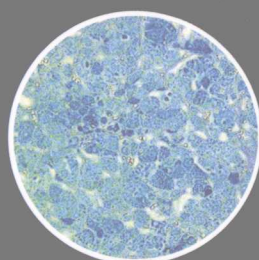
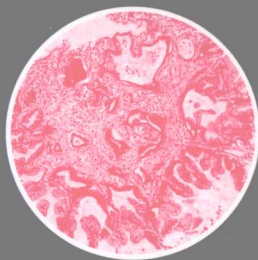
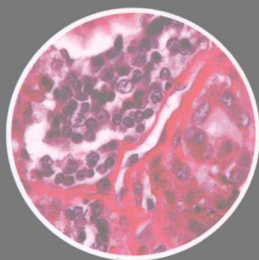


SHAOJIAN ZHONGLIU

BINGLI DUPIAN JINGXUAN



少见肿瘤

病理读片 精选

● 主 编 张金库 张浙岩



人民军医出版社

PEOPLE'S MILITARY MEDICAL PRESS

赠CD-ROM光盘

少见肿瘤病理读片精选

SHAOJIAN ZHONGLIU BINGLI DUPIAN JINGXUAN

主 编 张金库 张浙岩

副主编 温 实 黄秀英 路英文

赵春兰 安会波 田 茶

编 委 (以姓氏笔画为序)

王 晴 王铁军 王勤增

乔海芝 刘 亮 刘亚周

刘雪峰 齐银桃 李金梅

陈宝玉 尚雪飞 周炳娟

赵文明 舒 民

 人民军医出版社

PEOPLE'S MILITARY MEDICAL PRESS

北 京

图书在版编目(CIP)数据

少见肿瘤病理读片精选 / 张金库, 张浙岩主编. — 北京: 人民军医出版社, 2008.8

ISBN 978-7-5091-1993-8

I. 少… II. ①张…②张… III. 肿瘤学: 病理学—图谱 IV. R730.2-64

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2008)第 113079 号

策划编辑: 张利峰 **文字编辑:** 张浩东 **责任审读:** 刘 平

出 版 人: 齐学进

出版发行: 人民军医出版社

经销: 新华书店

通信地址: 北京市 100036 信箱 188 分箱

出编: 100036

质量反馈电话: (010)51927270; (010)51927283

邮购电话: (010)51927252

策划编辑电话: (010)51927300-8700

网址: www.pmmp.com.cn

印刷: 北京天宇星印刷厂

装订: 恒兴印装有限公司

开本: 850mm × 1168mm 1/32

印张: 9 **字数:** 228 千字

版、印次: 2008 年 8 月第 1 版第 1 次印刷

印数: 0001 ~ 2800

定价: 130.00 元

版权所有 侵权必究

购买本社图书, 凡有缺、倒、脱页者, 本社负责调换

内 容 提 要

本书是一部以少见肿瘤病理图谱为主的专辑。全书共11章,汇集了呼吸系统、消化系统、泌尿系统、中枢系统、妇女生殖系统和乳腺、甲状腺、皮肤、淋巴结、软组织与其他组织的疑难及少见肿瘤或瘤样病变近200例,不同放大倍数的显微镜下照片千余张。本书以病理读片的形式,从肿瘤的临床特征、组织形态、诊断意见、鉴别诊断、临床预后等方面系统进行讨论和介绍,以使读者达到丰富视野、开阔思路和积累诊断经验的目的。本书所引用的资料翔实完整、图片精致清晰、具有较强的实用价值,可以作为病理科医师及相关临床工作人员的参考用书。

前 言

病理诊断长期以来被视为肿瘤诊断的“金标准”，这既体现了临床上对病理医生的认可与重视，同时也对病理医生提出了严格的要求。肿瘤组织学结构以及细胞形态千变万化，甚至就某一个肿瘤而言，其镜下形态也错综复杂。去伪存真、于不典型之中找到典型的过程就是病理诊断的过程，同时也是积累诊断经验的过程。有些肿瘤形态学结构非常少见，作为一名基层病理医生可能在工作中不曾遇见过，还有一些病例虽然罕见，但其组织结构或细胞形态非常独特，见上一面则终生难忘。

