

脂质化纤维组织细胞瘤临床病理观察^{*}

刘晓斌², 郑原印^{1△} (福建医科大学附属宁德市闽东医院: 1. 病理科; 2. 老年医学科, 福建宁德 355000)

【关键词】 脂质化纤维组织细胞瘤; 皮肤纤维瘤; 免疫组织化学
DOI: 10. 3969/j. issn. 1672-9455. 2016. 06. 059 文献标志码: B 文章编号: 1672-9455(2016)06-0860-02

脂质化纤维组织细胞瘤是一种罕见的、尚未被较好认识的皮肤真皮纤维瘤的亚型, 肿瘤主要由大量的泡沫状细胞及其周围网格状玻璃变的胶原纤维构成^[1-2]。本文报道 1 例会阴部脂质化纤维组织细胞瘤, 并复习相关文献。

1 资料与方法

1.1 一般资料 患者女, 52 岁, 发现会阴部肿物 3 月余, 皮下可触及一肿物, 与皮肤无粘连, 约 2 cm×3 cm, 边界清晰, 包膜完整, 活动度良好, 无明显触压痛, 局部皮肤无红肿及破溃。双侧腹股沟区未触及明显淋巴结肿大。B 超诊断: 下腹部患者所述包块处皮下软组织内一低回声区, 大小约 18 mm×9 mm, 边界清晰, 形态规则, CDFI: 周边可见少许血流信号, 见图 1。肿物经手术完整切除送病理检查。

1.2 方法手术 标本经 4% 甲醛固定, 常规石蜡包埋, 切片厚 4 μm, HE 染色, 光镜观察。免疫组织化学采用 EnVision 法。所选一抗 Vimentin, CD10, CD68, CD163, Calponin, CD99, EMA, SMA, Actin, LCA, Bcl-2, S-100, CD117, Ki67, Catenin-βCD31, CK(P), NSE, β-HCG, PLAP, CK20, CA125, HMB45,

Melan-A(均为 1: 50 稀释)购自福州迈新生物技术开发有限公司。染色设阳性及阴性对照, 染色步骤按说明书进行。

2 结 果

2.1 组织学巨检 结节样肿物一块, 大小 2.2 cm×1.8 cm×1.3 cm, 切面灰白淡黄相间, 半透明状, 质中, 见图 1~2。镜检见病变组织位于真皮网状层内, 真皮乳头及网状层交界区纤维组织轻度增生; 病变组织相对局限, 未累及皮下脂肪组织, 病变组织由大量泡沫状细胞及其周围网格状玻璃样的胶原纤维组成, 网格状胶原纤维包绕泡沫样细胞, 见图 3。瘤细胞呈圆形、卵圆形, 胞质丰富, 泡沫状, 细胞核淡染, 呈多泡状, 部分可见核仁, 核分裂象小于 1 个/10 HPF, 见图 4。病变组织周边区肿瘤细胞密集, 胞浆稀疏, 核大, 呈上皮样, 但无明显异型性表现, 网格状的胶原纤维较纤细, 呈细丝样, 并可见数量不等的小血管增生, 而中央区肿瘤细胞较稀疏, 胞浆丰富, 核偏大, 胶原纤维粗大, 呈网格状包绕在单个或数个瘤细胞周围; 灶性区域泡沫细胞可聚集成巢。见图 5。

