

皮肤基底细胞癌伴淋巴结转移

同济医科大学协和医院血液病研究所 陈万新 彭孝敬 晏想成 陈炳珍

基底细胞癌(BCC),又名基底细胞上皮瘤,侵蚀性溃疡、Jacobi溃疡。为来源于表皮或其附属器的一种低度恶性肿瘤。好发于头面部,发生转移者极少见。原发于肩臂部并发生转移者更为罕见,至目前国内文献尚未见报告。现就我院所诊断一例报告如下。

病例报告

患者女,72岁。于1977年无意发现左肩臂部皮肤有一绿豆大红色丘疹,逐渐增大,质硬隆起,不活动,表皮光亮,无痛痒及其它不适。一年后增至蚕豆大,经它院针吸细胞学证实为BCC。从1979至1984年先后在3家医院进行了5次手术切除。每次术前作细胞学检查及术后病理检查,均诊断为BCC。每次手术后伤口均愈合良好,除首次外,均辅以局部放疗。但每次均在术后不到一年即见明显复发迹象。从手术到复发之间的间歇期也逐次缩短,肿块的生长及形成也比前一次增快,复发瘤的体积也逐次增大。至1986年初,局部第5次复发,瘤体大约 $4 \times 5 \text{ cm}$,在它院行放疗一个疗程,肿块稍平,因WBC低下停止放疗。1986年底发现左腋下及左锁骨上淋巴结肿大蚕豆大。1987年5月在它院行腋下淋巴结穿刺细胞学检查诊断为淋巴结炎,因与临床不符而转入我院。

体检:左侧肩臂部皮肤可见 $5 \times 6 \text{ cm}$ 的肿块(图1),中心溃疡直径 2.5 cm ,周边有数个大约 $0.5 \sim 1 \text{ cm}$ 的隆起结节,质硬,不透明。左腋下及左锁骨上可触及肿大的淋巴结。病人一般情况良好,X线检查,胸及肩关节骨质未见异常。腋下淋巴结细胞学检查诊断为BCC淋巴结转移。

原发瘤病理学特征(图2):瘤细胞由大量基底样细胞及少许梭形细胞组成。基底样细胞核较一致,呈圆形或类圆形,着色浅而稀疏不均,可见1~3个较清晰的核仁,易见核分裂相;胞浆量少,淡嗜碱性。瘤细胞排列成团块状或巢状,可见栅栏排列及少数星状萎缩,个别囊腔形成;部分区域可见少量梭形细胞,其核较小,着色深且均匀致密,呈梭形,无核仁;胞浆量少,嗜碱性,长梭形,常见围绕于基底样细胞团周围,也可见少量以梭形细胞

为主的小区,少许基底样细胞存在其间。未见向皮肤附属器分化迹象,属于实体未分化型BCC,且已侵入皮下脂肪层。瘤组织周围可见淋巴细胞浸润。

细胞学特征:在针吸细胞学涂片上,原发瘤(图3)与转移瘤(图4)瘤细胞形态一致。其大小约为成熟红细胞的2~3倍,成分分布核呈圆形或卵圆形,胞浆量较少,嗜碱性,因排列紧密而境界不清。核大小基本一致,易见核仁。个别细胞核偏大,核染色质增加。

随访:病人于1987年10月24日死亡。

讨论

BCC多发于老年人,偶见于青年人及儿童^[1]。虽然由其引起的死亡率不高,但发病率却很高,约占皮肤癌症的75%^[2]。均发生于有毛的皮区,75%~85%的BCC发生于颜面、颈和耳部^[3]。通常认为大多数BCC的发生与紫外光照射及皮肤敏感性有关。但本例BCC发生于肩臂部,无长期日晒及化学毒品接触史,家中无类似病人,发病前局部皮肤健康,无外伤及其它皮肤损害。

BCC病程缓慢,往往需要几年其体积才倍增。一般呈局部浸润性生长,发生溃疡者占85%,常侵袭到皮肤网状层,有的可达皮下脂肪层^[6],甚至达软骨和骨骼,造成广泛的破坏或残毁^[1,6]。经手术切除后有一定的复发倾向。Desilva等研究了134例外科切除的BCC,其复发率为41%,从切除至复发的平均时间为2.5年^[7]。本例虽经多次局部切除及放射治疗,但每次均在一年内复发,复发时间明显短于Desilva等的平均值。复发的可能原因是对肿瘤大小及侵袭度估计不足,手术范围、放疗范围和剂量不够;更重要的可能是本例恶性度较高,侵袭力较强,属于相对恶性的BCC,且对放疗反应差。

