

- 版[J]. 中华妇产科杂志, 2021, 12(56): 812-824.
- [2] 郎景和. 对子宫内膜异位症认识的历史、现状与发展[J]. 中国实用妇科与产科杂志, 2020(3): 193-196.
- [3] LI X Y, CHAO X P, LENG J H, et al. Risk factors for postoperative recurrence of ovarian endometriosis: Long-term follow-up of 358 women[J]. J Ovarian Res, 2019, 12(1): 79.
- [4] CECCARONI M, BOUNOUS V E, CLARIZIA R, et al. Recurrent endometriosis: A battle against an unknown enemy[J]. Eur J Contracept Reprod Health Care, 2019, 24(6): 464-474.
- [5] 董朝彤, 曾诚, 李昕, 等. 卵巢子宫内膜异位症囊肿剥除术后复发与未复发患者 IVF 妊娠结局的初步比较[J]. 中国计划生育学杂志, 2018, 26(3): 206-210.
- [6] 孔东丽. 子宫内膜异位症保守性手术后长期用药预防复发的研究进展[J]. 实用妇产科杂志, 2015, 31(1): 19-22.
- [7] 包媛媛, 洛若愚. 卵巢子宫内膜异位囊肿术后复发处理措施[J]. 医学综述, 2019, 25(21): 4257-4260, 4265.
- [8] DONNEZ J, WYNS C, NISOLLE M. Does ovarian surgery for endometriomas impair the ovarian response to gonadotropin?[J]. Fertil Steril, 2001, 76(4): 662-665.
- [9] 赵秋妍, 韩璐, 王亚萍, 等. 卵巢子宫内膜异位囊肿囊壁病理组织学特征分析[J]. 妇产与遗传(电子版), 2016, 6(2): 17-20.

肺乳头状腺瘤 1 例

万旺^{1,2}, 叶卓鸿¹, 吴艳霞², 毛麒阳¹, 陈翠娇², 万彤¹, 梁柱^{2*} (1. 广东医科大学; 2. 广东医科大学附属第一医院, 广东湛江 524000)

摘要: 肺乳头状腺瘤是一种罕见的肺部良性肿瘤, 现将 1 例肺乳头状腺瘤病例进行分析并文献复习。

关键词: 乳头状腺瘤; 肺肿瘤

中图分类号: R 734.2

中图分类号: A

文章编号: 2096-3610 (2023) 06-0718-03

Lung papillary adenoma: 1 case

WAN Wang^{1,2}, YE Zhuo-hong¹, WU Yan-xia², MAO Qi-yang¹, CHEN Cui-jiao², WAN Tong¹, LIANG Zhu^{2*} (1. Guangdong Medical University; 2. Affiliated Hospital of Guangdong Medical University, Zhanjiang 524000, China)

Abstract: Lung papillary adenoma is a rare benign tumor of the lung. This paper analyzes 1 case of lung papillary adenoma and provides a literature review.

Key words: lung papillary adenoma; lung neoplasm

肺乳头状腺瘤是一种罕见的肺部良性肿瘤, 乳头形态的广泛存在是与其他类型的肿瘤相鉴别的重要特征。由于其发病率低且形态学特征不典型, 其诊断及治疗具有挑战性。现将我科收治的 1 例肺乳头状腺瘤患者情况报道如下。

1 病例

患者, 男, 28 岁, 因“体检发现右肺结节 3 月余”于 2022 年 9 月 27 日入院。患者自诉稍感右侧胸闷, 无呼吸困难、气促、咳嗽咳痰、畏寒发热等症状。患者平素体健, 无高血压、冠心病等慢性病史, 无肝炎、结

核等传染病史。自发病以来精神状态较差, 食欲一般, 睡眠良好, 大、小便正常, 体力情况如常, 体质量无明显变化。实验室检查: 细胞角蛋白 19 片段 [CYFRA21-1] 3.66 mg/L, 血气分析、血常规、超敏 C 反应蛋白、降钙素原、血沉、肝肾功能、电解质、凝血功能、二便常规、痰涂片培养等均正常。住院超声: 脾脏厚度 3.3 cm, 上界第 6 肋下未触及, 肝回声分布均匀, 肝内外胆管、门静脉未见扩张, 胰腺、脾脏大小形态正常, 边界清楚, 内回声均匀, 主胰管、脾静脉均未见明显扩张。胆囊有息肉。体格检查: 一般情况良好, 体温 36.5 °C, 脉搏 69 次/min, 呼吸 20 次/min, 血压 106/78 mmHg。专科检

