

# 同一肺叶肺癌合并硬化性血管瘤 1 例

马小梅, 刘惠敏 (第二军医大学 附属长征医院病理科, 上海 200003)

[关键词] 硬化性血管瘤; 肺癌; 副肿瘤综合征

[中图分类号] R734.2 [文献标识码] B [文章编号]1007-8096(2009)01-0068-02

患者女性,49岁。反复腰痛伴左下肢放射痛、跛行5年,加重3个月。MRI示腰椎管狭窄。有小儿麻痹症病史。查体:右下肢较左下肢萎缩。术前常规胸部CT检查示左肺上叶尖后段见一约3.2 cm ×2.5 cm ×2.1 cm大小不规则混杂性磨玻璃样密度影,边界清楚,边缘光滑,可见分叶及长的纤维束影,内部见支气管充气征,病灶内实性成分>50%,增强后明显强化。左肺下叶舌段近斜裂见一约3.5 cm ×2 cm ×1.5 cm大小肿块,肿块内见点状钙化,增强后明显增强。印象:1. 左肺上叶尖后段磨玻璃密度影,肺癌可能大;2. 左肺上叶舌段近斜裂肿块,考虑良性病变。

**病理检查** 巨检:左肺上叶标本,肺门上部一类圆形肿物,2.5 cm ×2.2 cm ×2 cm大小,近胸膜有脐凹征,切面灰白色,质地稍脆、软,界限不清;肺叶中下部近肺门见一椭圆形黑色肿物,3.8 cm ×3 cm ×1.8 cm大小,表面光滑,大部分突出于肺组织表面,切面黑色,少部分区域灰白色,质地较软,边界清楚,无包膜(图1)。镜检:左肺上叶肺门上部肿瘤瘤

细胞呈腺管样排列,浸润性生长,瘤细胞立方型、矮柱状,异型性明显,细胞质较少,淡红染,核大,深染,核分裂象易见,间质纤维反应明显,炎细胞浸润(图2)。肺门中下部肿瘤构成有4种组织学形态:出血区、硬化区、实性区(图3)和乳头区。出血区为大的充满血液的腔隙,被覆矮立方状上皮细胞,其实质为扩大的肺泡腔内充满血液,低倍镜下呈“海绵状血管瘤”,部分区见出血和含铁血黄素沉积,并见胆固醇结晶和泡沫组织细胞;硬化区纤维组织增生伴玻璃样变性;实性区圆形细胞呈片状分布,细胞大小较一致,胞质淡染,核圆形,居中,可见立方状上皮细胞呈小腺管状排列;乳头状区乳头表面被覆立方细胞,乳头轴心可见片、巢状排列的圆形细胞。以上4种结构相互移行。免疫组化:左肺上叶肿瘤细胞TTF-1、CK、EMA均强(+);左肺下叶肿瘤两型细胞EMA、TTF-1均(+),仅立方细胞CK灶性(+)。两部位肿瘤细胞NSE、CgA、Syn、S-100、CD31和MC均(-)。