本书汇集了疑难少见肿瘤或瘤样病变近200例，不同放大倍数的显微镜下照片千余张，个别病例还配有肿瘤大体照片，每一例都经多位病理专家会诊讨论，大部分病例有免疫组化染色等辅助诊断依据，有较为统一的诊断意见，并采用最新WHO分类命名方案。本书中的每一种少见的肿瘤都从临床特征、组织形态、诊断意见、鉴别诊断、临床预后等几方面作了讨论或介绍，是一部资料完整、翔实、细致的图谱专辑。本书以病理读片的形式呈现给读者，目的是尽量避免先入为主的困扰。本书中的每一个病例都从临床资料、肿瘤大体描述、镜下组织形态和必要的辅助检查等信息开始，让读者先有一个自己的诊断思路，再结合或参考读片的最终会诊意见，希望能起到令读者丰富视野、开阔思路和积累诊断经验的效果。

对于本书中存在的纰漏和问题，敬请各位批评指正。

编 者

2008年4月

目 录

第 1 章	呼吸系统	1
第 2 章	消化系统	34
第 3 章	泌尿系统	59
第 4 章	中枢神经系统	84
第 5 章	女性生殖系统	103
第 6 章	乳腺	133
第 7 章	甲状腺	157
第 8 章	皮肤及附属器官	167
第 9 章	淋巴组织	196
第 10 章	软组织	218
第 11 章	其他	262

第 1 章

呼 吸 系 统

病例 1

病史:女性,56岁,反复咳嗽、咯血10余年,加重3年。X线胸片示双下肺支气管扩张,左下肺明显。

大体标本:11cm × 5cm × 2cm 和 13cm × 10cm × 6cm 肺组织2块,胸膜稍粗糙,切开可见支气管扩张,管壁增厚,黏膜粗糙,腔内可见脓性分泌物,多个切面未见明显肿物及结节。

临床诊断:支气管扩张症。

病理图片:见图 1-1-1 至图 1-1-4。

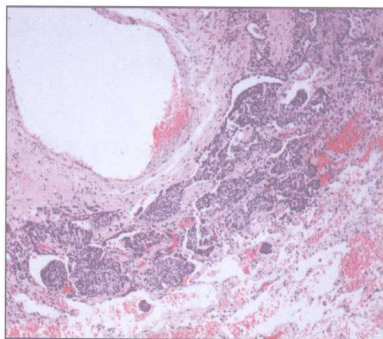


图1-1-1 支气管壁可见少量呈实性增生的细胞巢

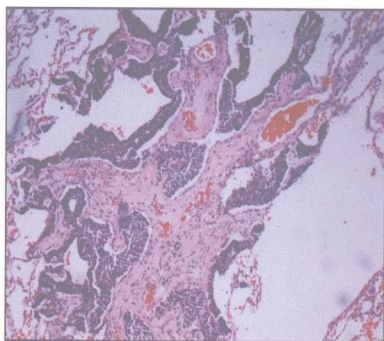


图 1-1-2 瘤细胞小,呈片块状或小梁状,有腺腔样结构,周边可见肺泡

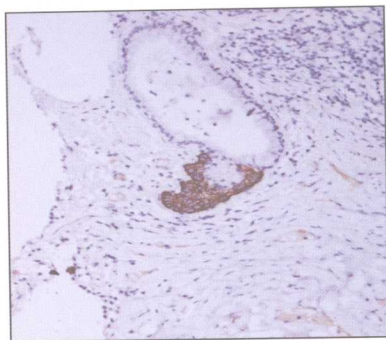


图 1-1-3 瘤细胞 CgA 阳性

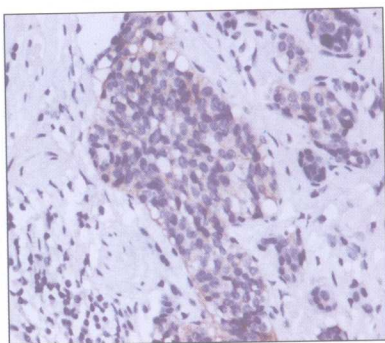


图 1-1-4 肿瘤细胞 CK 呈阳性表达

病理诊断:肺微小瘤(tumorlet)。

【讨论】

肺微小瘤是多灶性细小的增生结节,免疫学研究表明其发生于气道黏膜上皮的 NECs—Kultschitzky 细胞。WHO(2004)肺肿瘤的组织学分型中,将微小瘤定义为瘤样病变,与 NECs 增生并列为一个标题。并概述了 3 种类型的 NECs 增生,认为多数气道 NECs 增生不是癌前病变,周围型类癌邻近黏膜上皮的 NECs 增生是否为癌前病变不甚清楚,而弥漫性特发性 NECs 增生(DIPNECH)的极少数病例,可伴发多发性微小瘤和一个甚至多发性周围型类癌,因此认为是类癌的癌前病变。

