

• 病例报告 •

乳腺颗粒细胞瘤一例并文献复习

姜专基¹ 刘鸿雁² 张斌明¹ 杨碎胜¹ 秦永生¹ 宋波¹

颗粒细胞瘤(granular cell tumor, GCT)是一种临床少见的软组织肿瘤,可发生于身体任何部位,临床上以卵巢、头颈部、胃肠道多见,原发于乳腺者不多^[1],容易发生误诊、误治。笔者报道甘肃省肿瘤医院收治的 1 例乳腺颗粒细胞瘤,并结合既往文献总结其临床病理特点,以期能够加深对本病的认识。

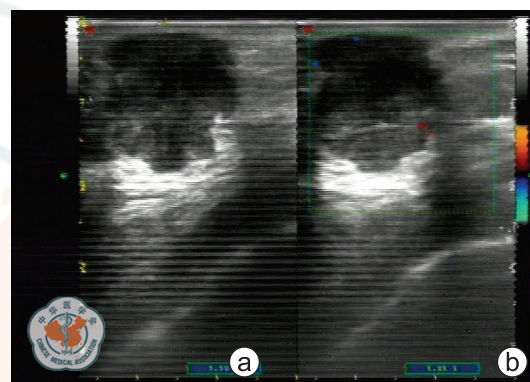
一、病例资料

患者,女,40 岁,于 2014 年 12 月 8 日因“左乳肿物 1 年余”来院就诊。查体:左乳 5 点方向距乳头 2.0 cm 处可触及一 2.0 cm×1.5 cm 大小肿物,质硬,边界不清,与皮肤轻度粘连,酒窝征(+),与胸大肌无粘连;右乳(-),双侧腋下及双侧锁骨上未触及肿大淋巴结。初步诊断:左侧乳腺癌, cT₁N₀M₀, I 期。超声检查:左乳 5 点方向距乳头 3.0 cm 处见不规则低回声光团(图 1),大小为 2.0 cm×2.0 cm,边界清楚,内部回声欠均匀,后方回声无明显增强及衰减;彩色多普勒血流显像显示,低回声光团内部可见稀疏散在点状血流信号;超声 BI-RADS 4A 级。X 线摄影:左侧乳晕区后下方可见大小约 1.9 cm×1.6 cm 浅分叶高密度结节影(图 2),轮廓清晰,其内密度不均,边缘毛糙并可见毛刺形成,未见明显钙化灶,乳头未见明确异常,X 线摄影 BI-RADS 4C 级。患者于 2014 年 12 月 15 日在静脉麻醉下行乳腺区段切除术,术中见肿物质硬,与周围组织分界不清,剖面凹陷,呈灰白色,向周围组织浸润性生长。镜下见:肿瘤边界不清,浸润并累及周围脂肪和腺体组织;肿瘤细胞由细胞质呈嗜酸性的多边形细胞和梭形细胞构成,伴间质纤维化,未见明显核分裂相。免疫组织化学染色:vimentin(+)(图 3a), CD68(+)(图 3b), S-100(+)(图 3c), CK7(-)(图 3d), CK8/18(-), 抗人黑色素瘤特异性抗体 45(human melanoma black 45, HMB45)(-), ER(-), PR(-), Ki67 阳性细胞数<5%。术后病理诊断:左乳颗粒细胞瘤(图 4),良性病变,边缘呈浸润性生长,有复发可能。遂于 2014 年 12 月 25 日在静脉麻醉下对患者行病灶扩大切除术。术后病理结果:切缘干净,未见瘤组织残留。患者出院后未行特殊治疗,随访至 2015 年 6 月病情平稳。

二、讨论

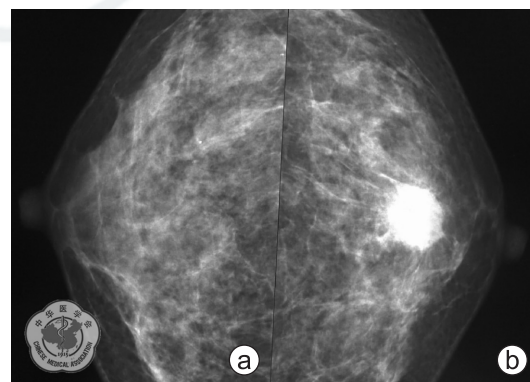
GCT 是一种公认的起源于神经施万细胞的肿瘤,发生于乳腺者约占全部病例的 8.5%^[2]。乳腺 GCT 的生长方式呈浸润性生长,这是其与乳腺癌难以鉴别、易发生误诊的病理学基础^[3]。Hoess 等^[4]认为 X 线摄影能够较好的鉴别 GCT 与乳腺癌。目前鲜见比较超声与 X 线摄影诊断乳腺 GCT 的

