

少量腹水中查到腺癌细胞 1 例

刘爱华, 郑幼桥(江苏省泰州市姜堰区第三人民医院检验科 225500)

【关键词】 胸腔积液; 腺癌细胞; 渗积液; 漏出液

DOI: 10. 3969/j. issn. 1672-9455. 2013. 23. 088 文献标志码: B 文章编号: 1672-9455(2013)23-3245-02

腹水常规检查是临床上常开展的检验项目, 同时也是鉴别渗积液与漏出液的主要方法之一。作者多年来在做胸、腹水常规检查时, 特别留心于脱落细胞形态学检查, 并从 1 例患者少量腹水中查到腺癌细胞, 现报道如下。

1 临床资料

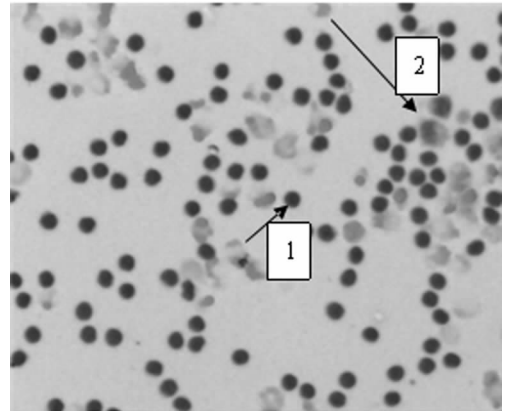
1.1 一般资料 患者, 男, 29 岁, 半月来因上腹部胀痛, 进食后加剧。全身乏力伴消除疲劳, 于 2012 年 5 月 24 日入院。入院后检查: 体温(T)38. 2℃, 血压(BP) 126/80 mm Hg, 精神尚可, 自动体位, 体质偏瘦, 巩膜无黄染, 口唇无发绀, 双肺呼吸音清, 未闻及干湿啰音, 心率 72 次/分, 律齐无杂音, 腹平坦, 脐周轻度压痛, 无肌紧张, 未触及包块, 肝脾肋下未触及, 肠鸣音不亢进。B 超检查: 腹腔内有少量液性暗区, 未发现腹腔脏器器质性病变。

1.2 实验室检查 白细胞计数 $11.0 \times 10^9/L$, 红细胞计数 $4.84 \times 10^{12}/L$, 血红蛋白 134 g/L, 红细胞比容 37. 9%, 血小板计数 $118 \times 10^9/L$, 中性粒细胞比例 76. 5%, 中间细胞比例 1. 6%, 淋巴细胞比例 21. 9%。总胆红素 10. 3 $\mu\text{mol/L}$, 直接胆红素 2. 6 $\mu\text{mol/L}$, 总蛋白 69. 3 g/L, 清蛋白 40. 5 g/L, 丙氨酸氨基转移酶 29. 6 U/L, 天门冬氨酸氨基转移酶 23. 5 U/L, 碱性磷酸酶 62. 4 U/L, 谷氨酰转肽酶 28. 6 U/L, 尿素氮 6. 8 mmol/L, 肌酐(Cr)98. 3 $\mu\text{mol/L}$, 尿酸 286 $\mu\text{mol/L}$ 。肿瘤标志物: 癌胚抗原(CEA)25 $\mu\text{g/L}$, 甲胎蛋白(AFP)5. 5 ng/mL, 糖类抗原 19-9(CA19-9)24. 1 U/mL, CA242 20. 21 U/mL, CA72-4 10. 26 U/mL。

为明确诊断在 B 超定位下于左下腹进行腹腔穿刺, 共抽出腹水 20 mL, 分别置于普通管和抗凝管(含 100 g/L 乙二胺四乙酸二钾 0. 1 mL)内^[1], 每管各 6 mL, 前者只进行凝固性观察, 后者用于腹水常规及脱落细胞形态学检查。腹水常规: 黄色、微混、10 min 左右开始凝固、李凡他试验++、有核细胞计数 $850 \times 10^6/L$ 。为防脱落细胞形态改变和自溶, 在做常规检测的同时, 立即以 1 500 r/min 离心 5 min, 取沉淀物推片 3~5 张, 固定、干燥后 HE 染色, 油镜下分类。

2 结 果

镜下以淋巴细胞为主, 其次为退变的间皮细胞(图 1)和少量腺癌细胞(图 2)。腺癌细胞的形态特点: 细胞体积增大、大小不等, 核质比例明显失常、核偏位畸形、可见核仁、核染色质增粗呈块状, 核边增厚不规则, 核深染呈蓝黑色, 细胞质呈淡红色, 常含有大小不等的空泡, 整个细胞形如戒子, 在该标本中找见腺癌细胞呈腺腔样排列。根据细胞形态特征, 结合病理学检查报告: 找见恶性肿瘤细胞形似腺癌细胞。为慎重起见, 次日该患者转入南京肿瘤医院, 所查结果与南京肿瘤医院病理科报告一致(原发病灶正在检查之中)。