【临床特点】

微小瘤常与能导致肺部严重纤维化的疾病相伴随,最常见于支气管扩张,也可见于叶内隔离肺,少数见于慢性间质性肺病和结核病。

【病理特点】

1. 大体 微小瘤结节常为散在多发,可发生在一个肺叶,也可发生在多个肺叶甚至双肺。其数目可从几个至数十个。肿瘤体积微小,大小仅数毫米,多数为镜下细胞结节。有时结节直径可达 0.3~0.5cm。多分布在严重瘢痕化的肺叶内,位于病变的支气管附近或扩张的支气管

壁旁、病变的细小支气管周围和纤维化的肺间质中,甚至有的靠近血管。

2. 镜下 由短梭形或小圆形细胞构成。呈簇状、巢状或索团状,常被纤维分隔,富含窦状血管,细胞核染色深,无坏死及核分裂,肿瘤细胞不突破基膜。病程晚期,当增生的细胞突破基膜并形成有纤维间质的肿瘤细胞巢时,传统上称为“微小癌”,肿瘤的体积达到或超过5mm时,即可诊断为类癌。

【免疫表型】

1. 阳性 CK, CK7, CgA, NSE, Syn, ACTH。

2. 阴性 LCA, CD34, CK20, TTF-1, S-100。

【鉴别诊断】

1. 细支气管上皮内的神经内分泌细胞增生 病变仅限于细支气管上皮内的神经内分泌细胞数目增多,可成细胞小结或呈线状排列,未穿透基膜。而微小癌是支气管壁NECs增生所形成的小结节,并穿透了黏膜上皮基膜。多为镜下结节,最大结节须 $< 0.5\text{cm}$ 。