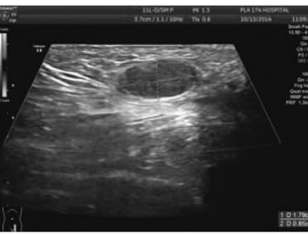


图 1 下腹部皮下实性包块

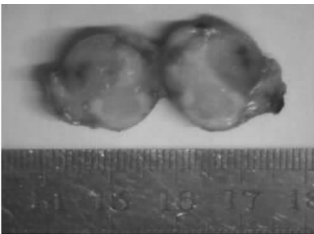


图 2 结节样肿物

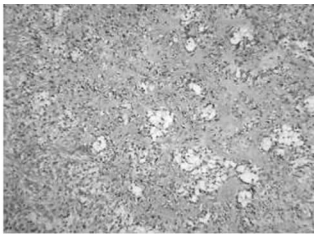


图 3 病变组织

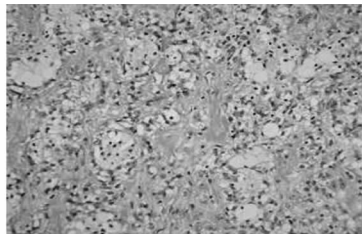


图 4 瘤细胞

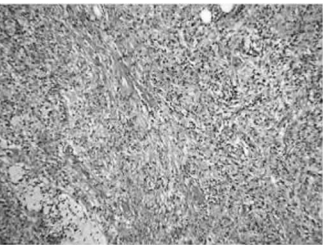


图 5 可见小血管增生

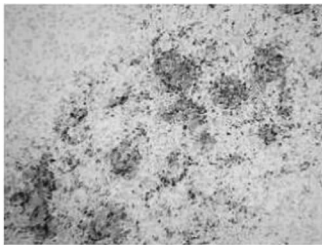


图 6 CD68(+) EnVision 法

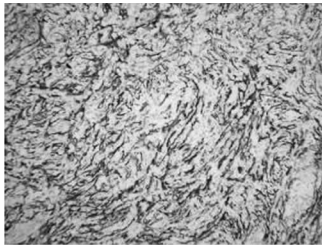


图 7 CD10(+) EnVision 法

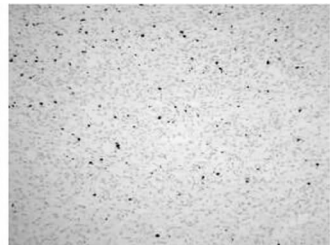


图 8 Ki-67(+) EnVision 法

2.2 免疫组织化学 阳性: Vimentin, CD10, CD68, CD163, Calponin, CD99, EMA, SMA, Actin, LCA, Bcl-2, S-100 (少数+), CD117(少数+), Catenin-β, Ki67 阳性指数小于 5%, 见图 6~8; 阴性: CD31, CK(P), NSE, β-HCG, PLAP, CK20, CA125, HMB45, Melan-A。病理诊断: (会阴部) 脂质化纤维组织细胞瘤。患者术后 1 个月后随访, 未出现复发和转移。

3 讨 论

皮肤纤维组织细胞瘤是一组具有成纤维细胞和组织细胞分化特征的肿瘤, 发病率仅次于脂肪瘤及血管瘤, 好发于肢体皮肤, 女性多见。在近年来皮肤软组织肿瘤组织学分类中, 皮肤真皮纤维瘤除经典型外, 还包括了一些亚型, 如不典型性、富于细胞性、动脉瘤样、透明细胞性、上皮样、黏液样、瘢痕疙瘩

^{*} 基金项目: 2014 年福建省宁德市科技计划项目(20140018)。
[△] 通讯作者, E-mail: yuanyin598@163.com。

样、栅栏状、脂质化(踝型)、颗粒细胞性、伴有破骨样巨细胞、气球细胞样和斑块样 CD34⁺ 真皮纤维瘤等^[3]。这些亚型在平常工作中不常见,但也容易被误诊。

脂质化纤维组织细胞瘤是一种罕见的纤维组织细胞肿瘤,由 Iwata 等^[4]于 2000 年首先报道并对其进行组织学特征描述,病变主要发生在下肢,尤其是踝部,因此又称为脂质化(踝型)纤维组织细胞瘤,但尚未见会阴部报道。Wagamon 等^[5]对 23 例脂质化纤维组织细胞瘤患者进行研究,发现其与高血脂无明显关系。

3.1 组织病理学 脂质化纤维组织细胞瘤的主要组织学特点为病变组织一般位于真皮网状层内,未累及皮下结缔组织,局部增生的上皮突相互吻合并形成筛网状结构,真皮乳头层可无病变组织累及,形成相对局限的边界带,病变组织相对局限,但无明显的边界,边缘区瘤细胞与周围胶原组织交互排列,并可见少量淋巴细胞及浆细胞浸润、真皮乳头及网状层交界区可见部分血管呈囊性扩张,组织学图像病变组织由大量泡沫状细胞及其周围网格状玻璃样的胶原纤维组成,网格状胶原纤维包绕泡沫样细胞。瘤细胞呈圆形、多边形、呈卵圆形,胞质较丰富,淡染,呈多泡状,细胞核呈空泡状,染色质稀疏,部分细胞可见核仁,核分裂象(<1/10 HPF);病变组织周边区肿瘤细胞密集,胞浆稀疏,核大,呈上皮样,但无明显异型性表现,网格状的胶原纤维较纤细,呈细丝样,而中央区肿瘤细胞较稀疏,胞浆丰富,核偏大,胶原纤维粗大,呈网格状包绕在单个或数个瘤细胞周围;灶性区域泡沫细胞可聚集成巢;另可见含铁血黄素明显沉积区域,该区噬铁细胞明显增多;病变组织内尚可见数量不等的小血管增生,未见排列成旋涡状结构、席纹状的梭形细胞,亦未见淋巴细胞及浆细胞浸润,也无破骨细胞样细胞、杜顿巨细胞及异物巨细胞^[6-9]。免疫组织化学:瘤细胞 Vimentin, CD10, CD163 及 CD68 阳性, Ki-67 阳性指数低于 5%。