收稿日期: 2023-02-24

基金项目: 国家自然科学基金项目(面上项目, 81572786), 广东省高水平医院建设“登峰计划”(2010DFK20190038)

作者简介: 万旺(1997-), 男, 在读硕士研究生, E-mail: 645797689@qq.com

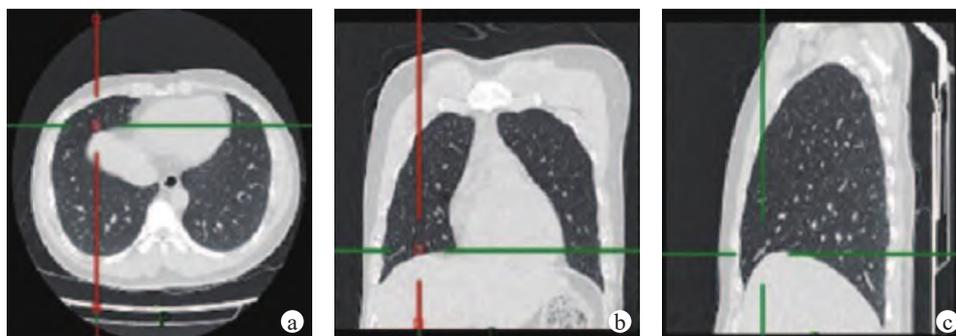
通信作者: 梁柱, 副主任医师, E-mail: liangzhuwsh@163.com

查: 双侧锁骨上未触及肿大淋巴结。胸廓未见异常, 胸骨无压痛。呼吸运动、肋间隙与语颤均未见异常。叩诊清音, 呼吸规整, 双肺呼吸音清晰, 双侧肺未见干、湿性啰音, 无胸膜摩擦音。心前区无隆起, 心尖搏动未见异常, 律齐, 各瓣膜听诊区未闻及病理性杂音, 无心包摩擦音。肺功能检查示肺活量(VC)占预计值百分比为80.6%, 用力肺活量(FVC)占预计值百分比为84.2%, 第1秒用力呼气末容积(FEV1)占预计值百分比为88.3%, FEV1/VC为108.8%, FEV1/FVC为106.8%, 残气量/肺总量比值(RV/TLC-SB)为113.7%, 一氧化碳弥散量(DLCO-SB)占预计值百分比为84.7%。2022年6月23日胸部CT检查: 显示右肺中叶内侧段磨玻璃结节(图1), 性质待定。右肺多发实性及磨玻璃结节, 考虑偏良性病变, 建议随诊。前上纵隔密度增高, 考虑胸腺退化不全。2022年9月22日胸部CT检查: 右肺中叶内侧段磨玻璃结节, 大小形态从前, 性质待定。右肺多发实性结节, 与前相仿。前上纵隔密度增高, 与前相仿。右侧胸腔引流管留置, 两肋膈角稍变钝, 需警惕少量胸腔积液形成可能。于全身麻醉下行胸腔镜下右中肺楔形切除术, 术中见病灶位于右肺内侧段, 质硬, 类圆形, 大小约0.6 cm×0.6 cm×0.6 cm, 结节表面无胸膜凹陷征, 余肺未见异常。术中快速冰

冻病理显示瘤组织与周围肺组织界限清楚, 以乳头状增生为主, 部分细胞表面有纤毛, 核浆比增大, 有非典型性, 核分裂罕见。2022年10月11日术中免疫组织化学染色: CK5/6(-), 部分P63(+), TTF-1(+), IMP3(-)。2022年10月18日加做免疫组织化学染色: CK5/6(-), 部分P63(+), TTF-1(+), IMP3(-), CK7(+), CEA(-), Syn(-), CD56(-), Ki67(3%)。病理诊断: 右肺中叶乳头状腺瘤(图2)。

