

鼻咽多形性腺瘤5例报告

中山医学院肿瘤研究所病理、免疫室

谢作煊* 卢泰祥 李博山 宗永生

我们在过去20年间见到5例原发于鼻咽部的多形性腺瘤,即涎腺型混合瘤。由于其极为少见,故特报告如下。

病例报告

梁×,男性,45岁。1972年10月22日因喉痛一个多月就诊,检查见鼻咽左侧壁有菜花状肿物突出腔内,无颅神经损害症状,颈淋巴结无肿大。活检切片(病理号:会800150),见上皮性瘤细胞排列成条索状或巢状,散布于粘液样纤维组织(图1)或玻璃样变的纤维组织中(图2),前者与后两者间有的境界清楚,有的相互移行,瘤细胞大小形态较一致,无明显异形性。偶有腺管状结构。病理诊断:鼻咽多形性腺瘤。于1972年12月5日入院(住院号:19225)将鼻咽肿物手术切除。术后恢复良好,于12月30日出院。1973年1月10日至2月23日患者又接受钴60放疗,总剂量,212拉德。3月15日复查鼻咽部未见新生物,但患者仍有“喉痛”、“耳痛”症状。患者自述7月24日曾吐出一块“肉块”。10月12日又查见鼻咽腔有新生物,六天后突然口腔大出血死亡。

戴××,男性,25岁。因两年来左咽肿胀感时有痛和发热,于1958年10月11日就诊。检查发现鼻咽左侧壁隆起不平。局麻下切开左软腭摘出一鸭蛋大肿物,包膜完整,质较脆,出血不多。术后患者一般情况良好出院。组织切片检查(病理号:会800151),见上皮细胞巢、索中有腺管、小囊腔或角化珠形成,并见粘液样或软骨样组织(图3),瘤细胞无明显异形性。病理诊断:鼻咽多形性腺瘤。

黄××,女性,49岁,1967年10月5日因鼻塞、鼻衄一个多月就诊。检查发现左鼻咽一大块肿物,无颅神经损害症状,颈淋巴结无肿大。活检切片(病理号:会800152),见上皮性瘤细胞形成腺管状或条索状,其间有玻璃样变的纤维性组织(图4)。瘤细胞

较小,核深染,形态一致,无明显异形性。病理诊断:鼻咽多形性腺瘤。

王××,女性,成人,因呼吸困难一个多月而就诊。检查见鼻咽腔有一巨大肿物,软腭受压突出,肿块延伸至口咽,致左侧扁桃体看不清楚。组织切片检查(病理号:会800153),见上皮性瘤细胞胞浆较多,嗜酸性,排列成腺管状(图5),有少量粘液样或玻璃样变的纤维性组织。病理诊断:鼻咽多形性腺瘤。

周××,女性,42岁。1978年初因间歇性鼻衄两多月而求医。检查发现鼻咽左侧壁和顶壁有结节状肿物。活检报告疑为恶性肿瘤,用钴60放疗(总剂量5,500拉德)无效。于8月4日施手术将肿物摘除。手术切除肿块龙眼大,无完整包膜,切面灰白而略透明,有灰黄色小灶散布,组织切片检查(病理号:会800154)见上皮性瘤细胞排列成巢、索状,瘤细胞大小形态一致,无明显异形性(图6),纤维性组织甚多,且因放射线的影响呈灶性坏变。病理诊断:鼻咽多形性腺瘤。

讨论

鼻咽粘膜的粘液,浆液性混合腺的形态结构与口腔小唾液腺无异,其发生涎腺型多形性腺瘤极为少见。我们在文献中仅找到4例⁽¹⁻⁴⁾。本文报告鼻咽多形性腺瘤5例,结合文献的情况来看,发病年龄(24致26岁,平均44.29岁)和性别(男5例,女3例)上与鼻咽癌不易区别。但多形性腺瘤常在局部形成较巨大的肿物,突出于鼻咽腔内,引起鼻通气不畅,甚至呼吸困难等阻塞症状,而无颅神经损害,颈淋巴结不肿大。一般鼻咽癌患者局部肿物较大时,常常已经浸润颅底,引起颅神经损害并有颈部淋巴结转移。甚至鼻咽癌局部肿物不很明显,而颈淋巴结转移肿块却很大。在活检切片上,一般不易误诊。

