

## 骨盆软骨母细胞瘤1例报告

四川涪陵地区医院骨科 王正红

骨盆软骨母细胞瘤罕见, 我院收治一例, 报告如下:

病例报告: 男性, 16岁, 右膝外伤后疼痛5月, 髌部轻微疼痛伴跛行2月入院。同位素扫描发现右髌异常放射性浓集。查体: 一般情况好, 右腹股沟区可扪及 $6 \times 7$  cm包块, 轻压痛, 不活动, 与皮肤无粘连。局部皮温不高, 无静脉怒张, 同侧股四头肌萎缩, 髌、膝关节活动正常。

X线片示, 右髌骨, 髌臼及耻骨上支溶骨性破坏、骨皮质断裂, 周围可见软组织块影, 胸片未见异常。

1987年3月在硬膜外麻醉下行肿瘤切除, 髌骨转位移植术。术中见: 右髌臼部内上方软性包块 $9 \times 6$  cm<sup>2</sup>大小, 有完整包膜, 边界清楚, 内为灰白色肉芽状组织, 易碎, 出血不多, 耻骨上支为肿瘤组织所取代。髌臼内上, 耻骨降支外侧, 坐骨上支上份骨破坏, 行肿瘤切除, 遗留髌臼至耻骨结节大段骨缺损, 局部用药5-氟尿嘧啶250mg。取带旋髂深血管蒂的髌骨 $8.5 \times 4$  cm<sup>2</sup>, 转位移植重建髌关节。病理所见: 软骨母细胞中等大小, 多边形, 核较大呈类圆形。肾形。染色质稀疏, 核仁不明显, 胞浆较少, 染色淡红, 细胞境界清楚。多核巨细胞核数多, 在10个以下, 胞浆丰富, 嗜伊红性, 分布

散漫。细胞间质各处不等, 并可见成熟的透明软骨, 瘤细胞间可见钙盐沉着。形成格子样结构。诊断: 软骨母细胞瘤。术后皮牵引4周, X线片见移植骨块成活。8周下床活动, 14周拍片见骨块已骨性愈合。化疗2个疗程, 3月一次, 药物总量: 顺氯铂铂420mg, 长春新碱28mg, 随访30月, 肿瘤无复发。

### 讨 论

一、软骨母细胞瘤无特殊症状, 局部疼痛轻微。不易引起重视, 本例有外伤史, 病损在髌关节附近。主要表现为患侧膝关节反射性疼痛, 股四头肌萎缩, 长期误以一般外伤后关节疼痛治疗, 临床应予注意。

二、本病不但有较高的复发率, 也有较高的恶性变, X线片表现为溶骨性破坏, 边界清楚, 溶骨阴影中可见絮状改变, 周围可见骨硬化。若处于偏心型, 局部皮质变薄, 有时可见病理性骨折, 本例X线基本特征与之相符。同时还可见明显软组织块影。病理报告组织细胞增生活跃, 我们认为应考虑术后易复发和恶性变的可能, 加用化疗较为安全。本例部位特殊, 手术不易较广泛切除, 予局部及全身用药。随访2年以上病变无复发, 取得满意效果。

## 肾门恶性副神经节瘤1例

江苏徐州第四人民医院 泌尿外科 贾瑞鹏 吴天麟 李 政  
病理科 陈菊荣 吕泰忠

患者, 女, 52岁, 因左上腹肿块一年伴发热3天, 以“左肾肿瘤”入院。

体检: T39℃ 脉搏70次/分呼吸30次分血压100/60 mmHg, 神志清, 消瘦容, 瞳孔等大等圆, 光反射灵敏, 左上腹可触及 $13 \times 10 \times 8$  cm质Ⅱ度包块, 境界不清, 活动性差, 触痛阳性, 血常规RBC270万/mm<sup>3</sup>, Hb7.4g%, WBC5800个/mm<sup>3</sup> N59% L41% 血沉59mm/小时, 尿常规正常, 肾图示左侧无功能曲线, 右侧分泌段正常, 排泄段延缓。B超: 左上

腹混合性包块, 内有液体反射肿块与左肾分界不清。静脉尿路造影(Ivu)示左肾不显影, 右肾功能正常。经抗炎治疗, 患者体温下降, 在硬膜外麻下行检查术, 手术见左肾重度积水, 左肾门背侧有一约 $20 \times 18 \times 11$  cm大质硬肿块, 表面淡红色, 有曲张血管, 肿块内穿刺抽出脓样液体约500ml, 肿块侵犯包膜并与下腔静脉粘连无法切除, 取部分肿块送病理后关腹, 术后第四天, 患者出现阵发性癫痫大发作, 神经内科确诊为“腹膜后肿瘤脑转移所致症状

