

精索多形性恶性纤维组织细胞瘤一例报告

Pleomorphic malignant fibrous histiocytoma of spermatic cord: a case report

卞琦, 杨林军, 傅国平, 任媛媛, 张颖一, 李平*

(第二军医大学长海医院肿瘤科, 上海 200433)

[关键词] 精索; 组织细胞瘤, 纤维; 病例报告

[中图分类号] R 730.262 [文献标识码] B [文章编号] 0258-879X(2007)12-1377-01

1 临床资料 患者,男,62岁。因“左下腹部胀痛不适4年余,加重1d”于2007年7月14日入院。查体:左腹股沟下部可触及约3 cm×3 cm肿物,实性,平卧后包块不消失,表面光滑,质中,轻度压痛。盆腔CT提示:左侧阴囊肿块,考虑起源于左侧附睾,左侧精索及阴茎海绵体受累及。穿刺活检提示:左侧睾丸外侧恶性肿瘤。充分术前准备后,于2007年7月17日行肿物切除术,术中在阴囊左侧外上方腹股沟内侧左侧精索残端寻及肿瘤,呈浸润性生长,与周围组织粘连,内下侧与阴茎及尿道海绵体严重粘连,完整分离出肿瘤,外可见包膜,大小约4 cm×3.5 cm。术后病理报告:(左腹股沟区)肉瘤,倾向于未分化高级别多形性肉瘤/多形性恶性纤维组织细胞瘤。免疫组化:波形蛋白VI(+),肌动蛋白结合蛋白CALP(±),巨噬细胞标志CD68(-),De(-),横纹肌核蛋白MyoD1(-),溶菌酶Lyso(-),平滑肌肌动蛋白SMA(-),S-100(-),Ki-67(++).患者术后恢复良好。

2 讨论 恶性纤维组织细胞瘤(malignant fibrous histiocytoma, MFH)是一种间叶源性恶性肿瘤,在软组织恶性肿瘤中发病率居首位,可发生于任何部位,好发于肢体近端的深部、腹膜后和躯干,内脏少见。恶性程度高,易发生扩散、转移。目前认为,MFH是一种定义不明确的组织细胞形态分化。最新版WHO分类将其与未分化多形性肉瘤视为同义词,成为一种排除性诊断,占成人肉瘤的5%以下。多形性MFH为MFH中少数未分化高级别多形性肉瘤。其病理诊断是经充分取材和谨慎使用各种辅助检查手段之后,作出的一种排除性诊断,目前的技术水平尚不能确定其分化方向。目前普遍认为所谓多形性MFH的形态结构可见于多种低分化恶性肿瘤,而且这些肿瘤没有真性组织细胞性分化的证据。当有纤维母细胞性或肌纤维母细胞性分化的多形性肉瘤的诊断标准能够确定时,

多形性MFH这一名称可能会完全消失。

本研究中的原发性精索多形性恶性纤维组织细胞瘤非常少见,其发生年龄与其他部位类似,常发生于40岁以上的成年人。病变大多数位于深部(筋膜下方)软组织,而<10%的病变原发于皮下组织。约有58%的精索多形性MFH患者发现时即伴有卫星病灶^[1]。大体病理检查,多为局限性、膨胀性生长的肿物,可有假包膜。肿瘤切面表现多样,可有白色纤维区域或肉质区,并可混合有坏死、出血和黏液变区。主要治疗是以根治性睾丸切除术为主的综合治疗。如果术中可见卫星灶,则提示预后不良;术后的局部复发率30%~40%,远处转移率39%~78%^[1],常见的转移部位为肺和肠系膜。因此,对于精索恶性纤维组织细胞瘤的患者提倡给予腹膜后淋巴结清扫^[2]。手术切除联合局部放疗可以减少局部复发率^[1]。精索多形性MFH生存期较长,局部淋巴结转移少见^[2];2年生存率可达100%^[1],对于根治术后的患者,术后辅助化疗的必要性及有效性仍在进一步探讨中。希望通过对该病例的回顾和复习,能够对该疾病的诊治有所借鉴。

[参考文献]

- [1] de Bruin M J, Pelger R C, Meijer W S, et al. Malignant fibrous histiocytoma of the spermatic cord[J]. J Urol, 1989, 142:131-133.
- [2] Merimsky O, Terrier P, Bonvalot S, et al. Spermatic cord sarcoma in adults[J]. Acta Oncol, 1999, 38: 635-638.

[收稿日期] 2007-09-05

[修回日期] 2007-12-10

[本文编辑] 贾泽军

[作者简介] 卞琦, 硕士生. E-mail: bytoug@163.com

* Corresponding author. E-mail: liping1965@163.com