

临床研究

DOI: 10.3969/j.issn.0253-3626.2012.08.022

胃血管球瘤 6 例临床病理分析

杨丽丽¹, 许晓燕², 赵 峰¹

(新疆医科大学附属肿瘤医院 1. 病理科; 2. CT 室, 乌鲁木齐 830011)

【摘要】目的:探讨胃血管球瘤的临床病理特征、鉴别诊断和预后。方法:复习 6 例胃血管球瘤的临床资料,进行组织形态和免疫组化观察。结果:5 例为良性胃血管球瘤,1 例为有难以预测的潜在恶性的胃血管球瘤。肿瘤细胞大小一致,圆形或多角形,胞质丰富红染或透亮,围绕血管排列。免疫组化抗平滑肌抗体(Smooth muscle antibody, SMA)、actin、laminin、Vimentin 阳性表达,而 CD34、CD117、神经元特异性烯醇化酶(Neuron specific enolase, NSE)及 AE1/AE3、Anti-cytokeratin(CAM5.2)、癌胚抗原(Carcino-embryonic antigen, CEA)等均阴性表达。结论:胃血管球瘤较少见,绝大部分为良性,临床、细胞学及冷冻快速病理检查均易误诊,应提高对该疾病的认识,减少不必要的扩大手术。

【关键词】血管球瘤;胃血管球瘤;免疫组化

【中国图书分类法分类号】R735.2

【文献标志码】A

【收稿日期】2011-11-24

Clinicopathological analysis of stomach glomus tumor in 6 cases

YANG Lili¹, XU Xiaoyan², ZHAO Feng¹

(1. Department of Pathology; 2. Department of CT, the Affiliated Tumor Hospital, Xinjiang Medical University)

【Abstract】Objective: To investigate the clinicopathological characteristics, differential diagnosis and prognosis of stomach glomus tumors. Methods: Totally 6 cases of stomach glomus tumors were studied by histopathological observation and immunohistochemical staining. Results: The study included 5 cases of benign tumors and 1 case of potential malignant stomach glomus tumor which was hard to predict. The tumor cells were uniform-sized, round or polygonal, arranged around the blood vessels. Immunohistochemical study demonstrated that tumor cells reacted positively to Vimentin, smooth muscle antibody (SMA), laminin, actin, but negatively to CD34, CD117, neuron specific enolase (NSE), AE1/AE3, CAM5.2 and carcino-embryonic antigen (CEA). Conclusions: Stomach glomus tumor is rare and most of the time benign. It can be easily misdiagnosed by frozen section and clinical and cytological tests so that more attention should be paid on the disease and unnecessary surgical therapies should be reduced.

【Key words】glomus tumor; stomach glomus tumor; immunohistochemistry

血管球瘤是血管周围球体细胞的肿瘤性增生,属于一种表型转化的特殊平滑肌细胞^[1]。血管球瘤全身都可发生^[2],主要好发于手指、足趾的甲床区、腕部及前臂,而发生于胃者非常少见。在临床、放射学和大体上可以类似胃间质瘤,往往不能确诊。本文通过复习新疆医科大学附属肿瘤医院 6 例胃血管球瘤患者的临床资料、组织病理形态、鉴别诊断、治疗及预后,并结合文献探讨其临床及病理特征,旨在提高对该肿瘤的认识并减少误诊。

1 资料与方法

收集新疆医科大学附属肿瘤医院 2000-2011 年间诊治

作者介绍:杨丽丽(1976-),女,主治医师,硕士,

研究方向:肿瘤病理学。

通信作者:赵 峰,女,主任医师,Email:fengzh688@126.com。

的胃血管球瘤 6 例,6 例均做了术中快速冷冻切片,常规切片组织均为 10%福尔马林固定,脱水,石蜡包埋,连续切片,HE 染色、免疫组化染色。对所有石蜡包埋的组织重新 4 μm 厚切片,HE 染色。尽管大部分肿瘤已做过免疫组化染色,鉴于所用试剂、方法及实验室条件和人员的差异,本文对每个病例中肿瘤组织较多的石蜡块统一用 PV9000 法,再行免疫组化标记,上述试剂及试剂盒均购自北京中杉公司,并采用微波抗原修复法以提高免疫表达。另外,本文也对每例做了 PAS 特殊染色,同时做阳性及阴性对照。

