

· 病例报告 ·

乳腺颗粒细胞瘤一例报道并文献回顾

刘嘉琦

颗粒细胞瘤(granular cell tumor, GCT)是一种罕见的起源于神经鞘的雪旺氏细胞(Schwann cells)的软组织肿瘤^[1],好发于头颈部、皮肤,乳腺 GCT 较为罕见^[2]。它是以增生为主的良性病变,仅有少数表现为恶性,伴转移及浸润^[3-5]。笔者报道 1 例乳腺 GCT 患者的临床病理资料,并结合文献对乳腺 GCT 的诊断、病理特征及治疗进行探讨。

一、临床资料

患者,女,29 岁,于 2016 年 11 月 13 日无意中发现右乳有一肿物,肿物约红枣大小,无疼痛,无乳头溢血、溢液,遂就诊于沈阳市第八人民医院,行超声检查提示:双侧乳腺增生,右侧乳腺低回声包块,建议手术治疗。近来肿物未见明显增大,但患者为求进一步诊治于 2016 年 11 月 18 日到中国医科大学附属盛京医院就诊,门诊以“右乳肿物”为诊断收入乳腺外科。患者自患病以来,无发热,饮食、睡眠正常,大小便正常,体质量无明显变化。专科体检:双乳对称,双侧乳头无内陷,皮肤无明显酒窝征及桔皮样改变,无溢血、溢液,右乳 8~9 点距乳头 5 cm 处,腺体边缘可触及 2.0 cm×1.5 cm 大小肿物,质硬,边界不清,活动度差,与皮肤及胸壁无明显粘连,左乳未触及明显肿物。双腋下未扪及明显肿大的淋巴结。双侧乳腺及腋下淋巴结行三维彩色超声检查,显示双乳腺体回声粗糙,右侧乳腺 9 点钟处腺体边缘可见 1.9 cm×1.7 cm×2.0 cm 肿物,边界模糊,内呈低回声,彩色多普勒超声(color Doppler flow imaging, CDFI)可检出血流信号。左侧乳腺未见明显占位性病变。双侧腋下淋巴结可见,左侧较大者约 0.7 cm×0.5 cm,右侧较大者约 0.8 cm×0.6 cm,周边呈低回声,中心呈高回声;提示:双乳腺增生,右乳肿物(图 1),建议进一步排除癌症。乳腺增强 CT 显示,双乳不均匀致密腺体型,右乳腺体外侧见卵圆形肿块,大小约 2.0 cm×1.7 cm,边界清晰,增强扫描中度强化、均匀(图 2)。右乳皮肤未见增厚、乳后间隙清晰。右乳头未见异常,右腋窝未见明显肿大淋巴结;提示:右乳腺体外侧肿物,性质待定。

患者于 2016 年 11 月 23 日在全身麻醉下行右侧肿物扩大切除术(图 3),术中见约 2.0 cm×2.0 cm×2.0 cm 肿物,质地较硬,外有包膜,界限清楚,切面呈黄白色,术中冰冻病理检查:考虑 GCT,细胞增生活跃,待石蜡切片结果。遂进一步切除肿物上、下、内、外、底切缘,切缘术中冰冻病理检查未见癌细胞转移。术后石蜡切片结果:右侧乳腺肿物,大小约

2.0 cm×2.0 cm×2.0 cm,切面大部分呈黄白色,质地中等,边界清楚;镜下所见,肿瘤细胞呈圆形、多角形,胞质呈粗颗粒状,嗜酸;肿瘤细胞巢团状、条索状排列(图 4)。免疫组织化学检查:神经元特异性烯醇化酶(neuron-specific enolase, NSE)(+),CK(-),CD68(+),细胞核和细胞质中质蛋白(S-100)(+);肿瘤细胞质波形蛋白(vimentin)(+),SMA(-),Ki67(约 8%,+)。病理诊断:乳腺 GCT。手术切除肿瘤后,随访患者 3 个月,未见复发。

