

髓细胞肉瘤 4 例细胞病理学误诊分析

李 印

作者单位:473009 河南,南阳市中心医院病理细胞室

作者简介:李 印(1972-),男,主治医师,研究方向:肿瘤病理诊断。电话:0377-61615027,E-mail:liyinyin176882@126.com。

[关键词] 髓细胞肉瘤; 白血病; 细胞学; 误诊

[中图分类号] R 733.2 [文献标识码] B [文章编号] 1674-3806(2009)03-0274-02

doi:10.3969/j.issn.1674-3806.2009.03.022

髓细胞肉瘤(Myeloid sarcoma, MS)又称粒细胞肉瘤(Granulocytic sarcoma, GS),是一种少见的髓细胞系恶性肿瘤的一种变异,是由原始或未成熟粒细胞在髓外或骨骼内增生形成的实体性肿瘤^[1]。由于粒细胞内含有大量髓性过氧化物酶,新鲜切面外观常呈绿色,又称之为绿色瘤(chloroma)^[1,2]。该病在日常病理诊断工作中少见,易误诊。现对

我院收治 4 例的临床及病理表现进行分析和文献复习。

1 临床资料

4 例患者中,女性 3 例,男性 1 例,年龄 3~50 岁,平均 29 岁。入院查血常规,4 例患者 WBC $(5.21 \sim 9.6) \times 10^9/L$, RBC $(4.25 \sim 5.89) \times 10^{12}/L$, Hb $98 \sim 116 g/L$, PLT $(180 \sim 229) \times 10^9/L$ 。详细资料见表 1。

表 1 4 例髓细胞肉瘤的临床资料

病例	临床表现	辅助检查	临床诊断	细胞学诊断	病史	随访
1	腰痛,下腹痛,双下肢麻木,大小便困难 20 d	MRI 示 T10 低密度信号	转移瘤	术中细胞学印片:圆形细胞恶性肿瘤,倾向非何杰金淋巴瘤,等待组织学确诊	患白血病 ANLL-M3 并骨髓干细胞移植	11 个月 后去世
2	发现左颞部肿块 3 月,无明显疼痛及其它不适	无	纤维血管瘤	针吸细胞学:考虑非何杰金淋巴瘤,建议术后确诊	患 ANLL-M3 1 年曾在广州某医院临床治愈	1 年 健在
3	右眼球突出 3 个月	CT 示眶内占位	肿瘤	术中细胞学印片:低分化肉瘤,可疑神经母细胞瘤	无特殊病史	10 个月 健在
4	右肩部肿物 2 个月	无	纤维肉瘤	针吸细胞学:倾向非何杰金淋巴瘤,建议术后确诊	骨髓纤维化 2 年	失访

2 病理检查

巨检所见:腰椎占位患者见枣大一堆不规则组织,稍韧,部分呈灰绿色。左颞部患者见带皮肤肿物,皮表色深,皮下肿物淡绿黑色,质均,硬,基底部整齐,似有边界但不能分离;右肩部肿块见 $2.5 cm \times 2 cm \times 1.8 cm$ 大小,无明显包膜,切面灰褐色,肉样;右眼眶肿物见小枣大肿物,不规则,灰绿色。组织切片镜检 2 例所见瘤细胞圆形或椭圆形,胞浆嗜碱,核染色质细腻,核仁明显可见,瘤细胞弥漫浸润纤维脂肪组织或横纹肌组织或表皮下。2 例呈小圆形细胞为主,胞浆嗜碱/嗜酸,可见核仁,细胞弥漫浸润软组织,尚可见明显中性粒细胞和嗜酸性粒细胞分化。4 例经 PAS 染色均阴性,免疫组化 4 例标记均呈髓过氧化物酶 MPO(++)、溶菌酶(++)、CD68(KP-1)(++)、CD99(-)、CD34(-)、CD20(-)、CD45RO(-)、广谱 CK(-)、CGA(-)、SYN(-); 2 例 LCA(+),CD15(+); 2 例 LCA(-),CD15(-)。(见图 1~4)。

3 讨论

3.1 MS 是由不同阶段未成熟粒细胞在髓外浸润并形成肿块的一组病变,1966 年由 Rappaport 首先命名为 GS。文献认

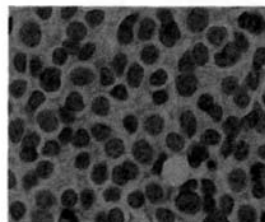


图 1 脊椎占位患者 术中细胞学印片特征
原始细胞型的瘤细胞由较一致的原始粒细胞组成,圆形或椭圆形,胞浆嗜碱,核染色质细颗粒状,核仁可见(HE×200)



