

右下腹精原细胞瘤 1 例的报道

龙结根¹, 张才全²

(1. 重庆市巴南区人民医院普外科 401320; 2. 重庆医科大学附属第一医院胃肠外科 400016)

doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2012.08.044

文献标识码:C

文章编号:1671-8348(2012)08-0829-02

1 临床资料

患者,男,41岁,因体检发现右下腹包块1个月,于2010年12月2日来本院就诊。既往体健,有“慢性胃炎”病史1年,余无特别。入院查体:体温36.3℃,脉搏72次/min,呼吸19次/min,血压110 mm Hg/70 mm Hg;神志清楚,精神尚可,营养中等;心、肺未见明显异常;腹平软,无胃肠型及蠕动波,全腹无明显压痛,无反跳痛及肌紧张;右下腹可扪及一个约8 cm×6 cm大小包块,质中,边界尚清,活动度欠佳,包块区无压痛;肝、脾肋下未扪及,肝、肾区无明显叩击痛;移动性浊音阴性,肠鸣音3~4次/min;肛门指检未见明显异常。腹部彩超提示右下腹实质性占位,血供较丰富。CT示腹、盆腔软组织包块,边缘较光整,其中有少许低密度病灶,大小约9 cm×8 cm×7 cm,与周围分界清,未见肿大淋巴结,见封4图1。入院诊断为右下腹包块(性质待定)。完善术前检查,无手术禁忌,于2010年12月5日在全身麻醉下行剖腹探查术,术中见包块游离,上至右肾下极,下至盆腔,内至腹中线,外紧贴侧腹膜,根部与右侧睾丸动、静脉相连,有一段长约5 cm的回肠与包块紧密粘连,无法分开,将该段肠管切除后,完整切除包块;术中行快速石蜡切片病理检查,提示为精原细胞瘤;术后病理检查提示右腹膜后精原细胞瘤(睾丸来源),见封4图2。追问病史,患者从小右侧隐睾,未处理。术后9 d拆线,给予顺铂及依托泊苷化疗1个疗程,康复出院。

2 讨论

睾丸肿瘤根据肿瘤的形态,肿瘤的生长方式及血浆肿瘤标志物等特征分为生殖细胞肿瘤、性索/性间质肿瘤、继发性肿瘤等,90%为恶性肿瘤,生殖细胞肿瘤占其中的90%以上,分精原细胞瘤与非精原细胞瘤。睾丸肿瘤的病因目前还不十分清楚。隐睾是其发病的第一相关因素,5%~20%的患者既往有隐睾病史,腹腔内隐睾的恶变率比腹股沟区隐睾的恶变率高4倍,6岁以前行隐睾复位固定术能降低睾丸肿瘤的发病机会^[1]。

精原细胞瘤分为典型精原细胞瘤、间变性精原细胞瘤与精母细胞性精原细胞瘤,其中典型精原细胞瘤占93%,多发生于隐睾,属低度恶性肿瘤,对放、化疗敏感;大多数患者为早期,预后好,约有5%~10%的患者肿瘤中含有合体滋养层细胞成分,血浆中可检测到β-人绒毛膜促性腺激素(human chorionic gonadotropin, hCG)低水平升高,少数有甲胎蛋白(alpha-fetal protein, AFP)升高,提示易发生转移。间变性精原细胞瘤较少见,约占生殖细胞肿瘤的5%~10%,又称未分化型,预后较差,易发生淋巴管转移。精母细胞性精原细胞瘤不发生在隐睾,预后较典型精原细胞瘤好,极少发生转移^[1-2]。

