

· 短篇及病例报道 · doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2015.20.054

细针穿刺细胞学结合免疫组织化学诊断转移性恶性黑色素瘤 1 例

刘 杰, 罗 波[△]

(湖北省武汉市中心医院病理科 430014)

[中图分类号] R739.5

[文献标识码] C

[文章编号] 1671-8348(2015)20-2878-02

恶性黑色素瘤(malignant melanoma, MM)是一种来源于鳞状上皮基底层处黑色素细胞的恶性肿瘤,其侵袭性高,预后较差^[1]。其发病率仅占皮肤恶性肿瘤的 5%左右,但却占死亡构成比例的 75%^[1];且近年来其发病率和病死率在全球范围内均有升高的趋势^[2]。由于肿瘤早期体积小,病变部位隐匿,常因远处转移病灶而被发现。MM 皮损及瘤细胞形态多样,其确诊及鉴别诊断依赖临床表现和常规免疫组织化学方法。本文通过回顾分析细针穿刺(fine needle aspiration cytology, FNAC)检查的 1 例转移性 MM,探讨 FNAC 涂片中细胞形态与人黑色素瘤抗体-45(HMB-45)和黑色素-A(Melan-A)标志物在诊断转移性 MM 中的价值。

1 临床资料

患者,男,56 岁。发现脚底黑痣 3 个月伴腹股沟肿块 1 周。发病以来,大小便正常,食欲尚可,精神状态较差。发病以来体重减轻 5 kg。CT 显示:左侧腹股沟淋巴结肿大,最大约 5 cm×4 cm,髂血管周及腹膜后多个淋巴结肿大,最大约 3 cm×2 cm。查体:左侧足底中心见 1 个黑色隆起,质地脆,大小约 4 cm×3 cm,表面皮肤破溃,黑色隆起物部分突出皮肤表面,活动度较差。腹股沟处可触及 1 个肿块,活动度差,表面尚光滑,大小约 5 cm×3 cm。其他部位未见肿大淋巴结。病理检查:局部消毒腹股沟后左手食指和中指固定肿块,将针头(使用一次性 5~10 mL 注射器)刺入肿物内,利用负压进行抽吸,向不同方向进针,见吸取出大量黑色内容物。将吸取物作涂片数张,其中 2 片 95%乙醇固定,供瑞氏染色,剩余数张脱色后行免疫组织化学染色。镜下见:大量中等大小细胞,细胞质少、细胞核比较大,细胞核卵圆形、圆形异型性明显、可见明显的大核仁,染色质细颗粒状,部分细胞为黑色素所覆盖,另可见少许淋巴细胞(图 1)。

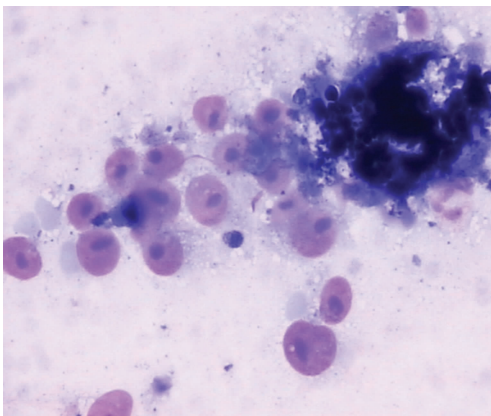


图 1 瑞氏染色

脱色过程如下:吹风机吹干固定后的免疫白片,将切片放入盛 50 mL 高锰酸钾溶液(15%)的玻璃染色缸内水浴加热

6~8 min,待水浴锅内水即将沸腾后,去火,取出涂片,用 1%草酸漂白 3 次,每次 25 s,流水洗 2 min。脱色后行免疫组织化学检测,结果显示 HMB-45 及 Melan-A 强阳性(图 2、3)。病理诊断:(腹股沟)转移性 MM。

