

参考文献:

- [1] Hayward I. Intrapaneatic accessory spleen mimicking pancreatic mass on CT[J]. J Computer Assisted Tomography, 1992, 16(6): 984-985.
- [2] Park JS, Kim WJ, Jeong YG. A case of intrapancreatic accessory spleen mistaken as a pancreatic mass due to different enhancing pattern from normal spleen[J]. Korean J Gastroenterol Vol, 2011, 58(6): 357-360.

- [3] 李云启, 黄明霞. 副脾 CT 误诊为肿大淋巴结 1 例分析[J]. 中国误诊学杂志, 2006, 6(20): 3907.
- [4] Romer T, Wiesner W. The accessory spleen: prevalence and imaging findings in 1,735 consecutive patients examined by multidetector computed tomography[J]. JBR-BTR, 2012, 95(2): 61-65.

(收稿日期: 2014-02-03 修回日期: 2014-03-12)

• 短篇及病例报道 • doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2014.19.061

左大腿黏液纤维肉瘤 1 例报道并文献复习

肖海¹, 王蓉²

(赣南医学院: 1. 病理学教研室; 2. 信息工程学院, 江西赣州 341000)

中图分类号: R739

文献标识码: C

文章编号: 1671-8348(2014)19-2543-02

黏液纤维肉瘤(Myxofibrosarcoma, MFS)是一种由黏液细胞和黏液基质所形成的低度恶性肿瘤,极为罕见。现将赣南医学院第一附属医院骨科诊治的 1 例 MFS 的临床表现和组织病理学特征,并结合相关文献报道如下,以提高对该病的认识。

1 临床资料

患者,男,29岁,因左大腿疼痛、肿胀3月余于2011年8月5日入院。患者3个月前在家中发现左大腿前内侧一包块,有压痛、局部皮温增高,近3个月以来患者发现包块逐渐增大。X线片检查提示:“左股骨、胫腓骨骨折内固定术后;左股骨骨折端骨质破坏”。患者既往于2008年10月因车祸致左股骨、胫腓骨骨折在本院行切开复位内固定术,术后痊愈出院;2009年8月复查正常。体格检查未见明显异常。专科情况:左大腿外侧见一大约为12.0 cm×10.0 cm的包块,活动度不佳,压痛明显,局部浅静脉怒张,局部皮肤温度增高。左大腿外侧见一手术疤痕愈合伤口,左小腿前侧见一手术疤痕愈合伤口,左小腿无纵向叩击痛,左下肢活动度尚可。2011年8月6日CT扫描检查示:左侧股骨见高密度内固定影呈术后改变,左股骨中段形态欠规则,局部见骨瘤形成,其内侧缘见一范围约9.7 cm长的骨质缺损区,左股骨周围见一大小约19.0 cm×11.0 cm×9.7 cm大小的软组织密度包块包绕,以左侧明显,边界尚清晰,形态稍欠规则,CT值36 HU,密度欠均匀,其内见小片状稍高密度灶,周围软组织受压移位。2011年8月9日行左大腿包块活检术,术中肌肉组织内见一似有包膜的肿块,切面呈鱼肉样,有坏死组织流出,切除部分组织送病理检查。病理检查:肉眼观,灰白灰褐色碎组织一堆,大小2.5 cm×2.0 cm×1.0 cm,切面可见少量胶冻样物。镜下观,大量炎性坏死组织伴出血,其中可见大量梭形细胞,呈漩涡状排列,弥漫分布,间质见大量薄壁血管增生及疏松水肿液伴黏液变性,考虑为(左大腿)间叶源性恶性肿瘤。完善相关检查后于2011年9月3日在全麻+联硬膜外麻醉下行左股骨髓内钉+胫骨内固定取出+左大腿肿瘤切除+左股骨瘤段切除灭活取腓骨重建内

