍依赖于病理及免疫组化。

参考文献:

- [1] Fletcher CD. The evolving classification of soft tissue tumours: an update based on the new WHO classification[J]. Histopathology, 2006, 48(1): 3-12.
- [2] Gengler C, Guillou L. Solitary fibrous tumour and haemangiopericytoma: evolution of a concept[J]. Histopathology, 2006, 48(1): 63-74.
- [3] 史讯, 曾蒙苏, 张志勇, 等. 胰腺癌实质期增强 MSCT 表现及病理对照研究[J]. 放射学实践, 2008, 23(8): 897-900.

(收稿日期: 2012-08-20 修回日期: 2012-10-10)

中华医学会放射学分会第二十次全国放射学学术会议征文通知

中华医学会放射学分会第二十次全国放射学学术会议定于 2013 年 10 月 17—20 日在陕西西安举行。本次大会将邀请国内外知名放射学专家到场作专题学术报告,并将分设高端学术论坛、继续教育讲座和大会学术交流、疑难病例读片比赛及青年委员英语比赛等多种形式的学术活动。本次学术大会将在全国范围内征集学术论文,由中华放射学会组织学术委员会专家进行审阅,优秀论文将编入会议《论文汇编(光盘版)》,特别优秀的学术论文将推荐给《中华放射学杂志》等专业学术杂志刊用,并将根据各学组组织的学术活动内容,择优选择部分论文作大会口头报告和展版这两种形式的学术交流。现将有关征文事项通知如下:

一、征文内容

1. 常规数字 X 线成像的临床;
2. CT、MRI 及其新技术应用与基础研究;
3. 神经、头颈、心胸、腹部、泌尿生殖、骨关节等各系统疾病的影像诊断;
4. 分子影像学;
5. 介入诊断治疗及介入护理;
6. 影像循证医学研究;
7. 影像技术、图像后处理及 PACS/RIS 应用研究;
8. 学科新进展、综述;
9. 少见、罕见疾病个案报告;
10. 其他各类与医学影像相关的研究。

二、征文要求

1. 论文应具有一定的科学性、先进性、实用性,尚未在公开杂志上发表;
2. 本次会议全部采用网上投稿,实名注册投稿;
3. 投稿需提交论文摘要一份。摘要按中华医学会系列杂志稿约要求撰写,字数为 800 字左右,文体为论文标准结构式,包括目的、材料与方法、结果、结论四要素,摘要中不要附图表;
4. 截稿日期:2013 年 8 月 31 日,过期恕不受理。

三、投稿方式

1. 网上征文与注册:中华医学会放射学分会网站(<http://www.cmacsr.org/>)投稿;
2. 恕不接受信函、传真、软盘和 Email 投稿;

四、会议相关具体事项,另发正式通知。有关信息请登陆中华医学会放射学分会年会网站(<http://www.cmacsr.org>)查询。

欢迎大家踊跃投稿! 欢迎大家提前网络注册及网络缴费!

(中华医学会放射学分会)