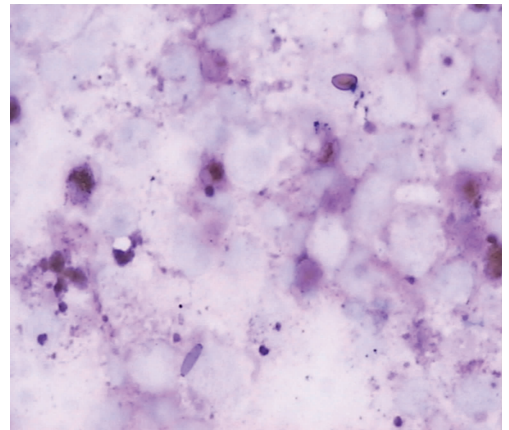


图 2 HMB-45 染色

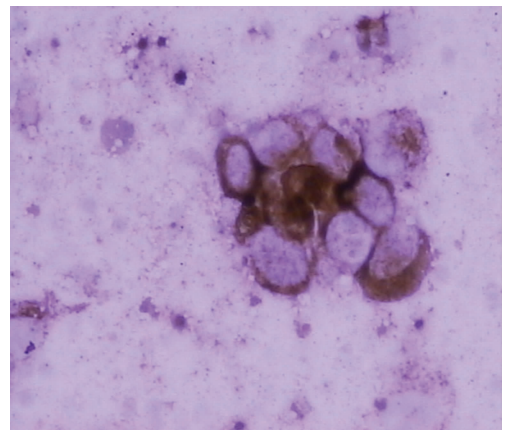


图 3 Melan-A 染色

2 讨 论

我国 MM 的发病率不高,但是由于对该疾病的病程发展规律认识不清,未能给予足够的重视,初诊时已经发展至转移阶段,治疗效果极差。近来随着日益发展的工业和一些暴露因素的增加,我国黑色素瘤的发病率和病死率有明显的增加。MM 累及躯干肢体皮肤及运动系统的占到绝大多数,而足部是其常见的好发部位,约占 30%^[3],且男性较女性常见,50 岁为其发病高峰期。

传统的治疗 MM 的方法多采用手术切除联合术后放疗和(或)化疗,近年来对 MM 的治疗及相关的基础研究都有所发展,例如靶向免疫治疗、基因靶向治疗、生物免疫治疗疫苗及一些新型的化疗方案和化疗药物^[4-7]。而对于晚期患者,通常失

去了手术治疗的机会。因为 MM 任何刺激均会导致肿瘤的进一步的扩散和转移,对病理诊断而言,取得活检标本将会显得很困难。此时细针穿刺病理诊断显得尤为重要。本例结合免疫组织化学及细胞学形态诊断 MM,为临床治疗指定方案奠定了基础。

MM 可表现为多种形态特征,组织结构及细胞学特征具有明显的多形性,且一部分 MM 无黑色素,故诊断 MM 时应注意与下述肿瘤的鉴别:(1)低分化癌、大细胞癌及化生性癌;(2)多种类型的肉瘤如肌源性肉瘤、恶性纤维组织细胞瘤(malignant fibrous histiocytoma, MFH)、滑膜肉瘤、纤维肉瘤、上皮样肉瘤及、恶性外周神经鞘瘤(malignant peripheral nerve sheath tumor, MPNST)等;(3)多种类型的小细胞性恶性肿瘤;(4)某些良性肿瘤如神经源性肿瘤等^[4]。研究表明, HMB-45 联合 Melan-A 在诊断 MM 中具有较好的特异性和敏感性,而 S-100 具有较差的特异性,尤其在无色素性 MM 具有重要的意义^[5]。本例细胞学特点符合 MM 细胞学特征, HMB-45 及 Melan-A 强阳性表达,结合临床病史诊断为转移性 MM。目前针对细针穿刺细胞学诊断 MM 的大样本尚较少,且存在脱色素方法处理不统一的问题,故其是否能广泛应用有待进一步大样本的研究。

参考文献

- [1] Parkin DM, Bray F, Ferlay J, et al. Global Cancer Statistics, 2002[J]. CA Cancer J Clin, 2005, 55(2): 74-108.
- [2] Jemal A, Seigel R, Ward E, et al. Cancer Statistics, 2006 [J]. Cancer J Clin, 2006, 56(2): 106-130.
- [3] Balch CM, Buzaid AC, Soong SJ, et al. Final version of

• 短篇及病例报道 • doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2015.20.055

the American Joint Committee on Cancer staging system for cutaneous melanoma[J]. J Clin Oncol, 2001, 19(16): 3635-3648.