2 结 果

2.1 临床表现

6 例患者中,女性 4 例,男性 2 例,年龄 38~67 岁,平均 49.5 岁,4 例位于胃窦部,2 例位于胃体部,表现为胃壁肌层结节状肿物,质地较硬,界限清楚,具体临床资料见表 1。病程长短不一,一般在 1 个月至 3 年之间。在临床、放射学和大

体上可以类似胃间质瘤(图 1)。以上 5 例行局部肿块切除术, 1 例行胃大部切除术。

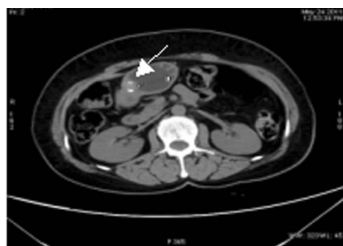


图 1 胃血管球瘤 CT 图像 (如箭头所示)

Fig.1 Stomach glomus tumor in CT film (as the arrow showed)

2.2 巨检

肿瘤最大径在 1.5~5.5 cm 之间,平均 2.7 cm,胃血管球瘤多为界限清楚,质稍硬包块,切面灰红灰白色,肉眼与胃间质瘤非常相似。

2.3 冷冻及石蜡组织切片

镜检肿瘤组织镜下多无完整包膜,多数病例的肿瘤组织在黏膜下层及肌层间,突出于黏膜面或浆膜面;由肿瘤细胞和大量中、小薄壁血管组成;细胞大小相对一致,圆形,胞质均匀丰富,透亮或淡红色,胞核圆形或卵圆形,居中,染色质分布均匀、细腻,无核分裂相,核仁小而明显,核膜清楚,细胞与细胞之间界限清楚。细胞巢围绕于血管周围呈不对称分布(图 2A、图 2B)。部分区域可见肿瘤细胞实性排列(图 2C);局部间质黏液样变及纤维化(图 2D),个别病例在肿瘤主体以外常见细胞围绕在小血管周围形成小的套袖状结构,还可见灶性出血、钙化。第 4 例病例可见细胞中等异性,病理性核分裂像、大片坏死及套袖状结构(图 2E、图 2F)。

2.4 免疫表型

表达平滑肌的抗平滑肌抗体(Smooth muscle antibody, SMA)阳性表达(6/6)、actin 阳性表达(6/6)、表达基底膜的 laminin 阳性表达(5/6),表达间叶细胞的 Vimentin 阳性表达(6/6)。而 CD34、CD117、神经元特异性烯醇化酶(Neuron specific enolase, NSE)、S-100、突触素(Synaptophysin, Syn)、白细胞共同抗原(Leukocyte common antigen, LCA)、AE1/AE3、AE1/AE3、Anti-cytokeratin(CAM5.2)、癌胚抗原(Carcino-embryonic antigen, CEA)均阴性。

2.5 特殊染色

PAS染色在 5 例病例中呈较强的阳性反应,其余 1 例中

等阳性。作为对照组研究的 2 例间质瘤染色均为阴性。

3 讨论

血管球瘤是血管周围球体细胞的肿瘤性增生,属于一种表型转化的特殊平滑肌细胞,类似神经动脉肌层内的感受器,存在动静脉的吻合并控制着动脉的血流量来实现温度的调节^[3]。血管球瘤罕见,占软组织肿瘤的不到 2%,可见于身体任何部位,但几乎均位于皮肤或浅表软组织,多见于甲床、指(趾)侧及手掌部,罕见于深部软组织和内脏。

3.1 临床特征

胃血管球瘤非常少见,国内文献报道的 57 例,女性多见于男性(约 1.6:1),发病年龄 28~79 岁,平均年龄 45 岁^[4],本研究中平均年龄为 49.5 岁,接近于文献中所示年龄。通常表现为胃壁黏膜下层或肌层内单发、质韧、直径约为 2 cm 左右的球形或结节状肿物,部分病例由于影像学检查或腹部手术偶然发现,但最常见的症状是上消化道出血,可表现为急性致命的大出血,也可表现为慢性出血导致严重的贫血,其次是上腹部疼痛、饱胀、反酸等不适,此外还可表现为恶心、呕吐、体重下降等,本研究分别以上腹部疼痛、饱胀、反酸不适,上消化道出血及解黑便而发现胃部肿瘤收住院。影像学表现为边缘光滑的肿块影,呈均匀一致的低密度改变,均匀性强化是其特征,但不具特异性。在临床、放射学和大体上类似于胃间质瘤,确诊有赖于组织病理学诊断。