固定术。术中见皮下组织内静脉充盈明显,肿瘤侵犯股直肌、缝匠肌、耻骨肌、长收肌、股薄肌、股内侧肌等。股外侧切口下见股外侧肌、股中间肌、股二头肌等肿瘤组织侵犯,术中见坐骨神经与周围组织稍粘连,逐渐分离肿瘤组织,取出左大腿肿瘤组织附带离断股骨(长约15 cm)。术后病理检查:肿瘤组织呈结节状生长,与周围组织分界不清,主要由轻度异型的梭形细胞构成,瘤细胞排列呈束状和不规则形,瘤细胞界限不清,胞质淡红色,核呈梭形,可见少量核分裂象,部分瘤细胞可见空泡状脂肪母细胞样细胞,间质内见较多量呈弧形、丛状和曲线形血管,血管周围瘤细胞较为致密,远离血管区瘤细胞稀疏,细胞稀疏区可见淡蓝色黏液样基质。免疫组织化学检查:EMA(-), ALK(-), CD99(-), CD34(-), MSA(-), SMA(-), Des(-), S-100(-), CD68(-), vim(+). 病理诊断:(左大腿)低度恶性MFS,骨组织未见累及。术后患者行2个疗程化疗,目前病情稳定,仍在随访中。

2 讨论

MFS于1977年由Angervall等首先报道,又称为黏液性恶性纤维组织细胞瘤(myxoid malignant fibrous histiocytoma, M-MFH),是一种纤维母细胞性恶性肿瘤,基质呈现不等的黏液变,可见特征性的弧线性血管和假脂肪母细胞^[1]。

2.1 临床表现 MFS主要发生于老年人,20岁以下罕见,好发部位主要在下肢、上肢,也可发生于躯干、头颈部和腹壁等处。肿瘤大多发生于皮下,也可发生于皮下筋膜和深在组织,临床表现多为局部缓慢增大的无痛性肿块。多数患者表现为皮下或真皮深层多个胶冻状或质硬的结节,沿表皮呈纵向分布,或表现为筋膜下或深部肌肉内浸润性生长的肿物,可伴有不同程度的出血、坏死。本例患者为青年男性,发生于骨折部位。但没有直接的证据表明MFS的发生与骨折后金属长期滞留有关。

2.2 病理组织学特征 肉眼观,肿瘤多位于皮下组织,单发或结节状,切面多呈灰白、灰红或灰褐色,质嫩,胶冻样,少数位于

深部肌层组织,往往体积较大,与周围组织界限不清。镜下观,MFS多呈结节状生长,结节之间有纤细而不完整的纤维结缔组织间隔,结节内间质呈黏液样。根据其分化程度将MFS分为三种类型:(1)低度恶性的MFS,瘤细胞排列疏松,主要有梭形或星芒状细胞组成,瘤细胞呈束状或不规则排列,细胞界限不清,胞质红染,核深染,细胞轻度异型,常可见空泡状的脂肪母细胞。肿瘤组织内可见弧线状的血管。(2)中度恶性的MFS,瘤细胞密度较低度恶性MFS高,细胞异型性较明显,可见核分裂象,间质呈黏液样。(3)高度恶性的MFS,瘤细胞多呈实性排列,瘤细胞呈多形性,可见多核瘤巨细胞,病理性核分裂象易见,并可见出血和坏死。高度恶性的MFS中有时可穿插低度恶性MFS的成分^[2]。Nascimento等^[3]提出了MFS上皮样变异型的概念,在梭形细胞间混有变异的上皮样细胞,细胞多形性,中心或偏心的核,显著的核仁,丰富的嗜酸性颗粒状胞质,类似横纹肌母细胞,但未见横纹。疏松区及细胞密集区均可见双核、多核上皮样细胞,在黏液区单个或链状排列,在富于细胞区呈片状、簇状排列。根据以上分类和特点,本例患者诊断为低度恶性MFS。

2.3 诊断和鉴别诊断 本病在影像学检查提示占位性病变,MRI上表现为混杂的高信号、高等信号及低信号和不均匀强化相互交织分布。MFS的确诊需要靠病理组织学和免疫组化检查。MFS在临床和病理学上主要应与黏液性脂肪肉瘤、黏液性横纹肌肉瘤、恶性纤维组织细胞瘤、黏液软骨肉瘤、黏液炎性纤维母细胞肉瘤、低度恶性纤维黏液样肉瘤、黏液样隆突性

