



doi:10.3978/j.issn.1005-6947.2015.03.031
http://dx.doi.org/10.3978/j.issn.1005-6947.2015.03.031
Chinese Journal of General Surgery, 2015, 24(3):455-456.

· 病案报告 ·

胰头部韧带样型纤维瘤误诊为胰腺癌 1 例

李秋婷, 黄月容, 康举龄

(暨南大学附属第一医院 病理科, 广东 广州 510632)

关键词 胰腺肿瘤; 纤维瘤, 韧带样型 / 误诊; 病例报告
中图分类号: R735.4

患者 女, 47岁。因间断性头晕头痛2年余, 加剧4h入院。既往有高血压病和脑动脉硬化史。曾行阑尾切除术, 有家族高血压史及乙肝病史。入院体检: 血压145/99 mmHg (1 mmHg=0.133 kPa), 体温36.5℃, 脉搏75次/min, R 19次/min, 神清, 腹平软, 未触及包块, 四肢肌力正常, 颅神经(-), 心肺(-), 无黄疸。血常规: 白细胞 $12.04 \times 10^9/L$, 中性0.81, 血淀粉酶75.5U/L, 尿淀粉酶545.2 U/L。大小便常规正常, 潜血试验阴性。其它实验室检查: 总胆固醇

5.94 mmol/L, 载脂蛋白A2.13 g/L, 胆碱酯酶14 977 U/L。头颅CT: 右底节区隙性梗死。腹部B超: 胰头实质性占位性病变(考虑来源于腹膜后), 肾, 肝, 脾未见异常。腹部CT: 胰头见4.8 cm×3.3 cm分叶状肿块, 密度不均匀, 增强后呈明显环形强化, 壁厚薄不均匀, 病变与钩突分界不清, 不排除恶变可能。临床诊断: 高血压, 高血脂; 脑动脉硬化; 胰腺肿块待查, 考虑恶性可能性大。外科手术行胰头、十二指肠加部分胃切除, 术中见肿物居于胰头, 约4 cm×4 cm大小, 质硬,

可活动。肝脏及腹腔内其他脏器未见异常。病理检查: 十二指肠与胰头间见一约4.0 cm×4.0 cm×5.0 cm近圆形肿物(图1), 镜下见肿瘤主要由梭形细胞构成, 细胞呈束状或编织状排列, 基质大量胶原纤维, 并见玻璃样变。肿瘤细胞不同程度浸润胰腺组织中, 并见胰腺组织萎缩, 肿瘤无侵犯肠壁肌组织(图2)。免疫组织化学: vimentin(++)(图3), Desmin(-), SMA(-), S-100(-), NSE(-), CD34(-), CD117(-)。诊断: 韧带样型纤维瘤伴囊性变。



图1 肿瘤位于胰头部, 与胰腺组织浸润粘连, 胰腺约4.0 cm×2.0 cm×2.0 cm, 呈半月形包绕肿物

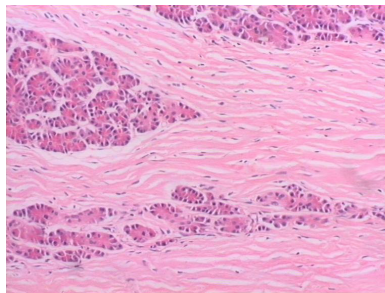


图2 肿瘤细胞梭形, 基质胶原纤维增生, 浸润胰腺(HE×100)

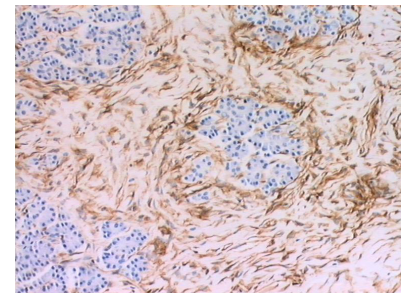


图3 肿瘤细胞呈vimentin阳性染色(IHC×100)

讨论 韧带样型纤维瘤(病), 又称侵袭性纤维瘤病, 是指一组发生于腹壁外、腹壁和腹腔内的具有

局部侵袭潜能的纤维母细胞/肌纤维母细胞增生性肿瘤。包含3个主要生物学类型: 散发性、与家族性腺瘤性息肉(FAP)相关的家族型、多中心型。解剖学方面可分为3个亚型: 腹外型(60%)、腹壁型(25%)以及腹内型(15%)。发病高峰约为11~40岁, 女性较男性多见。腹内型多见于肠系膜、胃韧带、大网膜和后腹膜等。腹内型发病率较低, 有统计报道每年每百万人口发病仅

为2.0~4.0人。本例发生于胰头部, 国内暂未见报道。

本病大多生长缓慢, 少数生长较快, 表现为无痛性肿块, 直径多>5 cm, 临床常因肿瘤侵袭或压迫邻近组织器官而引起症状被发现。大体病理检查可见肿块质地韧, 灰白或灰红色, 有编织状纹理。镜下见病变由形态较一致的梭形纤维母细胞和肌纤维母细胞组成, 排列呈束状, 间质内可存在较多胶原纤维束,

收稿日期: 2014-10-06;

