胰腺实性-假乳头瘤复发并转移一例

· 病例报告 ·

罗洪涛，　陈敏婕

作者单位：214000　江苏，无锡市中医医院病理科

作者简介：罗洪涛(1963－)，女，大学本科，医学学士，主任医师，研究方向：医学病理学。E-mail：WUXILHT@126.com

［关键词］　胰腺实性-假乳头瘤；　病理组织学特点；　预后

［中图分类号］　R 730.261　［文章编号］　1674－3806(2020)10－1050－02

doi：10.3969/j.issn.1674－3806.2020.10.23

1　病例介绍

患者，女，65 岁，因反复腹部疼痛不适 3 年余，再发 6 d 入院。患者腹部隐痛主要位于左侧，呈阵发性，伴恶心呕吐，呕吐物为胃内容物，无呕血、黑便，时有发热，肛门无排气排便，患者上述症状时有发作，经过治疗症状均可缓解。患者在外院有胆囊手术切除、胰体尾肿瘤＋脾切除术史 6 年余，病理诊断：胰腺实性-假乳头瘤(solid-pseudopapillary neoplasm of the pancreas，SPN)。查体腹部平坦，柔软，左侧腹部压痛，未见腹壁肠型、肠蠕动波，腹壁静脉无曲张，中上腹部可见一陈旧手术瘢痕，愈合可。立卧位腹平片：下腹部肠管积气，伴多个小气液平。胸部 CT 平扫＋全腹部 CT 平扫及增强结果：(1)胸部未见明显异常。(2)胆囊切除术后改变；胰体尾及脾脏切除术后改变；左肾上极旁、肝右叶囊实性病变，恶性肿瘤可能性大；脾窝、胃大弯旁淋巴结恶性肿瘤可能性大。(3)右肾囊肿。术中见腹腔广泛粘连，肝脏左内叶(第Ⅳ段)可见一直径约 2.0 cm 肿块，质地软；大网膜可见三处直径约 2.0 cm 占位，质地坚硬；横结肠近脾曲处可见一直径约 6.0 cm 大小肿瘤，质地较硬；结肠中动脉根部、肠系膜上动脉根部可触及直径约 1.0 cm 淋巴结数枚；左上腹部腹膜后，肾脏前缘可见一直径约 6.0 cm 囊实性肿块。显微镜检查：(1)结肠肿瘤。肠黏膜下及大网膜结节见肿瘤细胞部分呈假乳头状、菊形团样结构，部分呈实性排列，浸润性生长，细胞较一致，有核沟，伴坏死，结肠两侧切缘未见肿瘤，肠系膜淋巴结未见肿瘤转移。(2)肝脏肿瘤。肝组织内见肿瘤细胞呈实性排列，细胞较一致，有核沟，伴出血。(3)胰腺肿瘤。囊内壁见肿瘤细胞部分呈假乳头状、菊形团样结构，部分呈实性排列，有核沟，可见核仁，伴出血，局部见肾上腺组织。肿瘤细胞免疫组化结果：细胞角蛋白(CK AE1/AE3)阴性，上皮膜抗原(epithelial membrane antigen，EMA)阴性，突触素(synaptophysin，Syn)阴性，嗜铬素 A(chromogranin A，CGA)阴性，CD56 阳性，细胞角蛋白 CK 20 阴性，绒毛蛋白 Villin 阴性，Ki-67 阳性(约1%)，波形蛋白 Vimentin 阳性，神经元特异性烯醇化酶(neuron specific enolase，NSE)阳性，孕激素受体(progesterone receptor，PR)阴性，癌胚抗原(carcinoembryonic antigen，CEA)阴性，细胞角蛋白 CK19 阴性，甲胎蛋白(alpha-fetoprotein，AFP)阴性，CD10 灶性阳性，细胞角蛋白 CK8/18 阴性。病理诊断：SPN[低度恶性，世界卫生组织(WHO)关于肿瘤生物学行为编码为 3]。(结肠、肝脏)结合病史及免疫，符合转移性 SPN，结肠两侧切缘未见肿瘤，大网膜见 6 枚肿瘤转移性结节，肠系膜淋巴结未见肿瘤转移(0/5)。

2　讨论

2.1　SPN 是一种少见的胰腺外分泌肿瘤[1]，首先由 Frantz 于 1959 年报道[2]，1996 年 WHO 正式将其命名为胰腺实性-假乳头状瘤。本病临床上发病率低且术前诊断较为困难，容易误诊，为低度恶性肿瘤，可以有局部浸润，常见的转移部位为腹膜或肝脏，远处转移极少发生。好发生于年轻女性，临床上，任何青春期或年轻女性胰腺具有囊性或部分囊性的肿块要怀疑 SPN，也可发生于儿童、老年及男性[3]。肿瘤可发生于胰腺的任何部位，偶有报道发生于腹膜后，与胰腺无关，目前尚不清楚，有导管细胞起源、泡细胞起源、多潜能干细胞起源、内分泌细胞起源等学说。临床上常表现为上腹部肿块或上腹部疼痛，部分患者既有上腹部肿块又有上腹部疼痛，有些表现为上腹部不适或有疲劳感，甚至有的患者无任何临床症状，仅在常规检查时发现有胰腺包块，一般各项生化检查均正常[4]。超声图像特点：肿瘤体积通常