皮纤维肉瘤等肿瘤相鉴别^[4-5]。

2.4 治疗与预后 MFS治疗上首选手术切除,切除包括肿瘤组织和周围1~2cm的正常组织。全身化疗或局部放射治疗对控制肿瘤的局部复发和远处转移有一定的作用。虽然MFS多为低度恶性,但局部复发率较高,如肿瘤体积大、有出血和坏死、黏液区的减少等则提示肿瘤预后不良,恶性程度越高的MFS越容易发生转移,多转移至肺、骨和腹膜后等处。

参考文献:

- [1] 伍健,孙健,陈维香,等.黏液纤维肉瘤4例临床病理分析[J].诊断病理学杂志,2010,17(4):290-293.
- [2] 周晓红,罗晓青.黏液纤维肉瘤3例临床病理分析[J].临床与实验病理学杂志,2011,27(5):546-548.
- [3] Nascimento AF, Bertoni F, Fletcher CDM. Epithelioid variant of myxofibrosarcoma; expanding the clinicomorphologic spectrum of myxofibrosarcoma in a series of 17 cases[J]. Am J Surg Pathol, 2007, 31(1):99-105.
- [4] 王占东,杨杰,杨会钗,等.黏液纤维肉瘤7例临床病理分析[J].临床与实验病理学杂志,2008,24(6):675-678.
- [5] 邓仲端.黏液纤维肉瘤和低级别纤维黏液样肉瘤的诊断和鉴别诊断[J].中华病理学杂志,2007,36(4):271-273.

(收稿日期:2014-02-08 修回日期:2014-03-10)

《重庆医学》杂志对运用统计学方法的有关要求

1. 统计学符号:按GB 3358—1982《统计学名词及符号》的有关规定,统计学符号一律采用斜体。

2. 研究设计:应告知研究设计的名称和主要方法。如调查设计(分为前瞻性、回顾性或是横断面调查研究),实验设计(应告知具体的设计类型,如自身配对设计、成组设计、交叉设计、析因设计、正交设计等),临床试验设计(应告知属于第几期临床试验,采用了何种盲法措施等);主要做法应围绕4个基本原则(重复、随机、对照、均衡)概要说明,尤其要告知如何控制重要非试验因素的干扰和影响。

3. 资料的表达与描述:用 $\bar{x} \pm s$ 表达近似服从正态分布的定量资料,用M(QR)表达呈偏态分布的定量资料;用统计表时,要合理安排纵横标目,并将数据的含义表达清楚;用统计图时,所用统计图的类型应与资料性质相匹配,并使数轴上刻度值的标法符合数学原则;用相对数时,分母不宜小于20,要清楚区分百分率和百分比。

4. 统计学分析方法的选择:对于定量资料,应根据所采用的设计类型、资料所具备的条件和分析目的,选用合适的统计学分析方法,不应盲目套用 t 检验和单因素方差分析;对于定性资料,应根据所采用的设计类型、定性变量的性质和频数所具备的条件及分析目的,选用合适的统计学分析方法,不应盲目套用 χ^2 检验。对于回归分析,应结合专业知识和散点图,选用合适的回归类型,不应盲目套用简单直线回归分析;对于具有重复实验数据检验回归分析资料,不应简单化处理;对于多因素、多指标资料,要在一元分析的基础上,尽可能运用多元统计分析方法,以便对因素之间的交互作用和多指标之间的内在联系做出全面、合理的解释和评价。

5. 统计结果的解释和表达:应写明采用统计学方法的具体名称(如:成组设计资料的 t 检验、两因素析因设计资料的方差分析、多个均数之间两两比较的 q 检验等),统计量的具体质(如: $t=3.45, \chi^2=4.68, F=6.79$ 等);在用不等式表示 P 值的情况下,一般情况下选用 $P>0.05, P<0.05$ 和 $P<0.01$ 三种表达方式,无须再细分为 $P<0.001$ 或 $P<0.0001$ 。当涉及总体参数(如总体均数、总体率)时,再给出显著性检验结果的同时,应再给出95%可信区间(CI)。