**病理诊断:**左肺上叶高分化腺泡型腺癌合并硬化性血管瘤。

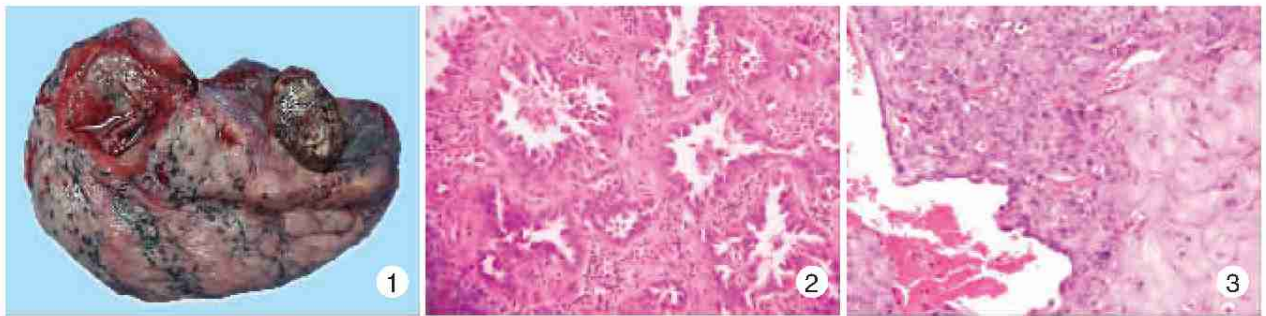


图1 左上为癌灶,右上为硬化性血管瘤 图2 高分化腺泡型腺癌 图3 硬化性血管瘤

**讨论** 肺硬化性血管瘤是一种罕见的良性肿瘤,合并肺腺癌更是罕见,同时合并副肿瘤综合征目前未见报道。自1956年Liebow等第一次描述并命名“硬化性血管瘤”以来,国内外学者对其起源、性质等争论不休<sup>[1]</sup>。后通过免疫组化和电镜观察提示,硬化性血管瘤来源于原始未分化的呼吸上皮,肿瘤组织内的多角形细胞可以向神经内分泌分化<sup>[2,3]</sup>。分子学研究显示,圆形细胞和多角形细胞有同样的单克隆形式,说明硬化性血管瘤是一种真性肿瘤而不是错构瘤<sup>[4]</sup>。

**鉴别诊断:** 乳头状腺瘤:由型肺泡细胞增生形成乳头状结构,表面上皮成分分化好,乳头间质为含血管的纤维组织,无圆形细胞。细支气管肺泡细胞癌:硬化性血管瘤以乳头为主时,且肺泡型上皮不同程度增生,核大深染,易误诊为细支气管肺泡细胞癌,但后者的乳头轴心为纤维组

织,而前者轴心见圆形肿瘤细胞,且TTF-1、EMA和vimentin阳性。类癌:如硬化性血管瘤实性区较著,瘤细胞大小、形态一致,排列呈实性片、巢状时,与类癌相似,TTF-1和vimentin阳性有助于鉴别。

行肺叶切除术后患者下肢感觉、运动障碍症状逐渐减轻,未行腰椎管手术。本例患者以下肢感觉和运动障碍为首发症状就诊,病史长且有小儿麻痹症病史,MRI诊断腰椎管狭窄,这些都给临床准确、及时的诊断、治疗带来巨大的困难。

### 参考文献:

[1] Liebow AA, Hubbell DS. Sclerosing hemangioma (histiocytoma, xanthoma) of the lung[J]. Cancer, 1956, 9(1): 53-75.  
[2] 李维华,许红民,李红芬,等. 肺的一种良性神经内分泌肿瘤——对所谓肺硬化性血管瘤来源的探讨[J]. 中华病理学杂

志,1994,23(2):69-72.

[3] 周俊,张黎,邢传平等.肺良性有神经内分泌瘤特征的硬化性血管瘤 1 例.诊断病理学杂志,2004,11(4):283.

[4] Niho S,Susuki K,Yokose T, et al. . Monochonality of both pale cells

and cuboidal cells of sclerosing hemangioma of the lung[J]. Am J Pathol, 2005, 152(4):1065-1069.

收稿日期:2008-07-15

doi:10.3969/j.issn.1007-8096.2009.01.026

## 鼻咽部新型隐球菌病 1 例

彭燕 (安徽省立医院 病理科,合肥 230001)

[关键词] 隐球菌病; 鼻咽部; 临床病理

[中图分类号] R763 [文献标识码] B [文章编号]1007-8096(2009)01-0069-01

患者女性,57岁。头痛2个月流血涕2天伴进行性消瘦4月余(体重下降30kg)。查体:左侧鼻咽顶后壁稍隆起。取活检送检。

**病理检查** 巨检:灰白色破碎黏膜组织,大小0.3cm×0.4cm。镜检:黏膜糜烂,黏膜内可见较多量腺泡样结构,伴有少数淋巴细胞和组织细胞浸润,其间可见圆形、卵圆形或新月形的折光小体,折光小体呈簇状或单个分布,可见出芽,

大小不一,直径约5~12μm。HE染色:新型隐球菌菌体呈淡红色或不着色,周围有一宽阔而具有折光性的胶冻样荚膜包裹,荚膜厚3~5μm,由黏多糖物质组成,经固定后由于收缩而与外周组织形成透亮的空晕(图1)。特殊染色:空晕着色,AB法(pH2.5)染色荚膜成蓝色(图2);PAS法染色荚膜呈玫瑰红色(图3);六胺银染色荚膜呈黑色(图4)。