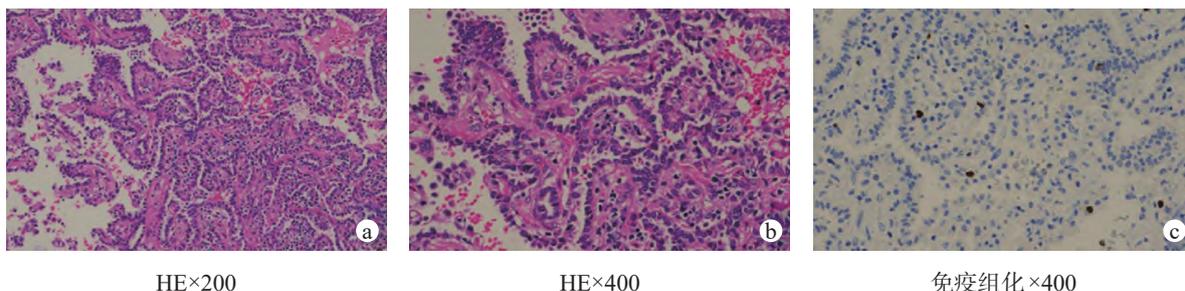
2 讨论

肺乳头状腺瘤又称绒毛状腺瘤, 1980年首次对该病进行报道^[1], 临床上极为罕见。肺乳头状腺瘤可发生于任何年龄段。患者一般无临床症状及异常实验室检查结果, 由常规胸部X线或CT检查偶然发现^[2]。免疫组织化学有助于鉴别诊断。病灶多发生在肺部周围, 肺中部(例如肺门区和主支气管)的病变有时也被观察到^[3], 最常见的部位是左肺下叶, 其次是右肺上叶和下叶。常表现为单发结节, 偶尔可见多发结节^[4]。其特征是轻度至中度II型肺细胞增殖, 沿肺泡壁呈鳞屑状。临床可表现为咳嗽、胸闷、气短等表现。多数病例为良性肿瘤, 本病例Ki-67结果阳性率为1%, 与其他病例基本相符^[5], 说明该瘤细胞的增殖活性低, 但也存



a、b、c分别为右肺中叶内侧段磨玻璃结节的横断面、冠状面与矢状面, 大小约8 mm×6 mm

图1 肺乳头状腺瘤患者术前CT结果



HE×200

HE×400

免疫组化×400

a. 瘤组织与周围肺组织界限清楚, 以乳头状增生为主; b. 部分细胞表面有纤毛, 核浆比增大, 有非典型性, 核分裂罕见; c. Ki-67 阳性率为1%

图2 肺乳头状腺瘤患者术后标本病理结果

在恶变倾向^[6]。目前该肿瘤细胞的起源和病因尚无定论,有研究者发现肿瘤细胞内含有的形态和嗜渗层状体或电子致密颗粒,与Clara细胞和II型肺泡细胞相似,因此认为其起源于细支气管肺泡上皮的多能干细胞,具有分化为Clara细胞和II型肺泡细胞的潜力,并可能发生恶性转化^[7]。CT等影像学检查常显示为密度欠均匀,边缘见斑片影及扩张支气管影,无分叶及毛刺,近边缘可见条带状气体密度影。肺乳头状腺瘤需要术中冰冻检查及组织病理学检查。病理学特征:棱形肺组织一块,体积7.4 cm×3.4 cm×1.2 cm,切面见一结节,最大径0.5 cm,灰褐质中,边界尚清,紧邻肺膜。镜下观,瘤组织与周围肺组织界限清楚,以乳头状增生为主,部分细胞表面有纤毛,核浆比增大,其纤维血管核心由单层立方上皮内衬,无核异型或有丝分裂。