注: 1 为淋巴细胞; 2 为退变的间皮细胞。

图 1 淋巴细胞和退变间细胞(HE×40)

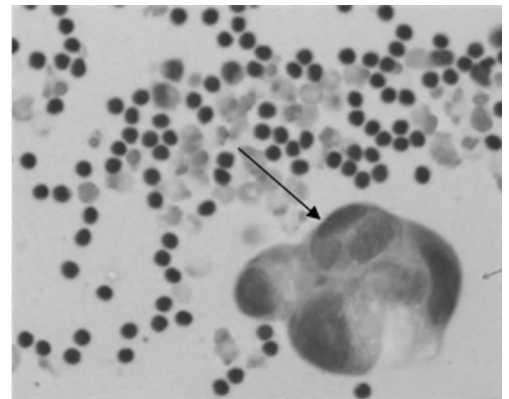


图 2 细胞呈腺腔样排列(HE×40)

3 讨 论

腹水中查到肿瘤细胞往往是在有原发病灶(恶性肿瘤)的基础上, 同时伴有较多腹水的情况下比较多见, 而该患者在没有“发现原发病灶”腹腔只有少量积液的情况下找到腺癌细胞, 是比较少见的。

肿瘤标志物是指存在于恶性肿瘤细胞或由恶性肿瘤细胞异常产生的物质或是宿主对肿瘤反应而产生的物质^[2]。此次检查, 只有 CEA 轻度升高, AFP、CA19-9、CA242、CA72-4 等均在参考值范围之内, 可能是由于该患者病程短、病灶小, 特异性抗原还没有达到检测浓度所致。肿瘤标志物只能作为疾病的鉴别、病情的观察及治疗后疗效观察的参考指标, 而不能作为疾病诊断的确指指标。

积液中心退变的间皮细胞在涂片中有时往往与单个散在的腺癌细胞相混淆, 前者细胞胞质正常, 核质比仍属正常范围, 核染色质增加, 仍为细颗粒状分布均匀, 核只有轻度畸形, 有过渡型细胞, 无病理性分裂现象。

从脱落细胞形态学检查上来看 HE 染色优于瑞氏-姬姆萨染色,前者着色新艳,核浆对比度清晰,更能清楚地显示细胞质的着色和核染色质结构。本例标本中的腺癌细胞除符合恶性肿瘤细胞特征外,细胞呈戒子形无过渡型细胞为其阳性特征^[3]。

腹水中脱落细胞形态学检查对首诊患者来说价值很大,尤其是基层医院在没有病理科的情况下,如能留心于脱落细胞形态学检查,便能为临床提供疾病诊断和鉴别诊断的可靠依据,同时也为患者早期诊断、治疗提供时间保证,起到事半功倍的效果。

头顶部髓外浆细胞瘤 1 例并文献复习

袁 斌¹,李 斓²(1. 贵州省肿瘤医院血液科,贵阳 550020;2. 贵州省人民医院血液科,贵阳 550002)

【关键词】 髓外浆细胞瘤; 头顶部; 病理

DOI:10. 3969/j. issn. 1672-9455. 2013. 23. 089 文献标志码:B 文章编号:1672-9455(2013)23-3246-02

浆细胞病系指浆细胞或产生免疫球蛋白的 B 淋巴细胞过度增殖引起的一组疾病,包括髓外浆细胞瘤(EMP)、骨的孤立性浆细胞瘤和多发性骨髓瘤(MM)^[1]。其中 EMP 是原发于骨髓造血组织以外的浆细胞增殖性肿瘤,其确切的发病机制并不清楚,较为罕见,约占所有浆细胞肿瘤的 3%~4%,男性发病率高于女性^[2]。本文结合本院 1 例头顶部 EMP 并进行文献复习,对 EMP 的诊断及病理特征进行分析,旨在提高诊断水平,避免漏诊和误诊。