2. 类癌 肿瘤体积 $> 0.5\text{cm}$ 。

3. 小细胞癌 对于经支气管镜肺活检的标本,由于组织小而局限,很可能将微小癌误诊为小细胞癌,但后者细胞多形性更明显,核分裂活跃,有坏死灶。

【预后】

肺的类癌性微小瘤生长缓慢,很少转移,临床呈良性经过。

病例2

病史:女性,65岁,上颌窦、鼻腔肿物。

大体标本:黄白色,质地软,有光泽,肿物呈 $4\text{cm} \times 3\text{cm} \times 1\text{cm}$ 。

病理图片:见图1-2-1至图1-2-5。

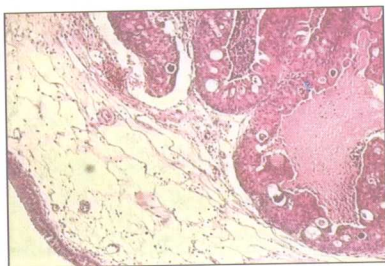


图 1-2-1 似内翻性生长,乳头状结构,表面被覆多层具有丰富的嗜酸性细胞质的上皮细胞

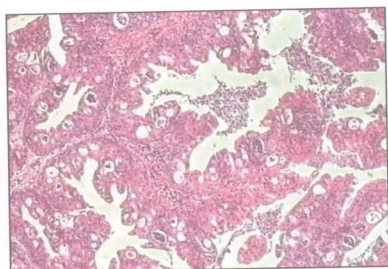


图 1-2-2 上皮细胞增生较活跃,细胞质内含含有黏液

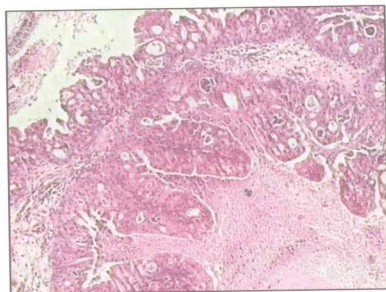


图 1-2-3 生长方式与内翻性乳头状瘤相似

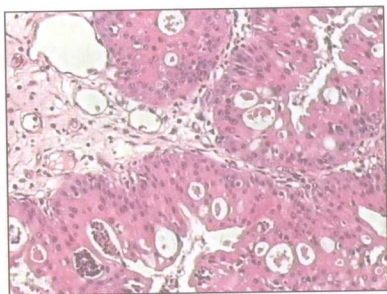


图 1-2-4 嗜酸性细胞的细胞质丰富,内含浓缩的黏蛋白滴

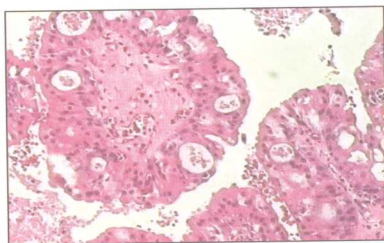


图 1-2-5 嗜酸性细胞的细胞质丰富,间质少量淋巴细胞浸润

病理诊断:嗜酸细胞乳头状瘤(oncocytic papilloma)。

【讨论】

鼻腔和鼻窦的乳头状瘤可分为3种:外生性乳头状瘤(蕈状乳头状瘤)、内生性乳头状瘤、嗜酸性细胞乳头状瘤(柱状细胞乳头状瘤)。嗜酸性细胞乳头状瘤是乳头

状瘤中最少见的类型,低倍镜下与内生性乳头状瘤极其相似,但是被覆上皮为嗜酸性假复层或复层柱状细胞,细胞核一致浓染,细胞质丰富,嗜酸性,可呈颗粒状,其中可见黏液内含物,并可见浓缩的粉染蛋白物。有研究发现外生性和内翻性乳头状瘤中显示有HPV的DNA,而嗜酸性细胞乳头状瘤中该病毒的DNA阴性。

【鉴别诊断】

1. 嗜酸性细胞乳头状瘤有明显炎症改变时,应注意与炎性息肉相鉴别,后者不伴有嗜酸性上皮细胞或黏液内含物。

2. 当嗜酸性细胞乳头状瘤横切时应与腺癌鉴别,前者的核缺乏非典型性。

【预后】

内生性乳头状瘤和嗜酸性细胞乳头状瘤均与癌有相关性,但并无标准来预测继发癌变的风险,故应该注意多取材,所有切除组织应进行显微镜下检查,以防止忽略了小病灶癌。

病例3

病史:男性,54岁。反复咳嗽、咳痰6年,加重伴呼吸困难1个月。体检见口唇轻度发绀,胸骨上窝、锁骨上窝和肋间隙出现凹陷,双肺呼吸音粗。CT示气管上段内有直径2.5cm类圆形软组织密度影。纤微支气管镜见声门下粉红色肿物堵塞管腔。术中:见肿物位于环状软骨下1.5cm,向气管腔内生长,占据整个管腔的4/5,为2.5cm × 2.0cm × 2.0cm大小。

大体标本:灰粉色碎组织一堆,共3cm × 2cm × 2cm。

临床诊断:喉癌。

病理图片:见图1-3-1至图1-3-9。

免疫组化结果:

1. 阳性表达 Actin(+), Vimentin(+), Desmin[小灶性肿瘤细胞(+)]。细胞周围有丰富的胶原, H-caldesmon(+).