研究资料,笔者分析两者的 BI-RADS 分级结果后,发现超声分级判定更接近于 GCT 性质的实际情况。文献报道,CT、MRI、PET/CT 检查兼有形态和功能显像的优势,在 GCT 的诊断中可能具有无可替代的优势^[3-4],但由于诊断经验的积累有限,限制了其在临床中的广泛应用。



注:a 图为瘤体二维灰阶图像;b 图为瘤体彩色多普勒超声图,瘤体内可见星点状血流信号;超声图像显示左乳不规则低回声光团

图 1 乳腺颗粒细胞瘤患者超声检查结果



注:a 图所示,右乳未见异常;b 图所示,左乳乳晕后方见浅分叶高密度结节影

图 2 乳腺颗粒细胞瘤患者 X 线摄影图像

术前粗针穿刺活组织检查(简称活检)通常为明确乳腺病变性质的首选手段,但对于一些特殊的病变,由于取材组织量较少,仍有发生误诊和组织学低估的风险。有学者报道,术前通过粗针穿刺活检对 GCT 进行确诊^[5],可避免过度手术切除,但由于 GCT 核分裂相少见,细胞异型性不明显,临床误诊率较高,故粗针穿刺活检在 GCT 术前诊断中的价值仍有待于商榷。目前大多数研究者认为术后病理学检查是确诊 GCT 的唯一手段^[6]。

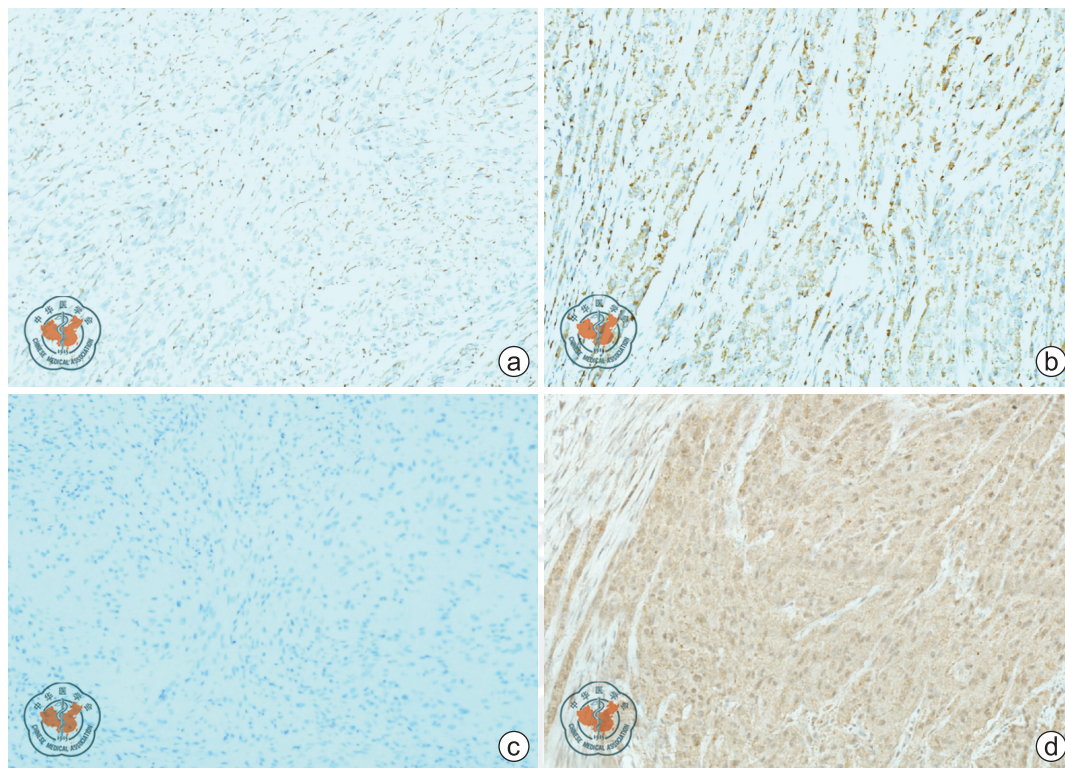
本例 GCT 免疫组织化学染色提示 vimentin(+), CK7(-),

DOI:10.3877/cma.j.issn.1674-0807.2016.03.017

基金项目:甘肃省卫生行业科技计划管理项目(GWGL2010-4)