修订日期: 2014-12-25。

作者简介: 李秋婷, 暨南大学附属第一医院硕士研究生, 主要从事肿瘤病理方面的研究。

通信作者: 康举龄, Email: 365251250@qq.com

可呈瘢痕疙瘩样改变, 肿瘤边缘呈蟹爪样侵袭周围肠壁。肿瘤较大时可出现局灶性黏液变性, 囊性变, 有时见有数目不等显著扩张的裂隙状血管, 血管周围水肿^[1]。韧带样纤维瘤病免疫组化检测表现为 vimentin 强阳性, 也可表达结蛋白, SMA 表达强弱不一, 偶尔 S-100 表达弱阳性^[2]。β-catenin 核阳性表达可见于纤维瘤病^[3]。β-catenin 与 Wnt 通路密切相关, β-catenin 通过与转录因子 Tcf/Lef 结合激活下游基因, 可以导致细胞的异常增殖, 与肿瘤的发生、发展相关^[4]。组织学上要发生于肠壁的平滑肌瘤、胃肠间质瘤、神经纤维瘤等鉴别。

本病以局部浸润生长为特点, 不发生转移, 生物学行为介于良性纤维组织细胞增生和纤维肉瘤之间, 属交界性肿瘤。本病原因仍不清, 可能与外伤, 内分泌, 遗传等有关。

本例中患者有阑尾切除手术史, 可能为发病诱因之一。

本病诊断主要依据组织病理学检查。影像学中, 包括 CT, 超声不能对本病性质准确定性, 但可动态观察肿物大小、范围及与周围组织的空间关系, 对手术治疗提供帮助。病理学诊断仍是诊断本病的金标准。本例影像学检查时考虑为胰腺癌, 为尽量减少此疾病误诊的发生, 应仔细询问病史, 对有外伤、手术史及家族史的患者应提高警惕。必要时应在术前行 B 超引导下穿刺活检以明确诊断。

韧带样纤维瘤(病)目前以手术治疗为主。治疗以手术完整切除肿块, 及周围受侵袭组织为主, 若处理不当可复发。而且手术本身也是本病发生的危险因素之一。术后放疗对复发的控制目前仍存在争议。针对肠系膜纤维瘤病, 也有学者^[5]

提出联合治疗(系统性化疗、激素治疗、非甾体抗炎药物等)是行之有效的方法。

参考文献

- [1] 杨吉龙, 王坚, 周晓燕, 等. 韧带样型纤维瘤病的临床病理学及遗传学研究[J]. 中华病理学杂志, 2006, 35(3):145-150.
- [2] Miettinen M. Are desmoid tumors kit positive?[J]. Am J Surg Pathol, 2001, 25(4):549-550.
- [3] 骆丽, 刘凤阁, 刘彤, 等. 韧带样型纤维瘤病的临床病理分析[J]. 临床与病理杂志, 2014, 34(5):554-559.
- [4] Poon R, Li C, Alman BA. Beta-catenin mediates soft tissue contracture in clubfoot[J]. Clin Orthop Relat Res, 2009, 467(5):1180-1185.
- [5] Choi JY, Kang KM, Kim BS, et al. Mesenteric fibromatosis causing ureteral stenosis[J]. Korean J Urol, 2010, 51(7):501-504.

(本文编辑 姜晖)



doi:10.3978/j.issn.1005-6947.2015.03.032

http://dx.doi.org/10.3978/j.issn.1005-6947.2015.03.032

Chinese Journal of General Surgery, 2015, 24(3):455-457.

· 病案报告 ·

胰管“桥接法”治疗胰腺横断伤 1 例

张春涛¹, 石力¹, 江宗兴¹, 张华²

(中国人民解放军成都军区总医院 1. 普外中心 2. 康复医学科, 四川 成都 610083)

关键词 胰腺 / 损伤; 胰腺横断伤 / 外科学; 病例报告

中图分类号: R657.51

患者 男, 46 岁。因腹背部外伤致上腹部持续性腹痛 10 h 入院,

收稿日期: 2014-09-10;

修订日期: 2015-02-18。

作者简介: 张春涛, 中国人民解放军成都军区总医院住院医师, 主要从事肝胆胰外科方面的研究。

通信作者: 石力, Email: 13882186722@163.com

无恶心、呕吐。体检: 腹明显压痛, 上腹部肌紧张、反跳痛。腹部 B 超检查示: 胰颈部裂隙状无回声区, 腹腔积液。腹部 CT 示: 胰腺实质内密度不均(图 1), 肝、脾周围少许积液, 盆腔积液。血白细胞 $12.6 \times 10^9/L$, 其中中性粒细胞 0.94; 血淀粉酶 320.7 U/L; 盆腔积液淀粉酶 51.6 万 U/L。腹部立卧位片未见腹腔内积气。入院诊断: 腹部闭合性外伤, 胰腺损伤。急诊行剖腹探查术, 术中见腹腔内

大量淡红色积液, 胰腺头体交界处一长约 3.0 cm, 宽约 0.4 cm 的裂口(图 2), 包括胰管在内的胰腺实质完全横断, 胰周网膜组织呈棕色, 十二指肠未见穿孔、破裂; 肝、脾、肾、胃未见异常。清除胰腺断面破碎组织, 遂采用“桥接法”处理创伤胰腺组织: 用生理盐水冲洗断面, 确认无活动性出血后, 找到两断端主胰管开口, 用深静脉穿刺导丝由胰管近端断端口置入, 于十二指肠