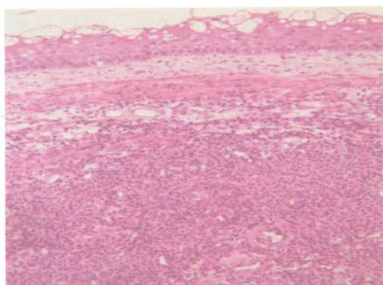


图 1-3-1 肿瘤组织位于黏膜下,境界清楚

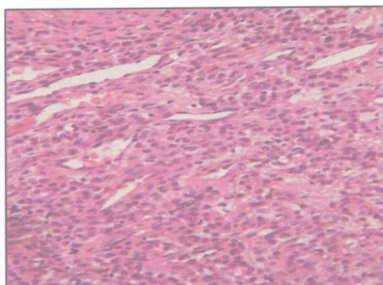


图 1-3-2 狭长的血管腔,围绕多层小圆细胞

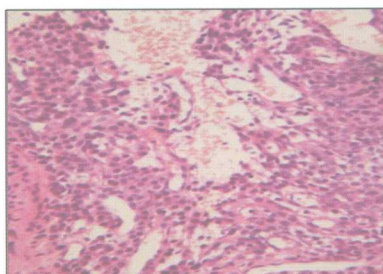


图 1-3-3 肿瘤细胞小,胞质中等,嗜酸性,上皮样排列

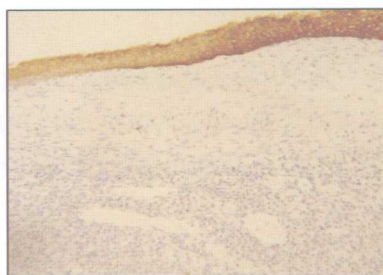


图 1-3-4 肿瘤细胞 CK 染色阴性,被覆表面上皮阳性



图 1-3-5 肿瘤细胞 Vimentin 染色阳性

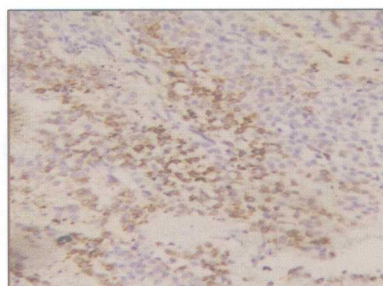


图 1-3-6 肿瘤细胞 Desmin 小灶性阳性

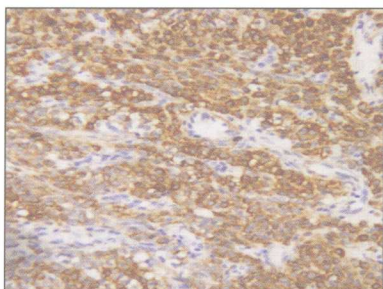


图 1-3-7 肿瘤细胞 Actin 染色阳性

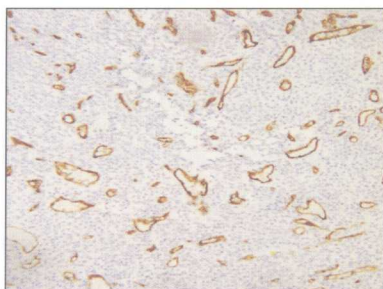


图 1-3-8 肿瘤细胞 CD34 染色阴性，血管阳性表达

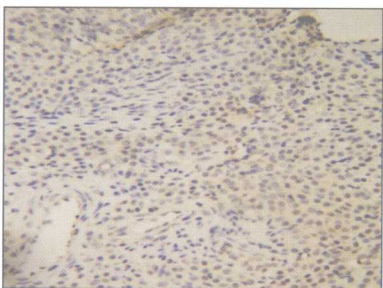


图 1-3-9 肿瘤细胞 CgA 染色阴性

2. 阴性表达 CK(-), CD34(-), CgA(-), Syn(-), S-100(-)。

病理诊断：气管血管球瘤 (glomus tumors of trachea)。

【讨论】

血管球瘤是较少见的肿瘤，占软组织肿瘤的0.1%左右，通常发生于血管球结构丰富的指甲床区

及指尖，其他部位如手掌、手腕、前臂、足等处也并不多见，但发生于气管的血管球瘤极为罕见。检索国内外文献，仅见20余例报道。到目前为止，所有报道的气管血管球瘤及本例患者均为起源于气管后壁的无痛性肿物，以咳嗽、咯血及呼吸困难为主要表现。WHO将其命名为“由与正常血管球小体中修饰的平滑肌细胞非常类似的细胞构成的间叶性肿瘤”。气管的血管球瘤病理表现与其他部位相同，临床分为单发性和多发性。

【病理特点】

1. 单发性肿瘤 由境界清楚的纤维束包绕，瘤内含有许多狭窄而不规则的血管腔，周围绕以多层血管球细胞，血管球细胞呈圆形或立方

形,大小形态一致,胞质稀少,弱嗜酸性,核大而圆,染色淡,似上皮样细胞,间质散在成纤维细胞和肥大细胞,并可发生黏液变性。

2. 多发性 血管球瘤无包膜,血管丰富,多位于真皮深层及皮下组织,组织像与单发性相同,但血管周围仅见少量血管球细胞。

【免疫表型】

1. 阳性表达 Actin(+), Vimentin(+), Desmin[小灶肿瘤细胞(+)]。细胞周围有丰富的胶原, H-caldesmon(+).