3.2 细胞组织形态特征

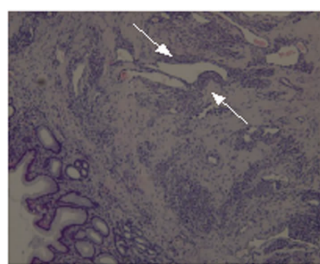
根据球细胞、血管及平滑肌的相对比例不同,分为实体性球瘤、球血管瘤及球血管肌瘤。本研究中 6 例均为实体性球瘤,此型最常见,占 75%。肿瘤细胞呈结节状或巢状围绕血管排列,大小较一致,境界清。值得提出的是:肿瘤有时可以见到局部浸润性生长和血管浸润,这些指标如果放在其他类型

表 1 6 例胃血管球瘤患者的临床资料

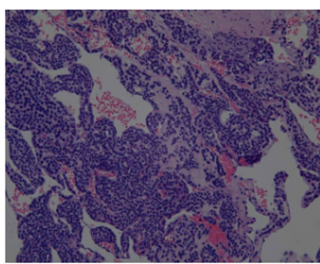
Tab.1 Clinical data of stomach glomus tumor in 6 cases

序号	编号	年龄(岁)	性别	部位	肿块体积 (cm × cm × cm)	症状
1	11-09709	67	女	胃窦	1.5 × 1.5 × 1.0	上腹部饱胀不适 3 年,加重半个月
2	10-08341	56	女	胃窦	3.0 × 2.8 × 2.8	上腹部阵发性疼痛不适 1 年
3	10-07761	47	男	胃体	2.5 × 2.3 × 2.3	上腹部饱胀不适,隐痛 1 年,解黑便 5 d
4*	07-05357	38	女	胃窦	5.5 × 5.5 × 5.0	上腹部疼痛不适,上消化道出血 3 个月
5	05-04556	40	女	胃窦	1.8 × 1.5 × 1.5	上腹部饱胀不适 2 年
6	03-03574	49	男	胃体	2.0 × 1.5 × 1.5	上腹部疼痛不适,隐痛,反酸 1 个月

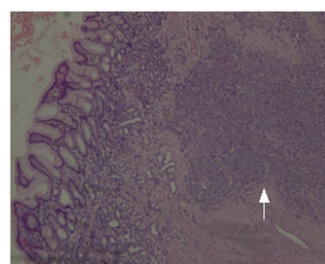
注:*,此例为有难以预测的潜在恶性胃血管球瘤



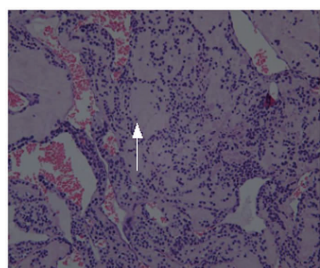
A. 位于胃黏膜下层细胞巢围绕于血管周围呈不对称分布 (HE, 100 ×)
(如箭头所示)



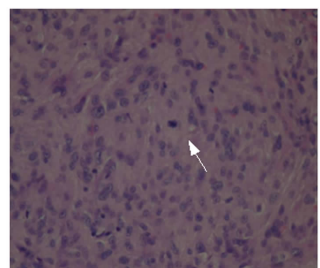
B. 细胞大小相对一致, 圆形, 包膜清楚, 细胞与细胞之间界限清楚 (HE, 200 ×)
(如箭头所示)



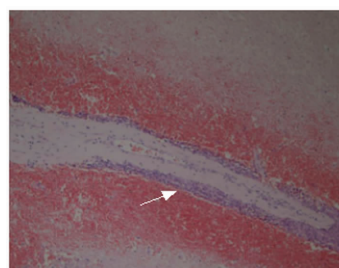
C. 局部肿瘤细胞实性排列 (HE, 100 ×)
(如箭头所示)