精原细胞瘤的诊断主要是依据临床表现及辅助检查,精原细胞瘤出现血清肿瘤标志物升高者约占30%,但尚未发现特

异性与灵敏度均高的肿瘤标志物^[3]。阴囊超声可确定肿块是否位于阴囊内,明确肿块的特点以及有无转移,还可了解对侧睾丸的情况^[4-5]。

精原细胞瘤是可以根治的恶性肿瘤之一,Ⅰ~ⅡB期患者的总生存率及无瘤生存率分别为95%~100%及87%~98%^[6-8]。Ⅰ期精原细胞瘤约有15%~20%患者存在腹膜后亚临床转移性病灶,行根治术后仍可能复发。由于精原细胞瘤对放疗高度敏感,患者术后1个月内应进行放疗,90%~95%的Ⅰ期患者可生存5年^[3,9]。ⅡA/B期精原细胞瘤仍以放疗为主,放射野从主动脉旁扩展到同侧的髂血管旁区域,ⅡB期放射侧边界应包括转移淋巴结周围1.0~1.5 cm范围。对于不愿意接受放疗的ⅡB期患者可以实施3个疗程PEB方案(顺铂、依托泊苷及博来霉素联合)或4个疗程EP方案(依托泊苷、顺铂)的化疗,对于Ⅰ~ⅡB期精原细胞瘤放疗的同时是否结合化疗,还有待进一步临床观察和研究^[3]。ⅡC/Ⅲ期患者转移淋巴结直径不超过5 cm的标准治疗是实施同侧扩大区域放疗,化疗可作为补救性治疗方案,大体积(直径超过5 cm)的淋巴结转移和内脏转移的ⅡC期精原细胞瘤不能直接进行手术治疗,可先采用3个疗程的PEB方案化疗,待肿块体积缩小,再行残留肿瘤切除术和腹膜后淋巴结清扫术^[3,10]。

经国际多中心研究,精原细胞瘤的预后不良因素包括:(1)病理学类型及分期(精母细胞性精原细胞瘤预后最好,典型精原细胞瘤次之,间变性精原细胞瘤最差,Ⅰ~ⅡB期患者预后较好),肿瘤原发灶直径不低于4 cm;(2)肿瘤伴有坏死;(3)侵犯睾丸网、白膜、附睾及精索;(4)有远处转移^[3,11]。本例术中未见腹膜后淋巴结转移,肿瘤完整切除,术后行化疗,并准备化疗后放疗,预后估计较好。对于男性,以腹盆腔无痛性包块为首诊的患者,应考虑精原细胞瘤可能,询问病史及查体时应详细了解有无隐睾,以减少漏、误诊的发生。

参考文献:

- [1] 吴孟超, 吴在德. 黄家驹外科学[M]. 7版. 北京: 人民卫生出版社, 2008.
- [2] 安凤玲, 韩丽霞. 精原细胞瘤临床病理分析[J]. 包头医学院学报, 2009, 25(3): 48-50.
- [3] 李路, 李家贵. 原发性睾丸肿瘤研究新进展[J]. 现代泌尿生殖肿瘤杂志, 2009, 1(6): 321-324.
- [4] Albers P, Albrecht W, Algaba F, et al. Guidelines on testicular cancer[J]. Eur Urol, 2005, 48(6): 885-894.
- [5] 汪维, 龚振华, 戴玉田. 超声检查在睾丸肿瘤诊断与鉴别诊断中的价值初探[J]. 中华男科学杂志, 2007, 13(5): 424-427.
- [6] Classen J, Schmidberger H, Meisner C, et al. Para-aortic

irradiation for stage I testicular seminoma; results of a prospective study in 675 patients. A trial of the German testicular cancer study group (GTCSG)[J]. Br J Cancer, 2004,90(12):2305-2311.

[7] Heidenreich A. Therapeutical options for seminomas at clinical stage I-IIA/B[J]. Urologe A, 2004, 43 (11): 1435-1444.

[8] Chung PW, Gospodarowicz MK, Panzarella T, et al. Stage II testicular seminoma; patterns of recurrence and outcome of treatment[J]. Eur Urol, 2004, 45(6): 754-759.

[9] Martin JM, Panzarella T, Zwahlen DR, et al. Evidence-based

guidelines for following stage 1 seminoma[J]. Cancer, 2007,109(11):2248-2256.

[10] Oldenburg J, Martin JM, Foss? SD. Late relapses of germ cell malignancies; incidence, management, and prognosis[J]. J Clin Oncol, 2006, 24(35): 5503-5511.

[11] van As NJ, Gilbert DC, Money-Kyrle J, et al. Evidence-based pragmatic guidelines for the follow-up of testicular cancer; optimising the detection of relapse[J]. Br J Cancer, 2008,98(12):1894-1902.