2. 阴性表达 CK(-), CD34(-), CgA(-), Syn(-), S-100(-)。

【超微结构】

球细胞有交叉排列的短的胞质突起,伴有密集的细的actin样微丝束,偶有与包膜黏附的斑块,有明显的细胞外板。

【鉴别诊断】

单发性需与血管周细胞瘤鉴别,后者损害较大,细胞不规则增生,呈梭形,无上皮样形状的细胞。

病例 4

病史:男性,66岁,左肺上叶肿物,直径5cm,灰白色,中心坏死。
病理图片:见图1-4-1至图1-4-6。

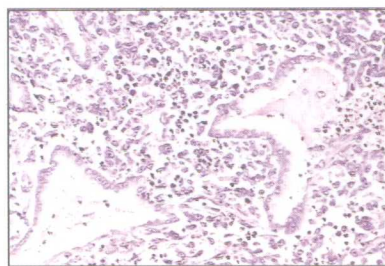


图1-4-1 富含细胞的间质中可见分化较好的腺管

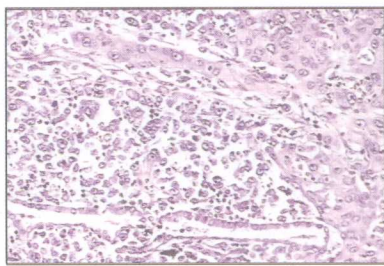


图1-4-2 间质细胞细胞质丰富,形态多样

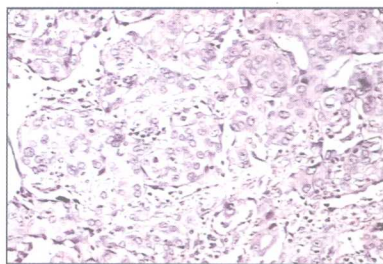


图 1-4-3 “桑葚胚”样结构,细胞核呈毛玻璃样改变

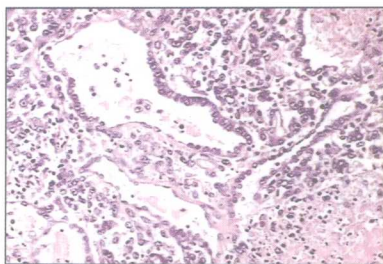


图 1-4-4 富含细胞的间质中可见分化较好的腺管

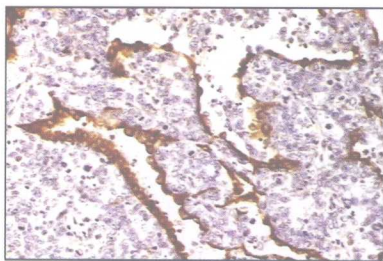


图 1-4-5 腺体 CK 阳性

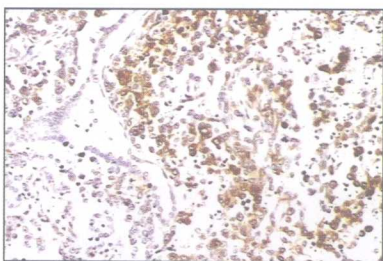


图 1-4-6 间质细胞 Vim 阳性

病理诊断:肺母细胞瘤(pulmonary blastoma)。

【讨论】

肺母细胞瘤,亦称肺胚瘤,常见于成人,多为周边孤立性,境界清楚,体积较大。

【病理特点】

在细胞性的间质中出现分化好的腺管,间质细胞为未分化的小卵圆形或梭形细胞,总体表现与10~16周妊娠的胚胎肺相似。腺管上皮细胞细胞质中富含糖原,常出现核下或核上空泡;少数腺上皮细胞有神经内分泌特点。间质细胞可向骨骼肌、软骨或骨方向分化,有些肿瘤呈卵黄囊分化、恶性黑色素瘤、肠道分化等。常见细胞质丰富,嗜酸性实性细胞球体,这些细胞的胞核呈毛玻璃样改变。