性癫痫大发作”，病情急剧恶化，患者自动出院。

**病理检查：**一块不成形软组织，大约  $1 \times 1.5 \times 2.5 \text{cm}$ ，切面淡红色；镜下观察：瘤细胞排列成实体团与索状，间质内有薄壁血窦，瘤细胞似上皮样细胞，胞浆丰富内含红染颗粒，亦见空泡状细胞，胞核浓染，大小不等可见巨核与核丝分裂象，瘤细胞侵犯包膜。病理诊断：肾门恶性副神经节瘤。

**讨论：**腹膜后非嗜铬性副神经节瘤临床少见，而源于肾门者国内尚未见报告。该病多呈良性改变，恶性者约为20—40%<sup>[1,2]</sup>，组织形态学难以鉴别良恶性，需结合临床上有无转移、复发及包膜有无浸润综合分析<sup>[3]</sup>。

该病以中年男性多见，以无痛性上腹包块就诊，病程缓慢，又无特异性体征，辅助检查亦无特异性，术前诊断困难而易误诊为肾肿瘤与其它腹膜后

肿瘤，因此在上腹尤其后腹膜包块鉴别诊断时应想到本病可能，应尽早手术探查。本文患者伴发热其原因可能为（1）肿瘤内出血，血红蛋白吸收（2）肿瘤坏死合并感染，（3）肿瘤压迫肾引流系统，引起肾积水感染，（4）肿瘤脑转移，累及体温调节中枢（5）肿瘤内产生的毒素被吸收。

**治疗：**因本病对放疗、化疗均不敏感，故应争取早期行肿瘤根治性切除；对中晚期患者，手术切除率低，可行姑息性手术再辅以化疗、放疗以延长生存时间<sup>[2]</sup>。本例患者手术证实肿瘤腹膜后广泛浸润且合并有脑转移，出现癫痫大发作，病情恶化，失去了进一步治疗机会。

#### 参 考 文 献

1. 许怀瑾：国外医学（外科分册）2：28，1983。
2. 刘奇聖等：浙江医学11（3）：171，1989。

## 伴纤维肉瘤成分的胶质母细胞瘤——胶质肉瘤1例报告

第一〇七医院病理室 秦 军 张文霄

发生在大脑的胶质细胞瘤是常见的肿瘤，而既含胶质母细胞瘤成分又伴有纤维细胞肉瘤成分之病例罕见，我院遇有一例，简要报告如下。

**临床资料：**患者，女，53岁，因头痛，右半身活动不灵伴恶心呕吐逐渐加重10天入院。检查：神志尚清，轻失语，右鼻唇沟变浅，颈部有抵抗感，右侧肢体感觉减退，右腹壁反射减弱，右上下肢肌力、肌张力减弱，右膝反射、跟腱反射减弱，右眼本汉母氏征阳性，高登氏征阳性，巴氏征弱阳性。脑血管造影：左顶叶占位性病变，临床诊断：左顶叶肿瘤。

**病理检查：**椭圆形肿物一个  $4 \times 4 \times 3$  厘米，质软，无包膜，切面灰白色鱼肉样，有出血坏死，镜下见瘤组织呈束状及漩涡状排列，主要成分由大量梭形纤维母细胞构成，排列紧密，细胞异型性明显，易见核分裂，有片状出血坏死，少部分区域可见多形性胶质母细胞瘤成分。病理诊断：左顶叶纤维肉瘤。经网状纤维染色阳性，Masson PTAH等染色肿瘤有两种成分，即一种为恶性胶质瘤，另一种为纤维肉瘤。会诊诊断：左大脑顶叶胶质母细胞

瘤伴纤维肉瘤。

**讨论：**本瘤是在分化差的胶质瘤基础上，同时伴有纤维肉瘤成分，相当于颅外癌肉瘤，真正两种成份构成的一种肿瘤。本瘤极为罕见，自Stroebe氏1885年首次报告后，至1976年文献上约有84例报告，国内几乎未见报道，有人将此瘤归并于多形性胶质母细胞瘤内。而本瘤临床表现与多形性胶质母细胞瘤难以区分，多发生于成人，以30—60岁多见本例53岁，男女发病率无明显差异，发生部位大多位于大脑半球内，以颞叶较多见，其次顶叶及额叶

本瘤的发生一般认为可能是：（1）由于胶质中血管周围结缔组织高度增生，最后演变为肉瘤；

（2）胶质瘤侵犯脑膜后，引起脑膜纤维组织增生及肉瘤变；（3）在颅内原发性肉瘤的周围，由于反应性胶质细胞增生，进一步形成瘤；（4）肉瘤和胶质瘤分别发生后混合在一起。目前，较多资料均支持由胶质瘤中血管结缔组织的肉瘤变结果。

（本例曾请沈阳军区医院黄文清主任会诊确诊，并对本稿审阅修改指导，特此感谢。）