(收稿日期:2011-12-10 修回日期:2012-02-02)

• 短篇及病例报道 •

颅内幕上原始神经外胚叶瘤 1 例

张 祥,戴晓波

(重庆医科大学附属第一医院肿瘤科 400016)

doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2012.08.045

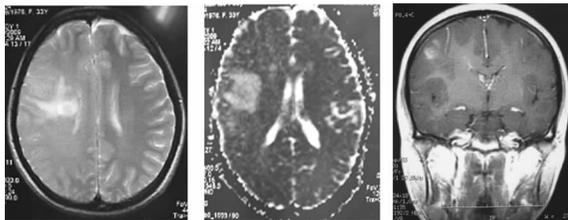
文献标识码:C

文章编号:1671-8348(2012)08-0830-02

原始神经外胚叶瘤(primitive neuroectodermal tumor, PNET)是一种较为罕见的高度恶性神经系统肿瘤,组织形态学属于恶性小圆细胞肿瘤,中枢性原始神经外胚层肿瘤相对较少见,而幕上原始神经外胚层肿瘤更为罕见,仅占整个脑肿瘤的0.1%左右,且多见于儿童,成人非常罕见。平均确诊年龄为9岁^[1-3]。本院收治1例原发颅内幕上PNET患者,现报道如下。

1 一般资料

患者,女,33岁,因突发左侧口角抽搐4个月,于2009年9月21日于本院就诊。3个月前患者无明显诱因突发左侧口角抽搐,扩展至左侧面部,持续1min,不能言语,但无意识障碍,无四肢抽搐及大、小便失禁,自行好转后无不适,在本次入院前再次出现相同症状。入院体检未发现阳性体征。头颅增强磁共振成像(magnetic resonance imaging, MRI)提示右侧颞顶叶及右侧基底节内囊区见斑片状异常信号影, T1 加权像(T1-weighted image, T1WI)序列呈等低信号, T2 加权像(T2-weighted image, T2WI)及液体衰减反转恢复序列(fluid attenuated inversion recovery, FLAIR)呈高信号,增强扫描病灶提示轻度片状强化,考虑肿瘤(低级胶质瘤)可能性大,见图1。



左:T2WI 右侧基底节内囊区病灶呈高信号;中:FLAIR 呈高信号;右:T1WI 增强像右侧颞顶叶病灶轻度片状强化。

图 1 头颅增强 MRI 图像

该患者接受神经导航下右额叶肿瘤切除术,患者术中见:肿瘤位于颞中回后份和中央前回,从颞中回切开皮层约1cm可见肿瘤,呈鱼肉状,质地较韧,血供一般,边界不清,显微镜下

切除绝大部分肿瘤,仅残留引流静脉下方及后方深部的部分肿瘤,为避免损伤该静脉和运动区,未作切除。患者术后行全脑适形放疗,总剂量为DT 3 000 cGy/10次,2周,局部残留肿瘤加量DT 1 000 cGy/5次,1周,放疗完成后行奈达铂及依托泊苷化疗2周期。患者因个人原因未继续化疗。

右额叶小细胞恶性肿瘤,符合PNET的诊断,肿瘤周围组织胶质细胞增生、变性,可见神经卫星现象和噬神经细胞现象以及多灶性出血区。免疫组织化学检查提示神经元特异性烯醇化酶(neuron-specific enolase, NSE)(+),白细胞分化抗原(cluster of differentiation, CD) 99(+), Ki-67 阳性表达率大于60%,细胞角蛋白(cytokeratin, CK)(-),突触核蛋白(synuclein, SYN)(-),上皮膜抗原(epithelial membrane antigen, EMA)(-),神经丝蛋白(neurofilament protein, NF)(-),嗜铬颗粒蛋白A(chromogranin A, CGA)(-),胶质纤维酸性蛋白(glial fibrillary acidic protein, GFAP)散在阳性表达, CD3(-), CD20(-), CD45R0(-), CD79a(-)。见封4图2、3。患者治疗完成后随访1年未见明显复发征象,目前,仍在定期随访中。

2 讨论

PNET于1973年首次报道,它是发生于小儿大脑的未分化性肿瘤,在组织学上与脊髓母细胞瘤相似,与小脑髓母细胞瘤一样,来源于神经上皮细胞未分化的前体细胞。它是一种较为罕见的高度恶性的神经系统肿瘤,为神经嵴衍生的较原始的肿瘤,主要由原始神经上皮产生,具有多向分化潜能^[4]。PNET呈侵袭性生长,广泛脑脊液播散,预后极差,大部分PNET需通过病理组织学检查才能确诊。PNET在组织形态学上属于恶性小圆细胞肿瘤,分为中枢性PNET和外周性PNET,外周性较常见。WHO(1990)在中枢神经系统肿瘤组织学分类中补充了PNET,将其分为8型^[5]:(1)伴有星型细胞分化;(2)伴有神经细胞分化;(3)伴有少突胶质细胞分化;(4)伴有室管膜细胞分化及室管膜母细胞瘤;(5)有黑色素;(6)有肌肉成分,即髓肌母细胞瘤;(7)伴有真假菊形团;(8)神经管样