3.2 鉴别诊断

3.2.1 普通型纤维组织细胞瘤 可含有部分脂质化的泡沫细胞,但排列成席纹状或旋涡状较多见,且不形成明显的玻璃样变的胶原纤维,可与之鉴别。

3.2.2 透明细胞纤维组织细胞瘤 是一种少见的纤维组织细胞瘤,大多数的瘤细胞为透明细胞,除了表达 CD68、CD163 外,部分瘤细胞 PAS 染色阳性。

3.2.3 气球样真皮纤维瘤 是一种伴有气球样细胞学改变的纤维组织细胞瘤,气球样变细胞与透明细胞相互移行,常伴随

梭形细胞成分,也缺乏无病变的境界带。

3.2.4 幼年性黄色肉芽肿 多见于头颈、躯干,镜下瘤组织由大片组织细胞、数量不等的黄色瘤细胞、典型杜顿巨细胞、嗜酸粒细胞组织和其他炎性细胞组织构成,缺乏网格状玻璃样变的胶原纤维,与脂质化纤维组织细胞瘤不难鉴别。

3.3 治疗与预后 脂质化纤维组织细胞瘤一般采取外科手术治疗,手术切除范围根据肿瘤大小及周围累及情况确定,大多数病例采取保守的外科治疗即可有较好的预后,尚未见肿瘤复发或转移报道。

参考文献

- [1] Luzar B, Calonje E. Cutaneous fibrohistiocytic tumours - an update[J]. Histopathology, 2010, 56(1): 148-165.
- [2] Calonje E, Brenn T, Lazar A, et al. McKee's pathology of the skin with clinical correlations[M]. 4th ed. Edinburgh: Elsevier Saunders, 2012: 1643-1662.
- [3] Teng XD. World Health Organization classification of tumours, pathology and genetics of tumours of the lung [J]. Chin J Pathol, 2005, 34(34): 544-546.
- [4] Iwata J, Fletcher CD. Lipidized fibrous histiocytoma: clinicopathologic analysis of 22 cases [J]. Am J Dermatopathol, 2000, 22(2): 126-134.
- [5] Wagamon K, Somach SC, Bass J, et al. Lipidized dermatofibromas and their relationship to serum lipids [J]. J Am Acad Dermatol, 2006, 54(3): 494-498.
- [6] 毛荣军, 王坚, 房惠琼, 等. 脂质化纤维组织细胞瘤一例 [J]. 中华病理学杂志, 2012, 41(1): 50-51.
- [7] 王坚. 皮肤纤维组织细胞性肿瘤 [J]. 中华病理学杂志, 2013, 42(2): 134-137.
- [8] Lin FL, Ho MC, Hu SL. Lipidized fibrous histiocytoma presenting as a keloid-like lesion: a case report [J]. Dermatol Sin, 2008, 26(4): 252-257.
- [9] Yurika F, Yuichiro T, Takafumi K, et al. Lipidized fibrous histiocytoma on the left condyle of the tibia [J]. Int J Dermatol, 2011, 50(5): 634-636.

(收稿日期: 2015-09-25 修回日期: 2015-12-19)

糖尿病高血糖高渗状态误诊为急性脑血管病 2 例

关清华¹, 宋 宇², 旷劲松^{1△} (1. 辽宁省沈阳市第四人民医院内分泌科 110031; 2. 武警辽宁省总队医院内分泌科, 沈阳 110034)

【关键词】 糖尿病高血糖高渗状态; 误诊; 急性脑血管病

DOI: 10. 3969/j. issn. 1672-9455. 2016. 06. 060 文献标志码: B 文章编号: 1672-9455(2016)06-0861-03

高血糖高渗状态是糖尿病急性代谢紊乱的一种临床类型, 以严重高血糖、高血浆渗透压、脱水为特点, 而无明显酮症酸中毒, 患者常有不同程度的意识障碍或昏迷, 而被误诊为急性脑血管病。现将糖尿病高血糖高渗状态(HHS)误诊为急性脑血管病 2 例报道如下。

1 临床资料

患者 1, 男, 69 岁, 因“嗜睡、进食及言语理解困难 1 d”入院。患者入院 1 d 前无明显诱因出现嗜睡, 反复呼唤可睁眼, 但患者言语理解困难, 不能听懂他人语言表达, 同时出现进食困难, 无头痛, 无恶心及呕吐, 无抽搐, 未用药物治疗, 为进一步

△ 通讯作者, E-mail: kjs_1965@163. com。