鼻咽癌的治疗目前仍以放疗为主。但对鼻咽多形性腺瘤来说放疗效果怎样?本文例1经钴⁶⁰6,212拉德照射后5个月瘤组织成块坏变脱落,3个月后因大出血死亡。例5曾钴60放疗总剂量5,500拉德,但无效而进行手术切除。文献中Allan等的一例⁽³⁾曾因肿物甚

脏T D区扩大,淋巴结T D区淋巴细胞密度增加,这些淋巴细胞很可能是从胸腺游走而来参加抗肿瘤免疫反应。

胸腺中的R E起着支架作用,构成胸腺细胞分化的微环境,还可以分泌胸腺激素诱导胸腺细胞增殖和分化,所以又有人称之为“胸腺保育细胞”。⁽¹⁰⁾但在胸腺萎缩时,可能由于淋巴细胞的排空或肿瘤代谢产物的直接毒害作用,R E发生变性坏死,聚集成团,失去支架作用,分泌胸腺激素和培养胸腺细胞的功能衰竭,使胸腺细胞生成减少,更加重了胸腺细胞排空和胸腺萎缩的程度,这可能是肿瘤晚期胸腺细胞急剧减少,外周免疫器官T D区萎缩的主要原因。至于瘤鼠胸腺中Hassall's小体增多增大的意义尚难定论,因为Hassall's小体本身的功能至今尚未明了,有人推测它可以聚集被吞噬的抗原物质,将其倾入静脉而消除。也有人认为它可以破坏禁忌细胞株⁽¹¹⁾,如果后一种假说成立的话,是否可以认为在瘤鼠胸腺中,由于胸腺细胞的过度增殖,会产生更多的禁忌细胞株,Hassall's小体便代偿性增多,加强对其破坏作用。

小鼠脾脏是重要的髓外造血器官之一。但在带瘤状态下,这种造血功能亢进,幼稚的成血细胞,特别是巨核细胞增多,还可见到大量的红细胞聚集。显而易见,肿瘤生长可刺激脾脏造血功能增强,但其意义还有待于进一步的研究。此外,瘤鼠的脾脏重量先升后降,这与多数人的报道是一致的。其他人报道淋巴结的重量也是先升后降⁽¹²⁾。外周免疫器官早期增生的原因除了胸腺细胞进入T D区增多,使其扩大而外,脾脏充血和淋巴结的髓窦扩张、生发中心的形成也是可能的因素之一。至于晚期萎缩主要原因可能是由胸腺排入到外周免疫器官的淋巴细胞减少所致。亦有人认为是由于晚期瘤鼠外周免

疫器官对再循环池中淋巴细胞的“捕获”(Trapping)能力下降⁽¹³⁾。还有人认为肿瘤细胞可以产生一种免疫球蛋白,能与抗体形成细胞结合并将其杀死,使抗体形成器官发生萎缩⁽¹⁴⁾。

总之,E A C对免疫器官的影响是明显的,其中最主要的变化是胸腺萎缩,而外周免疫器官的变化可能是胸腺萎缩的后果。因为从胸腺排入外周的淋巴细胞绝大多数为T细胞,所以,只有充分了解E A C对外周免疫器官中T细胞分布的影响,即可得知胸腺萎缩与外周免疫器官组织学变化的因果关系,因此,下一分题拟探讨宿主免疫器官中T淋巴细胞的分布变化(本文图见封四)。