- [4] Robert C, Thomas L, Bondarenko I, et al. Ipilimumab plus dacarbazine for previously untreated metastatic melanoma [J]. N Engl J Med, 2011, 364(26): 2517-2526.
- [5] Ribas A, Kim KB, Schuchter LM, et al. BRIM-2: an open-label, multicenter phase II study of vemurafenib in previously treated patients with BRAF V600E mutation-positive metastatic melanoma[J]. J Clin Oncol, 2011, 29(Suppl): 8509.
- [6] Ascierto PA, Berking C, Agarwala SS, et al. Efficacy and safety of oral MEK162 in patients with locally advanced and unresectable or metastatic cutaneous melanoma harboring BRAFV600 or NRAS mutations[J]. J Clin Oncol, 2012, 30(Suppl 15): 8511.
- [7] 余少鸿, 汤荣春, Basse PH. 联合应用 NK 细胞及 CTL 对黑色素瘤 B16 细胞的影响[J]. 重庆医学, 2012, 41(9): 878-880.
- [8] 叶明福, 张哉根, 王亚丽, 等. 恶性黑色素瘤组织学变异型与鉴别诊断[J]. 临床与实验病理学杂志, 2004, 20(5): 588-591.
- [9] 黄春鑫, 苗英. 无色素性恶性黑色素瘤 23 例临床病理分析[J]. 临床与实验病理学杂志, 2008, 24(2): 243-244.

(收稿日期: 2014-12-08 修回日期: 2015-02-16)

多层螺旋 CT 诊断脊髓前动脉侧支循环形成 1 例报道

周悦¹, 王东昕¹, 齐恩林²

(河北医科大学附属哈励逊国际和平医院: 1. CT 室; 2. 超声科, 河北衡水 053000)

[中图分类号] R816.2

[文献标识码] C

[文章编号] 1671-8348(2015)20-2879-02

头颈部血管的狭窄或闭塞,可引起相应供血区的临床症状,甚至致命卒中,良好的侧支循环可有效补充血供,改善患者临床症状。脊髓前动脉(anterior spinal artery, ASA)作为侧支循环在多篇文献中有过报道,但图像资料匮乏,现报道 1 例多层螺旋 CT 诊断脊髓前动脉侧支循环形成,并结合文献进行讨论。

1 临床资料

患者,男,22 岁,发热、头痛、头晕 5 d,言语不利 1 d 于 2013 年 9 月 22 日入院。无高血压、高脂血症,有吸烟、饮酒史。体检:左侧鼻唇沟浅,伸舌左偏,四肢肌张力正常,肌力 5 级。脑电图显示:广泛异常脑电图。头颅磁共振成像(MRI):右侧额顶叶及左侧额、枕叶及两侧大脑半球脑沟内多发异常信号,考虑炎性病变。颈部磁共振血管造影(MRA):因患者不能配合显影不清。实验室检查:血常规、血生化、凝血、肝功、肾功、血脂指标正常;血沉 1 mm/h;艾滋病抗体阴性;梅毒螺旋体特异抗体阴性;抗心磷脂抗体阴性;风湿免疫:补体 C3

0.60 g/L(参考值 0.79~1.52 g/L)、补体 C4 0.12 g/L(参考值 0.16~0.38 g/L);免疫球蛋白正常;甲功正常;脑脊液生化正常;脑脊液常规:多核细胞比率(体液)50.00%(参考值 15.00%~45.00%),其余正常;潘氏实验阴性;脑脊液细胞学:激活淋巴细胞 6 个,激活单核细胞 1 个,非特异性脑膜反应。临床诊断:中枢神经系统血管炎,给予激素并抗炎、抗病毒治疗。10 月 12 日复查头颅 MRI 及 MRA:右侧额顶叶、左侧额顶枕叶异常信号,与 2013 年 9 月 22 日拍片比较,病灶范围缩小,强化减轻;两侧颈内动脉远端明显不规则变细、狭窄,基底动脉粗大,两侧后交通动脉粗大明显。患者住院 22 d 后,病情好转出院。

2 结果

患者于 2014 年 1 月 14 日复查,无明显不适,检查 CT 血管造影术(CTA)显示:两颈内动脉 C5 段闭塞;左侧椎动脉 V4 段重度狭窄,右侧椎动脉 V4 段闭塞,周围侧支血管团形成,前交通动脉及两侧后交通动脉通畅,ASA 迂曲、增粗,椎动脉颈