BCC虽有较高的复发率及局部浸润破坏的特点,但发生转移者甚少,Lever等曾计算其转移率为0.0028%。从肿瘤发生至转移,平均9~10年。转移者中,局部淋巴结转移占2/3;血性转移约占1/3,主要转移脏器有肺、胸膜、肝、骨、脾和肾上腺,局部淋巴结及内脏均有转移者少见。一旦肿瘤转移越过了淋巴结,则治疗反应性甚差^[8,4]。通常

认为,能发生转移的BCC与相对呈良性经过的非转移性BCC组织学上无明显差异,但其临床表现仍有一定的特征:如本例,(1)原发部位比较特殊;

(2)发病时间长,原发肿瘤较大,周边有数个卫星结节,肿瘤中央溃疡,不呈典型的透明蜡状;

(3)细胞学涂片上,瘤细胞核染色质增加,深染,核仁明显,裸核易见,提示具有较高恶性度;(4)经多次手术及放射治疗均复发,且复发时间短,复发瘤生长较快。在肿瘤发生10年后出现了锁骨上及腋下淋巴结转移,并于转移半年后死亡。

故对于这种临床表现特殊,多次治疗复发,细胞形态又有明显异形性,且有较高恶性度及转移潜力的BCC,治疗时应特别慎重,以防止其转移而导致病情的恶化。

(本文图见封4)

参考文献

1. Domonkos AN, et al. Andrews' diseases of the skin; Clinical dermatology. 7th edition. Philadelphia; W. B. Saunders Company. 1982; 810-812.
2. Grinwood RE, et al. J Invest Dermatol 1986; 86: 191.
3. Jeffery WT, et al. Cancer 1983; 52: 1583
4. Shertz W, et al. Arch Pathol lab Med 1986; 110: 761
5. Murry SJ, et al. Arch Dermatol 1986; 122: 628
6. Grosshans EJ, et al. Ann Dermatol Venereol 1984; 111: 447
7. Desilva SP, et al. J Surg Oncol 1985; 28: 72

右肺巨大平滑肌肉瘤1例

广西百色地区医院病理科 赵桂兰

平滑肌肉瘤发生在肺内很少见,近年国内报道仅见一例^[1],现将本室遇到一例报道如下。

患者女性,21岁,因阵发性胸骨后隐痛18天,于1990年8月10日入院。入院前,病人无诱因出现胸骨后阵发性隐痛,伴发热,畏寒、头痛、乏力等,但无咳嗽、咳痰及放射痛,在当地医院治疗后一般症状消失,但胸骨后隐痛仍持续存在,胸透发现“肺内有肿物”而到我院就诊。查体:消瘦,营养欠佳,体重38kg;呼吸均匀,胸骨无压痛,右肋弓前内侧饱满稍隆起,叩诊呈浊音,未闻及病理性呼吸音。x线胸片发现右下肺叶有10×10cm²肿物阴影,内界与心影重叠,下界与膈肌分不开。拟诊肺良性肿瘤。手术见肿物位于右肺下叶,与膈肌,纵隔粘连,肺门及隆突下淋巴结轻度肿大。

病检所见:肿物10×11×7cm³,与肺组织分界尚清楚,似有包膜,无卫星瘤结节,切面灰白灰黄色,鱼肉状,质软,无出血坏死。镜下:瘤细胞挤压肺组织萎缩形成纤维性包膜,部分为假包膜,瘤细胞呈梭形,略呈编织状,束状排列,部分区弥散排列;胞核大,短棒状或卵圆形,空泡状,染色质粗疏松,每10个高倍视野有1-2个病理性核分裂,并见少数单个瘤巨细胞;胞浆嗜伊红染,V、

G染呈黄色,Masson三色染成胞浆为红色。淋巴结为花生米大,镜下示淋巴结反应性增生,无转移瘤。病理诊断:右肺下叶巨大平滑肌肉瘤高分化型。肺门淋巴结无转移。

平滑肌肉瘤发生在脏器中,以子宫及胃肠道多见,肺脏极少见,文献报告6例肺原发性平滑肌肉瘤,男女各3例;年龄最小4岁,最大67岁,肿物最大9×7×3cm³,其中3例做肺叶切除后,追踪3年、5年、20年未见复发^[2],本病临床早期无症状,发展到一定程度时多见以胸痛为主要症状,少见咳血性痰,由于瘤细胞不易脱落,痰细胞学检出率低,易误诊肺良性肿瘤,肺结核,肺炎,炎性假瘤,肺癌等,确诊需病理检查。一般无淋巴结转移,晚期可血行转移;手术治疗比肺癌预后好,本例术后短期观察,病人恢复良好,无复发及转移。