较大,呈包膜完整多房性肿块,呈囊实性表现,有分隔,可发生于胰腺的任何部位,但很少引起胰管和胆管扩张[5]。目前手术切除是治疗 SPN 的主要方法。大多数 SPN 具有惰性的生物学行为,但由于肿瘤存在异质性,部分肿瘤具有侵袭性,可侵犯邻近组织或出现转移,因此术前准确判断肿瘤的侵袭性是影响手术方案制定的关键因素[6]。

2.2　SPN 组织学特点:肿瘤由一致的黏附性的多角形细胞排列成实性片状及丰富的纤细的血管网构成的退变性假乳头。无真性腺体或腺泡。常可见大的嗜酸性透明小球、泡沫细胞和胆固醇裂隙。核分裂数很低。免疫组化:实性-假乳头瘤不表达胰蛋白酶、糜蛋白酶、脂肪酶,可表达 CGA、Syn、CD56、波形蛋白、CD10、抗胰蛋白酶及 β 连接素(核阳性)[7,8]。

2.3　鉴别诊断:(1)腺泡细胞癌。多发生于老年男性,恶性程度高,预后差。细胞丰富,肿瘤细胞与间质比例高。肿瘤细胞呈腺泡、腺样、实性结构,被纤细的纤维间隔带分开呈结节状,常无类似导管腺癌的促纤维增生间质。可见坏死,通常呈梗死样。肿瘤细胞巢周围有许多小血管。有以下特征倾向于腺泡细胞癌:单个明显的核仁、嗜酸性颗粒状胞浆、细胞核位于基底、丰富的腺泡结构、肿瘤结节内几乎完全无纤维间质、核分裂增多。(2)高分化胰腺神经内分泌肿瘤。有“器官样”特点,呈巢状、小梁、腺样、脑回状、腺泡状或假菊形团样排列。细胞大小较一致,胞浆细颗粒状,双染性或嗜酸性,核居中,圆形或卵圆形,核仁明显,染色质粗团块状(椒盐样)。偶尔可见透明细胞、空泡状富含脂质的细胞、嗜酸细胞或横纹肌样细胞。有以下特征倾向于 SPN:细胞黏附性差,退变假乳头形成,细胞核长、有核沟,嗜酸性透明小体等[9]。

参考文献

1　韩铠泽,刘　丰,玄志鲁,等. 胰腺实性假乳头状瘤伴肠梗阻 1 例[J]. 中国现代医学杂志,2017,27(30):127 – 128.

2　白小梅,孙润芹,陈晓黎. 14 例胰腺实性 – 假乳头瘤临床病理学特征分析[J]. 临床肝胆病杂志,2019,35(5):1047 – 1051.

3　高汉青,庞　霞,赵香田,等. 胰腺实性假乳头状瘤临床病理学与术后复发/转移的相关性分析[J]. 临床与实验病理学杂志,2017,33(12):1316 – 1319.

4　郭棕亮,王　晶. 胰腺实性 – 假乳头瘤临床病理分析[J]. 山西医药杂志,2019,48(24):3085 – 3087.

5　姚凤清. 不典型胰腺实性假乳头状瘤的影像学诊断及病理对照分析[J]. 中国临床新医学,2013,6(9):865 – 869.

6　王　帅,巩雅宁,王金生,等. 胰腺实性假乳头状癌合并肝脏多发转移瘤 1 例[J]. 肿瘤学杂志,2019,25(9):844 – 846.

7　孟令娜. 胰腺实性假乳头状瘤的临床病理特征分析[J]. 中国医药指南,2018,16(21):6 – 7.

8　代娜娜,孟　刚,翁海燕. 胰腺神经内分泌肿瘤与胰腺实性假乳头状瘤中 β-catenin、E-cadherin 及 CD10 的鉴别诊断价值[J]. 临床与实验病理学杂志,2018,34(4):404 – 408.

9　王炳智,薛丽燕. 胰腺实性假乳头状瘤的临床病理特征及研究进展[J]. 中国医刊,2020,55(2):123 – 126.

[收稿日期　2019 – 12 – 20][本文编辑　刘京虹　韦　颖]

本文引用格式

罗洪涛,陈敏婕. 胰腺实性-假乳头瘤复发并转移一例[J]. 中国临床新医学,2020,13(10):1050 – 1051.