肺乳头状腺瘤在病理学上需要与发生于支气管内的其他疾病相鉴别:(1)肺黏液腺腺瘤:肿瘤组织境界清楚,瘤组织由大量充满黏液的囊腔及不扩张的腺泡、腺体和小管组成,部分区域可见乳头状结构,囊腔被覆单细胞,也可见性细胞以及局灶性纤毛上皮细胞,间质可见淋巴细胞和浆细胞浸润^[8]。肺乳头状腺瘤无大量充满黏液的囊腔及不扩张的腺泡、腺体和小管。(2)低级别黏液表皮样癌:病理特点为由黏液细胞、表皮细胞、中间型细胞构成管状、囊腺样或夹杂有黏液细胞的实片状结构^[9]。有不多见的多边形表皮样细胞,但角化罕见。黏液细胞体积大,胞质苍白,核位于细胞周边,一般少于总的肿瘤细胞的10%。中间细胞通常在肿瘤中占多数。局部硬化和/或黏液外溢伴炎症也较常见。神经侵犯、坏死、核分裂增加或间变不常见。在肿瘤的边缘,淋巴细胞浸润伴生发中心的形成可能相似于淋巴结侵犯。肺乳头状腺瘤缺乏黏液细胞可与之鉴别。(3)黏液性囊腺瘤:黏液性囊腺瘤被覆上皮大多似宫颈内膜上皮,细胞顶端可见小而粗短的微绒毛,以不规则的方式突向腔面。微绒毛之间的顶端胞膜光滑,缺乏胞饮现象。细胞侧壁上部光滑,与邻近细胞紧密相连,偶见桥粒。胞膜基底部有复杂的绒毛状突起,与相邻细胞呈指状交叉,此处常不含桥粒。肺乳头状腺瘤边界清晰可与之鉴别。(4)肺乳头状腺癌:乳头状腺癌有乳头状和微乳头状结构,乳头呈圆形或椭圆形细胞排列,细胞核深染且具有多形性,

有细小的彩色和明显的核仁。肺乳头状腺瘤无核多态性可与其相鉴别。

肺乳头状腺瘤是一种罕见的良性肿瘤,但存在转移的可能。手术切除肿瘤可能是最佳的治疗方案,有文献报道内镜下介入手术治疗肺乳头状腺瘤疗效确切^[10],可避免传统外科手术对患者造成的不必要损伤,值得临床推广应用。本病例使用胸腔镜下右中肺楔形切除术切除肿瘤,术后肺复张良好,右肺下野见金属状金属影,周围散在渗出灶,呈术后改变,目前在随访中。

参考文献:

- [1]HU X, CHEN Y, RU G, et al. Cytological features of pulmonary papillary adenoma with malignant transformation and literature review [J]. *Anal Cell Pathol (Amst)*, 2020, 2020: 8827056.
- [2]雍惠芳.肺乳头状腺瘤1例[J].*医学影像学杂志*, 2018, 28(8): 1273, 1277.
- [3]ZHOU P, YU W, WANG L, et al. Retrospective study of clinical and pathologic features of pulmonary papillary adenoma: A rare tumor and 15 cases report [J]. *Medicine (Baltimore)*, 2020, 99(44): e23066.
- [4]石丹,刘庆猛,陈丽阳,等.肺乳头状腺瘤一例[J].*中华病理学杂志*, 2020, 49(12): 1325-1327.
- [5]奉拉拉,李娟,蒲蓉,等.右肺上叶乳头状腺瘤一例并复习文献[J].*临床心身疾病*, 2014, 20: 58-59
- [6]MA H, WANG Y, CHEN P, et al. Pulmonary papillary adenoma with malignant transformation: Report of one case and review of the literature [J]. *Int J Clin Exp Pathol*, 2020, 13(4): 792-798.
- [7]FANTONE J C, GEISINGER K R, APPELMAN H D. Papillary adenoma of the lung with lamellar and electron dense granules. An ultrastructural study [J]. *Cancer*, 1982, 50(12): 2839-2844.
- [8]肖海,王蓉.肺黏液腺腺瘤1例[J].*广东医学*, 2013, 34(19): 2930.
- [9]刘焯,田树平,聂永康,等.肺原发黏液表皮样癌的影像表现与临床病理分析[J].*中国医学科学院学报*, 2022, 44(3): 433-439.
- [10]DESSY E, BRAIDOTTI P, DEL CURTO B, et al. Peripheral papillary tumor of type-II pneumocytes: A rare neoplasm of undetermined malignant potential [J]. *Virchows Arch*, 2000, 436(3): 289-295.