参 考 文 献

1. Scollay R: Thymus cell migration. *J Immunol* 128: 1566, 1982
2. 姜世勃,等: 上海免疫学杂志 4 (5): 282, 1984
3. CFA卡林著,孔庆雷译: 组织病理学与组织化学技术手册, P40, 1982
4. Good R A, et al: The thymus in immunobiology P 211-221, 1964
5. 李文简,等: 艾氏腹水对免疫系统的影响: I. 腹水瘤导致胸腺萎缩, 第一军医大学学报, 1: 18, 1981
6. 姜世勃,等: 艾氏腹水瘤对免疫系统的影响: II. 急性胸腺萎缩带瘤鼠外周血中T细胞的动态, 肿瘤防治研究 9(3): 127, 1982
7. Bryant B J: *Eur J Immunol* 2: 38, 1972
8. Scollay R, et al: *Eur J Immunol* 10: 210, 1980
9. Siegler R et al: *Cancer Res* 22: 1278, 1962
10. Wekerle H, et al: *J Exp Med* 151: 925, 1980
11. Kouvalainen K: *Ann Med Exp Fenn* 42: 177, 1964
12. Edwards A J, et al: *J Natl Cancer Inst* 47: 301, 1971
13. Frost P, et al: *Nature* 246: 101, 1973
14. Pikovski M A, et al: *Nature* 212: 1070, 1968

(上接第13页)

大,术前进行放疗企图缩小肿物,但术中极易出血,被迫停止手术,做了气管切开术保持气道通畅后,才安全地把肿物切除。从这少数病例治疗情况看来,放疗有可能使病灶组织坏变,破坏血管,引起出血,所以局部肿瘤的完全切除似比放疗较好。(本文图见封四)

参 考 文 献

1. Liu, J T. et al, *Chinese Med. J.* 68: 211-216, 1950.
2. Boyle, T M C M, *J. Laryn & Oto*, 77: 759-770, 1963.
3. Allan, G G et al, *J. Laryn. & Oto*, 77: 797-801, 1963.
4. Yamashita, T, *Excerpt. Med.* 16 Sect. Vol. 19 (2965), 1971.