1 临床资料

1.1 一般资料 患者,女,21 岁,因反复右侧头顶部包块 2 年于 2009 年 6 月 26 日入院。2007 年 5 月患者头顶部出现包块,质软、无压痛,直径约 7 mm,于外地私人医院手术切除,未行病理检查。术后 1 个月同一部位再次出现包块,第 2 次手术切除后仍未行病理检查;第 2 次手术后 4 个月再次出现同一部位包块,直径 2 cm,在外院第 3 次手术后行病例检查提示“恶性肿瘤”(具体结果不详),并于第 3 次手术后 10 个月右头顶部包块再复发,直径增大至 4 cm,于本院外科就诊。行手术切除及植皮术后经病理检查示“(右顶枕)浆细胞肉瘤”,为进一步诊治收入本科室治疗。体格检查:一般情况好,头顶部及右股骨内侧纱布包扎,右顶部毛发缺如,全身皮肤黏膜未见出血点、皮疹,浅表淋巴结未扪及肿大,心、肺无异常,肝、脾无肿大,双下肢不肿。辅助检查:右顶部包块病理活检示真皮层见大量小圆细胞浸润,肿瘤细胞弥散分布,肿瘤细胞大小不一,部分细胞核偏位,胞浆嗜酸,似分化成熟的浆细胞,部分肿瘤细胞胞浆少(图 1、2)。

1.2 免疫组化标记结果 plasma 阳性,CD138 阳性,lambda 阳性,CD20 阴性,myoglobin(-),CD45(LCA)阴性,kappa 阴性。

1.3 病理诊断 (右顶枕)浆细胞肉瘤。

1.4 实验室检查 血常规、肾功能、血钙、红细胞沉降率均正常;骨髓检查未见异常细胞增生,成熟浆细胞 1.5%;胸部正侧位片、颅骨平片及骨盆平片检查未见骨质破坏;B 超提示浅表淋巴结及腹腔、腹膜后淋巴结无明显肿大;尿本周蛋白阴性;免疫球蛋白:IgA 1.70 g/L,IgG 17.26 g/L,IgM 1.52 g/L;血清蛋白电泳:清蛋白占 69.4%, α_1 -微球蛋白占 1.9%, α_2 -微

参考文献

[1] 叶应妩,王毓三,申子瑜.全国临床检验操作规程[M].3 版.南京:东南大学出版社,2006:315-316.
[2] 周新,府伟灵.临床生物化学与检验[M].4 版.北京:人民卫生出版社,2008:406.
[3] 熊立凡,刘成玉.临床检验基础[M].4 版.北京:人民卫生出版社,2008:295.

(收稿日期:2013-05-17 修回日期:2013-07-12)

蛋白占 7.9%, β_2 -微球蛋白占 7.7%, γ 微球蛋白占 13.1%。诊断:头顶部 EMP。治疗:因患者入院时植皮术处创面尚未愈合,暂未予化疗,嘱患者待植皮处完全愈合后返院治疗,后失访。

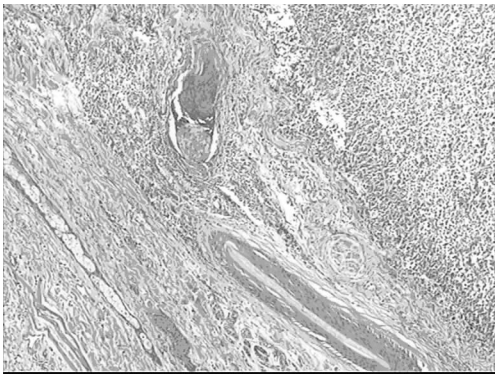


图 1 HE 染色(×40)

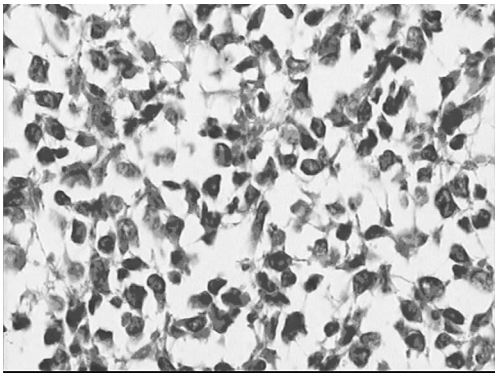


图 2 HE 染色(×400)

2 讨论

2.1 概述及病因 EMP 是起源于软组织的局限性浆细胞肿瘤,50~60 岁为发病的高峰年龄。极少患者(<5%)可表现为以下两类形式:侵犯骨骼的单独骨骼浆细胞瘤及侵犯软组织的单独骨髓外质浆细胞瘤,即 EMP。EMP 可发生于全身任何髓外的组织和器官,好发于软组织,最常见为头颈部,其他部位包括胃肠道、中枢神经系统、甲状腺、胸部、腮腺、睾丸及淋巴结^[3]。EMP 病因尚不明确,可能的危险因素包括慢性抗原刺