病理诊断:(鼻咽部)新型隐球菌病。

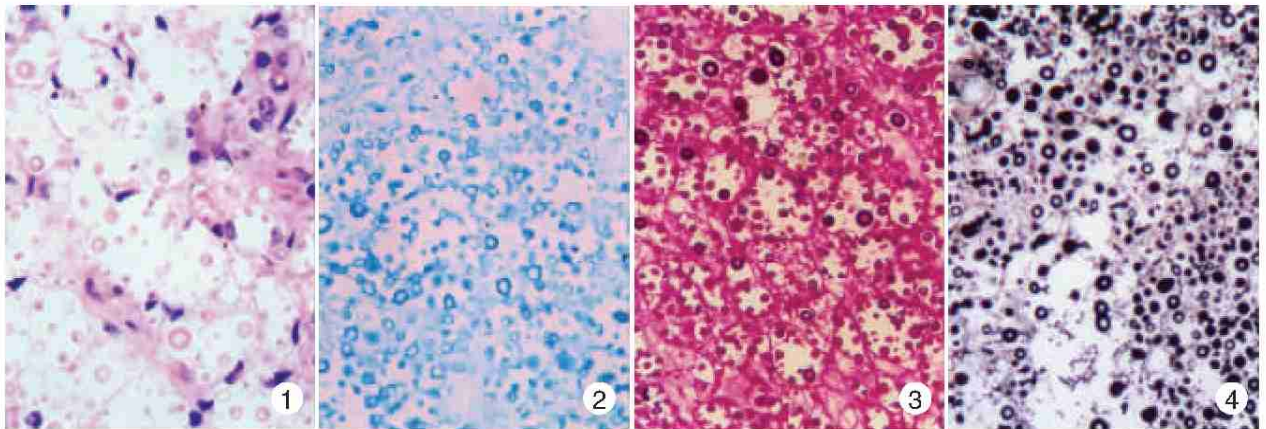


图1 荚膜与外围组织形成透亮的空晕 图2 荚膜呈蓝色 AB法 图3 荚膜呈玫瑰红色 PAS法 图4 荚膜呈黑色 六胺银法

**讨论** 新型隐球菌又名溶组织酵母菌,是土壤、鸽类、牛乳及水果等的腐生菌,也可存在于人的口腔中,可侵犯人和动物。一般为外源性感染,但也可能为内源性感染,对人类而言,它通常是条件致病菌,主要侵犯中枢神经系统和肺。原发性肺隐球菌病首次由 Sheppe 等<sup>[1]</sup>于1924年报道,而鼻咽部隐球菌病尚未见报道。HE切片上可见新型隐球菌,因其着色浅淡,如不仔细观察,易被忽视,特殊染色有助于识别该病原体。

本菌镜下还须与其他真菌鉴别<sup>[2]</sup>: 组织胞浆菌:存在于组织细胞及巨细胞内,圆形或卵圆形,可有出芽,但体积较小,直径1~5μm。由于固定所致,在细胞壁外形成一透亮空晕。PAS染色病原体呈红色,而细胞壁外空晕不着色,证明空晕并不是荚膜。念珠菌:芽生孢子大多在细胞外聚集成

堆,常见假菌丝,如竹节状,切片上同时见到芽生孢子和假菌丝才可诊断为念珠菌。球孢子菌:在巨细胞外有大量孢子,直径10~80μm,平均40μm,圆形,有一厚壁,细胞分裂不是靠出芽,而是呈大孢子内形成内孢子的形式。

隐球菌病临床诊断困难,血清学检查可能会有一定帮助,最后确诊必须依靠病理学检查。

### 参考文献:

- [1] Hammerman KJ, Powell KE, Christainson CS, et al. Pulmonary cryptococuses: clinical formas and treatment[J]. Am Rev Respir Dis, 1973,108(5):1116-1123.
- [2] 刘彤华主编.诊断病理学[M].北京:人民卫生出版社,1994. 160-166.

收稿日期:2008-07-11