作者单位:730050 兰州,甘肃省肿瘤医院乳腺科¹;730030 甘肃省兰州市肺科医院药械科²

通信作者:姜专基,Email:jiangzhuangji@163.com



注: a 图所示 vimentin 表达阳性; b 图所示 CD68 表达阳性; c 图所示 S-100 表达阳性; d 图所示 CK7 表达阴性

图3 乳腺颗粒细胞瘤的免疫组织化学染色(SP ×200)

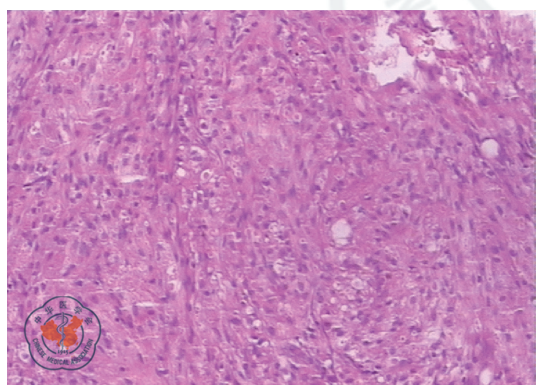


图4 乳腺颗粒细胞瘤的病理表现(HE ×200)

CK8/18(-),说明该肿瘤为非上皮源性,而 S-100(+)、CD68(+)、HMB45(-)则排除其为恶性黑色素瘤,支持其为神经源性肿瘤的诊断。ER、PR 阴性说明 GCT 的发生、发展与机体内雌孕激素关系不密切。Ki67 阳性细胞数<5%提示 GCT 细胞处于较低的增殖状态,非常有助于肿瘤良恶性质的鉴别。

乳腺 GCT 绝大部分为良性,只有极少数患者病理形态呈良性却发生复发或转移,因此,对于良性的 GCT 患者而言,局部手术切除即可治愈^[7]。国内大部分学者采用 Childers 等^[8]提出的判断标准对 GCT 性质进行鉴别。该标准为:(1)瘤细胞有丝分裂活跃,细胞变为梭形形态;(2)肿瘤细胞坏死明显,核仁较大;(3)Ki67 阳性细胞数>10% 以及 P53 阳性。

临床上良性 GCT 恶变和恶性 GCT 较为罕见。若 GCT

为恶性,因其发生腋窝淋巴结转移的概率较高,必要时需联合行区域淋巴结清扫。前哨淋巴结活检能否用于决定恶性 GCT 患者免于腋窝淋巴结清扫,因缺乏大宗病例资料的报道,仍有待于进一步明确。

【关键词】 乳腺肿瘤; 颗粒细胞瘤

【中图法分类号】 R737.9 【文献标志码】 B

参 考 文 献

- [1] 吴迪,柴新,郑超,等. 乳腺颗粒细胞瘤一例[J/CD]. 中华乳腺病杂志;电子版,2013,7(3): 225-227.
- [2] Lakhani SR, Ellis IO, Schnitt SJ, et al. WHO classification of tumours of the breast[M]. 4th ed. Lyon: IACR Press, 2012.
- [3] 王丽君,汪登斌,柴维敏. 2例乳腺颗粒细胞瘤的MRI表现[J]. 放射学实践,2013,28(12): 1302.
- [4] Hoess C, Freitag K, Kolben M, et al. FDG PET evaluation of granular cell tumor of the breast[J]. J Nucl Med, 1998, 39(8): 1398-1401.
- [5] Huyskens J, Geniets C. Granular cell tumor in the breast mimicking breast carcinoma[J]. JBR-BTR, 2014, 97(5): 289-290.
- [6] Pergel A, Yucel AF, Karaca AS, et al. A therapeutic and diagnostic dilemma: granular cell tumor of the breast[J]. Case Rep Med, 2011: 1-3.
- [7] 邓云特,杨庆君. 乳腺颗粒细胞瘤一例[J/CD]. 中华乳腺病杂志;电子版,2011,5(5): 635-639.
- [8] Childers EL, Fanburg-Smith JC. Congenital epulis of the newborn: 10 new cases of a rare oral tumor[J]. Ann Diagn Pathol, 2011, 15(3): 157-161.

(收稿日期:2015-02-05)

(本文编辑:罗承丽)