

## · 病例报告 ·

## 乳腺颗粒细胞瘤一例并文献复习

姜专基<sup>1</sup> 刘鸿雁<sup>2</sup> 张斌明<sup>1</sup> 杨碎胜<sup>1</sup> 秦永生<sup>1</sup> 宋波<sup>1</sup>

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<sup>[1]</sup>,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。

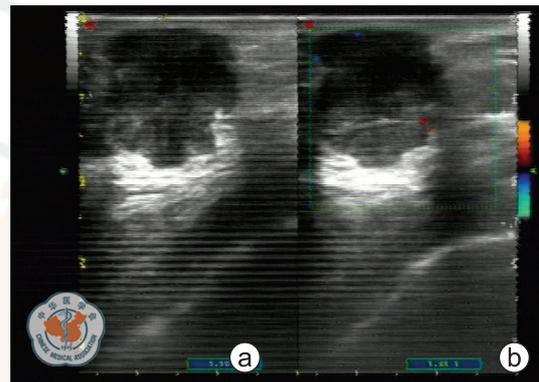
## 一、病例资料

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, cT<sub>1</sub>N<sub>0</sub>M<sub>0</sub>, 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

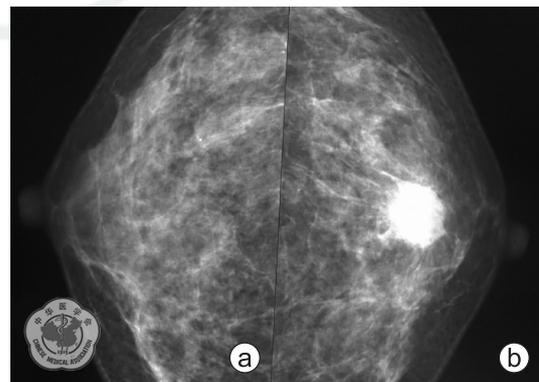
GCT是一种公认的起源于神经施万细胞的肿瘤,发生于乳腺者约占全部病例的8.5%<sup>[2]</sup>。乳腺GCT的生长方式呈浸润性生长,这是其与乳腺癌难以鉴别、易发生误诊的病理学基础<sup>[3]</sup>。Hoess等<sup>[4]</sup>认为X线摄影能够较好的鉴别GCT与乳腺癌。目前鲜见比较超声与X线摄影诊断乳腺GCT的

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<sup>[3-4]</sup>,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,左乳乳晕后方见分叶状高密度结节影

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<sup>[5]</sup>,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<sup>[6]</sup>。

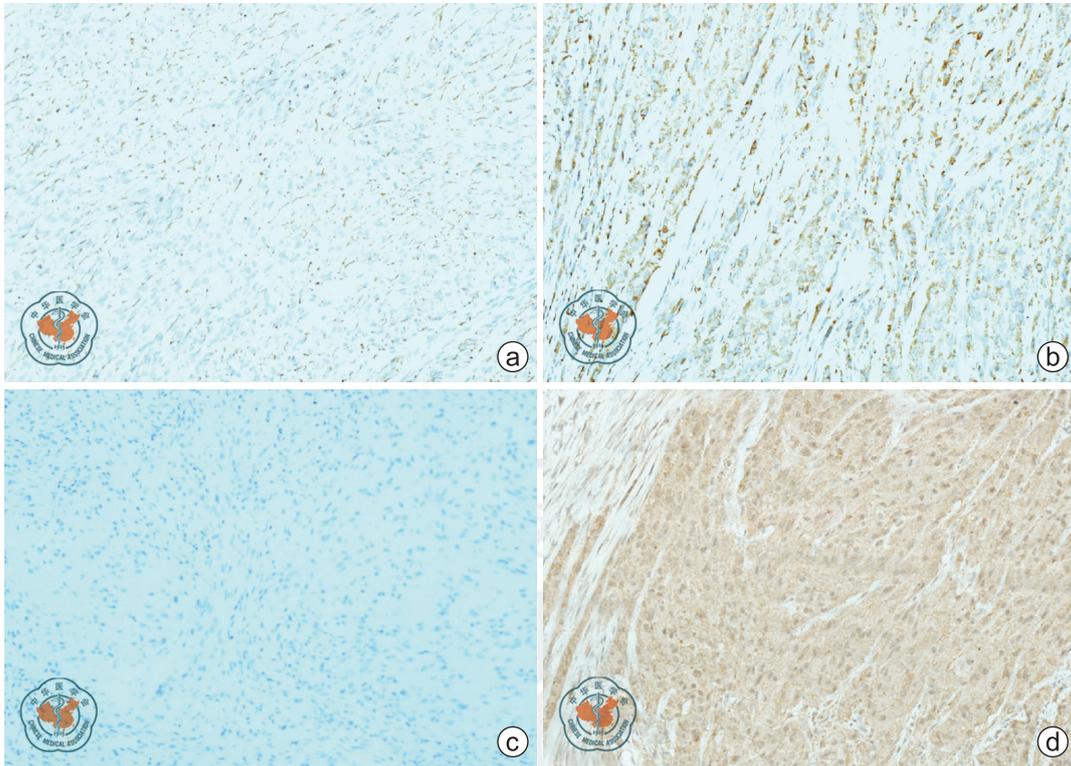
本例GCT免疫组织化学染色提示vimentin(+), CK7(-),

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<sup>1</sup>;730030 甘肃省兰州市肺科医院药械科<sup>2</sup>

通信作者:姜专基,Email:jiangzhuanj@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)

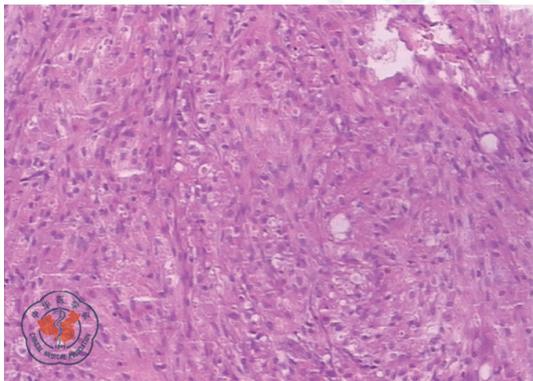


图4 乳腺颗粒细胞瘤的病理表现(HE ×200)

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,非常有助于肿物良恶性质的鉴别。

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<sup>[7]</sup>。国内大部分学者采用 Childers 等<sup>[8]</sup>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)