D. 局部间质纤维化 (HE, 100 ×)
(如箭头所示)



E. 细胞中等异型, 及病理性核分裂像 (HE, 400 ×)
(如箭头所示)



F. 血管周套袖状结构及出血、坏死 (HE, 200 ×)
(如箭头所示)

图 2 胃血管球瘤病理图片

Fig.2 Pathological picture of stomach glomus tumor

的肿瘤中往往提示为恶性,但在血管球瘤中却不适用。目前国际上关于恶性血管球瘤缺乏统一的判断标准,Folpe 等^[5,6]提出恶性者 4 个判断标准:肿瘤直径 >2 cm,位于深筋膜或内脏;有非典型性核分裂,核分裂易见[≥ 5 个/50 可用最高频率 (Highest possible frequency, HPF)];细胞圆形或梭形,有显著异型性;包膜外瘤细胞浸润及侵入周围组织。如果不符合上述恶性病变的诊断标准,仅具有下列标准中的 1 项:肿瘤位置表浅,但核分裂象 ≥ 5 个/50 HPF;肿瘤体积较大;肿瘤位置深可诊断为恶性潜能未定的血管球瘤。如肿瘤瘤细胞核明显异型性(核大、深染、形状多种,偶有双核、巨核)而无其他恶性表现(如体积大、位置深、坏死等),则为伴异型细胞核的血管球瘤。上述标准显然不适用于胃血管球瘤,因为胃血管球瘤本身属于深部组织肿瘤,而且超过 50% 的患者肿瘤最大径 >2 cm^[7](平均 2.9 cm,本研究中直径平均为 2.7 cm),本研究中第 4 例患者,女性,38 岁,肿瘤位于胃窦部,最大径 5.5 cm,肿瘤见大片坏死,细胞中等异型,核分裂像 2 个/50 HPF,组织形态学改变虽然与 Folpe 等^[6]提出恶性判断标准不符,但均显示有难以预测的潜在恶性行为存在。随访至今为 21 个月,患者健在。本研究认为胃恶性血管球瘤的诊断标准有待积累资料进一步完善。

3.3 鉴别诊断

上皮型胃间质瘤、类癌、血管外皮细胞瘤、神经内分泌肿瘤、淋巴瘤等细胞形态易与本病混淆。但他们的细胞排列方式、背景和免疫组化染色各异,仔细观察可以鉴别。上皮型胃间质瘤细胞较大圆形及多边形,部分胞浆空泡,呈印戒细胞样,不围绕血管生长,缺乏血管球瘤扩张的血管腔隙,瘤细胞表达 CD34、CD117。类癌细胞圆形或椭圆形,大小较一致,细胞呈缎带状、细乳头状、腺样或菊形团样排列,细胞异型性要大一些,核染色质相对较粗和深染,胞质也不如血管球瘤丰富和红染,细胞表达 NSE、S-100。血管外皮细胞瘤主要位于肠系膜和腹膜后,肿瘤中丰富的血管分支呈树枝状或鹿角状,肿瘤细胞圆形或短梭形界限不清排列不规则,免疫组化 SMA 阴性或灶状弱表达。神经内分泌肿瘤瘤细胞界限不清核染色质粗,血管周围生长方式不明显,细胞表达 NSE、Syn。淋巴瘤瘤细胞弥漫分布。此外还可与汗腺肿瘤、黑色素细胞瘤及转移癌相混淆^[8],需注意鉴别。

3.4 治疗及预后

胃血管球瘤手术完全切除后通常为良性临床表现,其预后好。27 例有长期随访资料的病例中只有 1 例发生转移,其余均表现良性^[7]。目前,胃局部

个案与短篇

DOI: 10.3969/j.issn.0253-3626.2012.08.023

多囊卵巢综合征患者合并右卵巢妊娠行右卵巢楔形切除 1 例

洪芳, 丘彦

(重庆医科大学附属第一医院辅助生殖中心, 重庆 400016)

【中国图书分类法分类号】R711

【文献标志码】B

【收稿日期】2012-03-07

多囊卵巢综合征(Polycystic ovarian syndrome, PCOS)是育龄期妇女常见的内分泌代谢紊乱疾病,不孕症中约 1/3 为无排卵,其中 70%为 PCOS。临床常表现为月经稀发、闭经、不孕、高雄激素征、卵巢多囊样表现等。