图 2 左颞部患者 MS 细胞在表皮下弥漫浸润(HE×40)

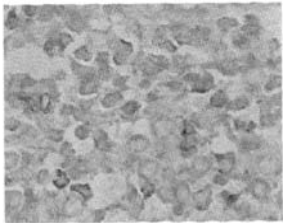


图 3 脊椎占位患者 MPO(++)。
(HE×100)免疫组化:SP 法

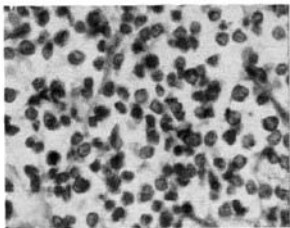


图 4 左额部患者 分化型 MS 细胞:可见明显
嗜酸性粒细胞分化 (HE×100)

为并非所有 GS 大体都显绿色^[1]。由于构成该瘤的瘤细胞除粒细胞系外,还包括单核细胞系,两者的前体均为髓细胞系,故近年通称髓样细胞肉瘤^[3]。

3.2 文献^[1]认为 MS 在男女各个年龄段均可发病。好发于颅骨、副鼻窦、乳突、胸骨、肋骨、脊柱及骨盆,在骨膜下形成肿块,也可发生于全身各器官。本组 4 例均为骨膜外肿块,1 例则发生于骨髓干细胞移植术后出现髓外孤立性肿块。文献^[4]认为 MS 常发生于以下情况:(1)可在非白血病患者中作为 AML 的首发表现;(2)与向白血病转化的骨髓增生性疾病有关;(3)作为已确定为 AML 的一种组织学表现;(4)或白

血病患者治疗缓解期作为复发的唯一表现。本组 4 例发病特点与文献相符,均为局部出现孤立肿块,外周血象位于正常范围内,给临床诊断造成假象,病理医生若对病史不了解,细胞形态学极易误诊为非何杰金淋巴瘤等疾病。MS 新鲜切面可呈绿色;绿色色泽暴露于空气中即变为污绿色^[1],为本病特征性表现。组织切片镜检见原始细胞型的瘤细胞由较一致的原始粒细胞组成,圆形或椭圆形,胞浆嗜碱/嗜酸,核染色质细颗粒状,核仁可见;当原始细胞增殖明显时,可伴有一些中性粒细胞散在,半数以上有嗜酸性粒细胞分化^[3]。细胞学涂片如有以上特征,结合病史和发病部位,要高度考虑 MS 可能。组织切片免疫组化染色:MPO 是 MS 的特异性抗原标记;溶菌酶,CD68 阳性率均可达 90% 以上^[2-4]。本组标记结果与文献相符。该免疫组化表达结果具有重要意义,借此可与恶性淋巴瘤、低分化癌、神经内分泌肿瘤、尤文氏肉瘤鉴别。

3.3 MS 患者大多预后很差,大部分短期内死亡,但也有部分病例经化疗长期可完全缓解^[1]。

参考文献

1 罗 寨.原著.回允中,主译. ROSAI&ACKERMAN 外科病理学 [M].北京:北京大学医学出版社. 2006;2064-2066.

2 郑昌成,吴克生. 原发性粒细胞肉瘤 1 例并文献分析[J]. 临床血液学杂志,2006,19 (2):70-72.

3 李吉满,刘卫平,张明虎,等. 髓系肉瘤的临床病理特征及免疫组织化学在其鉴别诊断中的作用[J]. 中华病理学杂志,2006,35 (10):606-611

4 汤如勇,吴运谨. 小肠粒细胞肉瘤 2 例报道并文献复习[J]. 诊断病理学杂志,2004,11(06):409-411.

[收稿日期 2008-12-10][本文编辑 宋卓孙 黄晓红]

《中国临床新医学》杂志专家论文供稿计划表

(本表复印后填写寄回本刊)

姓名		性别		年龄		职务		职称	
论文题目									
单位及地址									
电话及 E-mail									
论文类型 (请选择打“√”)		1. 基金课题; 2. 基础研究; 3. 临床研究; 4. 实验研究; 5. 调查研究; 6. 临床论著; 7. 技术创新; 8. 短篇报道; 9. 综述; 10. 其他							
供稿时间									