参考资料

1. 高佩文,等.实用肿瘤学杂志.1990; 5(3): 170.
2. Watson, wl, & Anlyan, A·J: primary leiomyosarcoma: A clinical evaluation of six cases. in watsons lung cancer. P 428, 1968,

皮肤基底细胞癌伴淋巴结转移 (正文见251页)

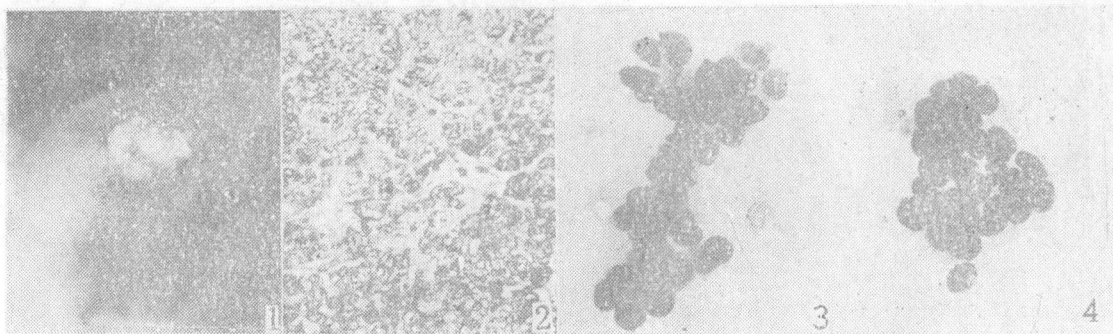


图2 H&E染色×400

图3 Wright—Giemsa染色×1,000

图4 Wright—Giemsa染色×1,000

结、直肠黑变病的病因探讨 (正文见217页)



图1 巨噬细胞内及间质中充满大量脂褐素颗粒。(×3500)

图2 箭头所示为肠壁神经末梢,周围有大量脂褐素沉积。(×5000)

P₂₁作为宫颈癌标志物和P₂₁单抗临床应用的研究 (正文见211页)

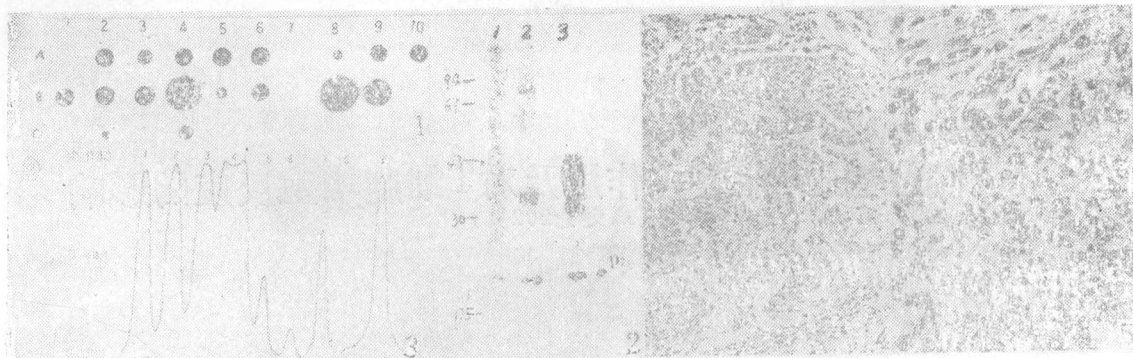


图1 放射免疫斑点试验自显影图: A₁-10、B₁-4、B₆、8为宫颈癌; B₁₀、C₁、2为宫颈炎。

图2 Western印迹免疫自显影图: 三例样品均为宫颈癌。

图3 色谱扫描图: 第1~4波形为宫颈癌; 第5~7为宫颈炎; 第8为正常3T3细胞; 第9为转化的3T3细胞。

图4、5 均为宫颈鳞癌石蜡切片, 切片中可见散在的和密集的P₂₁阳性细胞, 表现为癌细胞胞浆中出现棕黄色阳性颗粒。(图4: ABC法×200; 图5: ABC法×400)