1 临床资料

患者 29 岁,初潮 13 岁,月经周期 40~60 d,经期 6~7 d, G₀P₀。2 年前因“月经稀发、高雄激素血症、B 超示卵巢多囊样改变”诊断为“PCOS”,后服达英-35 6 个月调整内分泌后查血激素水平(M3 即月经第 3 天):卵泡刺激素(Follicle-stimulating hormone, FSH)5.8 mIU/ml,黄体生成素(Luteinizing

hormone, LH)13.3 mIU/ml,催乳素(Prolactin, PRL)341.43 mIU/ml(108~577 mIU/ml),睾酮(Testosterone, T)3 ng/ml(0.45~3.75 ng/ml)。2009 年 12 月因“原发不孕 4 年”就诊于本中心,复查血激素水平(M4):FSH 7.33 mIU/ml, E2 28 pg/ml, LH 6.68 mIU/ml, PRL 16.5 ng/ml(<25 ng/ml), T 0.69 ng/ml(<0.75 ng/ml),孕酮(Progesterone, P)0.53 ng/ml。血抗精子抗体、抗子宫内膜抗体、抗磷脂抗体均为阴性。体重指数(Body mass index, BMI)为 21(58 kg/1.66² m²)。外院子宫输卵管通水示:通而不畅,稍有返流。本中心丈夫精液分析:正常。第 1 个周期经阴道超声监测排卵:M2 左卵巢大小 32 mm×26 mm,见多个小卵泡(>12 个);右卵巢大小 32 mm×20 mm,见多个小卵泡(>12 个);子宫内膜 5 mm, B 型。嘱患者于 M10 开始自测排卵试纸,测到阳性再次就诊。患者排卵试纸未测到阳性,于 M19 再次就诊本中心。复查阴道超声示:左卵巢仍见多个小卵泡,最大 10 mm×9 mm;右卵巢仍见多个小卵泡,最大 11 mm×10 mm;子宫内膜 7 mm, B 型。故给予人类绝经期促性腺激素(Human menopausal gonadotropin, HMG)促排卵治疗,剂量 75 IU

作者介绍:洪芳(1986-),女,硕士,

研究方向:生殖内分泌。

通信作者:丘彦,女,主任医师, Email: cqartq@163.com。

切除、大部切除术为胃血管球瘤最主要的治疗手段。

参 考 文 献

- [1] 回允中.阿克曼外科病理学[M].9 版.北京:北京大学医学出版社,2006:2288-2290.
- [2] Hui Y Z. Ackerman's surgical pathology[M]. 9th ed. Beijing: Medical Publishing House of Beijing University, 2006:2288-2290.
- [3] 赖日权.对 7 种软组织肿瘤良、恶性诊断标准的探讨[J].诊断病理学杂志,2009,16(4):246-250.
- [4] Lai R Q. Discussion of the diagnosis standard of 7 benign tumors and malignant tumors of soft tissue[J]. Journal of Diagnosis Pathology, 2009, 16(40):246-250.
- [5] Debol S M, Stanley M W, Mallery S, et al. Glomus tumor of the stomach: cytologic diagnosis by endoscopic ultrasound-guided fine needle aspiration[J]. Diagn Cytopathol, 2003, 28(6):316-321.
- [6] 房惠琼, 杨静, 张芬芬, 等.胃血管球瘤的临床病理特征[C].中华医学会病理学分会 2010 年学术年会论文汇编:212-213.

- [7] Fang H Q, Yang J, Zhang F F, et al. Clinical pathological characteristics of stomach glomus tumor[C]. Collected Papers of 2010 Annual Academic Conference of Pathological Society of Chinese Medical Association: 212-213.
- [8] Fletcher C D M, Unni K K, Mertens F. World Health Organization classification of tumors. Pathology and genetics of tumors of soft tissue and bone[M]. Lyon: IARC Press, 2002.
- [9] Folpe A L, Fanburg-Smith J C, Miettinen M, et al. Atypical and malignant glomus tumors. Analysis of 52 cases with a proposal for the reclassification of glomus tumors[J]. Am J Surg Pathol, 2001, 25(1):1-12.
- [10] 马洪军, 李开智, 李磊, 等.胃血管球瘤 3 例临床病理学观察及文献复习[J].济宁医学院学报, 2009, 32(5):338-340.
- [11] Ma H J, Li K Z, Li L, et al. Review and observation of 3 cases with stomach glomus tumor[J]. Journal of Jining Medical College, 2009, 32(5):338-340.
- [12] 梁兆昌.胃血管球瘤一例[J].山西医药杂志, 2008, 37(1):94-95.
- [13] Liang Z C. 1 case report of stomach glomus tumor[J]. Journal of Shanxi Medicine, 2008, 37(1):94-95.

(责任编辑:唐秋娟)