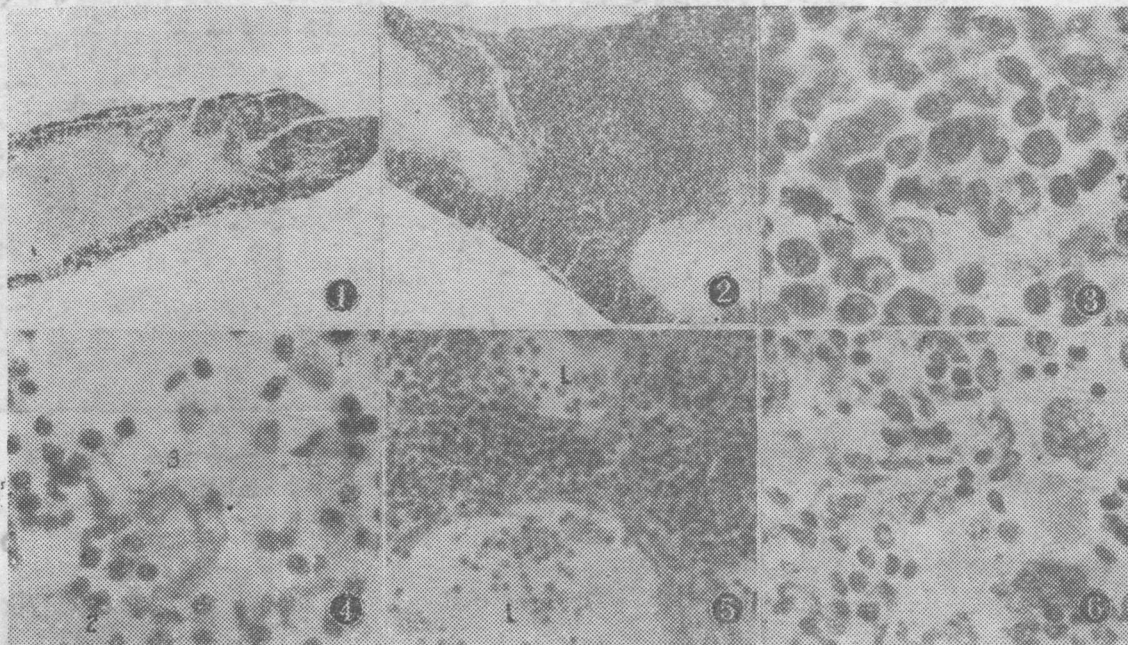


图1.正常小鼠胸腺(HE, 10×); 图2.肿瘤15天带瘤鼠胸腺:严重萎缩,皮质变薄c/T下降(HE, 132×),
图3.肿瘤5天带瘤鼠胸腺皮质区:细胞密度较高,有丝分裂活跃,本视野可见四个处于分裂中期的淋巴细胞(箭头所示, HE, 500×); 图4.肿瘤15天带瘤鼠胸腺髓质区:RE退变, 1、2、3为退变早、中、晚期的RE(HE, 330×);
图5.肿瘤10天带瘤鼠胸腺皮、髓交界区:可见三支平行走向,已扩张的淋巴管(L),管腔内有许多淋巴细胞和巨噬细胞,还有一些淋巴细胞正在穿过管壁向腔内游走(HE, 330×);
图6.肿瘤5天带瘤鼠脾脏红髓区:幼稚的造血细胞增多,特别是巨核细胞尤其明显(HE, 250×)。

鼻咽多形性腺瘤5例报告

(见文第13页)

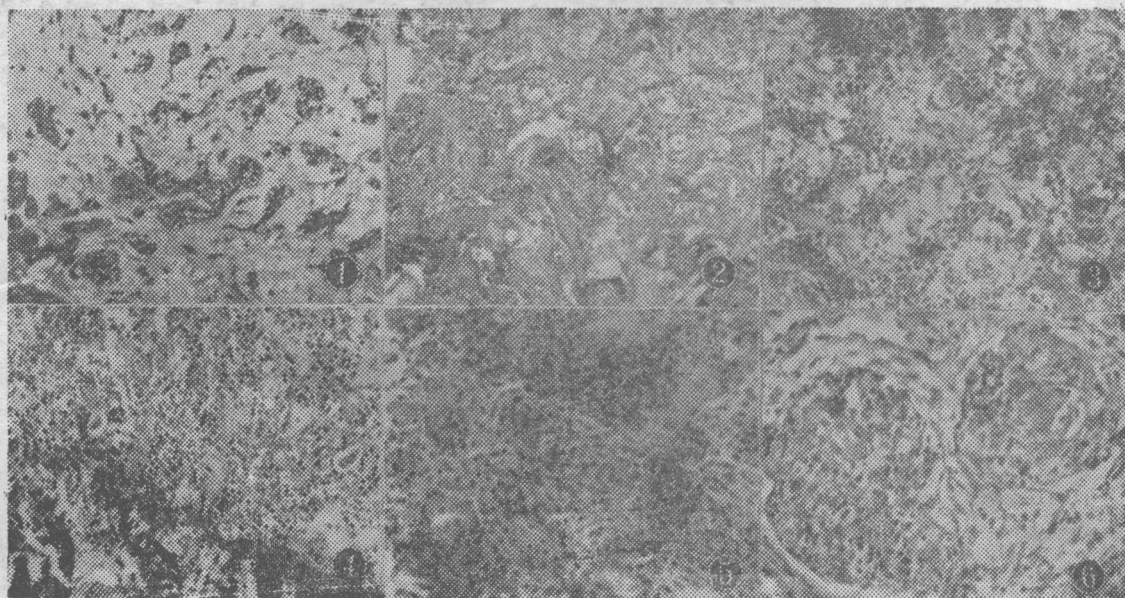


图1.鼻咽多形性腺瘤,瘤细胞索散布于粘液样纤维组织中。病理号会800150, 10×10
图2.鼻咽多形性腺瘤,瘤细胞巢为玻璃样变的纤维组织所分隔。病理号会800150, 10×10
图3.鼻咽多形性腺瘤,上皮性瘤细胞索和粘液样瘤组织掺杂在一起。病理号会800151, 10×10
图4.鼻咽多形性腺瘤,上皮性瘤细胞形成腺管或条索,其间有玻璃样变的纤维性组织。病理号会800152, 10×10
图5.鼻咽多形性腺瘤,上皮性瘤细胞浆较多,形成腺管。病理号会800153, 10×
图6.鼻咽多形性腺瘤,上皮性瘤细胞巢,形态一致,无异形性。病理号会800154, 10×10