【免疫表型】

因间质的分化方向不同,而表达其相应的蛋白标记物。

【鉴别诊断】

1. 癌肉瘤 癌肉瘤的癌成分常为鳞状细胞癌,肉瘤成分常为梭形细胞型,偶尔出现两者混合型或移行性病变时,二者难区分。

2. 肺之内胚叶瘤 / 胚胎性腺癌 此肿瘤与肺母细胞瘤有相似的腺管样结构,但无肉瘤样成分,腺管成分可呈明显的子宫内膜样表现。

【预后】

预后不良,曾有人回顾在 12 例肺母细胞瘤中有 5 例有转移。

病例 5

病史:女性,58 岁,肺占位性病变。

病理图片:见图 1-5-1 至图 1-5-5。

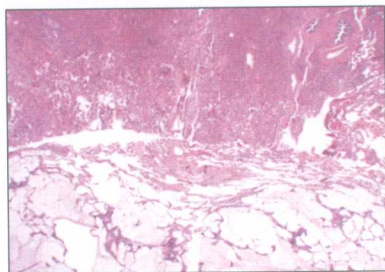


图 1-5-1 肿瘤组织中大量黏液

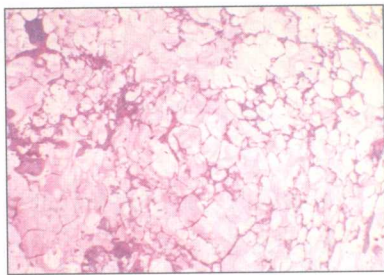


图 1-5-2 肺泡腔内及间质中形成黏液池

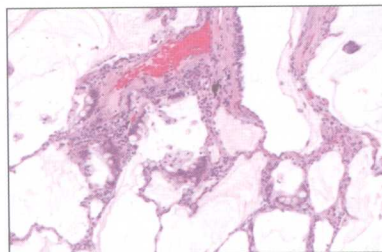


图 1-5-3 同一肺泡中可见肿瘤细胞与肺泡上皮相延续

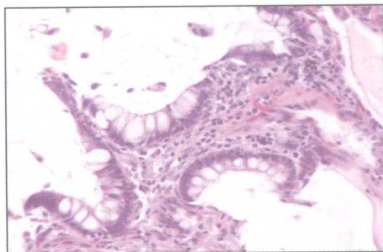


图 1-5-4 支气管腔内被覆分化较好的含黏液的肿瘤细胞

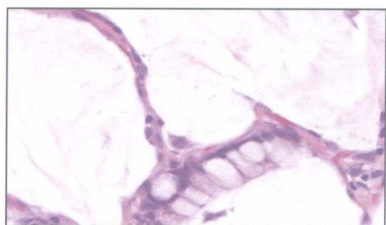


图 1-5-5 肿瘤细胞与杯状细胞相似

病理诊断:细支气管肺泡癌,黏液细胞型(bronchiolo-alveolar carcinoma with mucous cells)。

【讨论】

黏液性细支气管肺泡癌是肺癌的一个组织病理学亚型。

【病理特征】

1. 大体 呈胶冻样显示多个结节,但更多的大体检查只产生肺实变,而不形成明显的肿物。

2. 镜下 肿瘤由分化好的含黏液的柱状细胞构成、肿瘤细胞衬覆呼吸道,但不浸润间质,可见衬覆肺泡的肿瘤细胞与呼吸性细支气管和肺泡管被覆上皮相延续。肿瘤细胞与正常细胞组织划然分界,有诊断意义。肺泡腔隙周围可见黏液池形成。

【免疫表型】

AE1/AE3、EMA、CEA 阳性,CK20 阳性表达比 CK7 更常见,TTF-1(-),乳铁蛋白(-),溶菌酶(+).

【超微结构】

细胞质充满低电子密度颗粒,内部结构各异。

【鉴别诊断】

1. 黏液性细支气管肺泡癌与不典型腺瘤样增生鉴别 后者常出现化生,相对缺乏细胞拥挤及细胞形态的单一性。

2. 黏液性细支气管肺泡癌与结肠转移腺癌鉴别 后者 CDX2(+).

【预后】

如果按照WHO对支气管肺泡癌的诊断标准(肿瘤细胞沿肺泡结构生长,无间质、血管、胸膜侵犯),那么局限性切除的5年生存率为100%。