二、讨论

在 GCT 中,乳腺 GCT 仅占 5%~8%^[6]。其临床、影像学及镜下病理表现缺乏特异性^[7],在临床专科检查中多表现为单发性、无痛、无活动性、质硬的肿块,与乳腺癌肿物表现相似,极少有腋窝淋巴结肿大。彩色超声表现为单发肿物,边界欠清晰或模糊,内呈低回声伴多个强回声点,CDFI 可检出丰富血流信号,也可表现为单发肿物,边界清晰的良性肿物影像。乳腺增强 CT 可见乳腺肿物明显强化或未见任何血流信号强化。镜下可见乳腺 GCT 由排列紧密、呈巢状或片状且

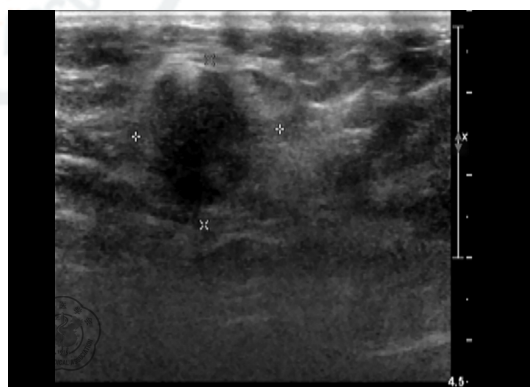


图 1 右乳颗粒细胞瘤患者超声检查结果

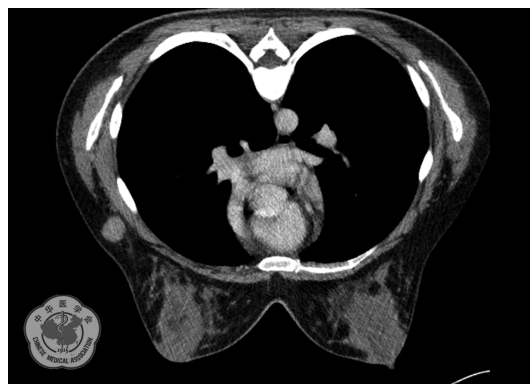


图 2 右乳颗粒细胞瘤患者 CT 检查结果



图3 右乳颗粒细胞瘤手术标本

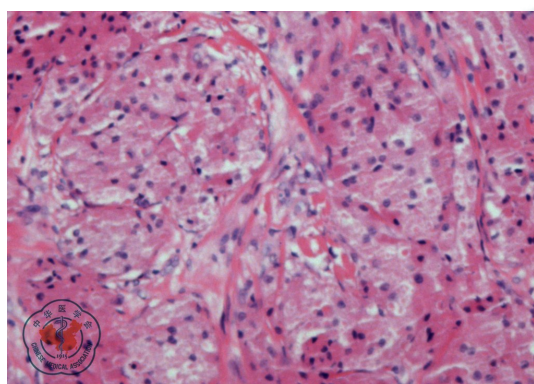


图4 颗粒细胞瘤的病理表现(HE ×100)

被纤维组织分隔的肿瘤细胞组成,肿瘤细胞内可见丰富的嗜酸性颗粒。GCT影像学及镜下病理表现均与浸润性乳腺癌、乳腺大汗腺癌及乳腺神经鞘瘤等非常相似^[8],因此,临床医师和病理科医师均需要充分了解此病,以免误诊、误治。

目前,乳腺 GCT 确诊主要依靠病理检查及免疫组织化学检查。乳腺 GCT 细胞多呈圆形或多角形,胞质富含嗜酸、粗颗粒状,呈巢团状或条索状排列。免疫组织化学标志物 S-100(+),NSE(+),CD68(+)对 GCT 的诊断具有重要意义,只有少数不典型 GCT S-100(-),NSE(-)。乳腺 GCT 不表达 CK/EMA、大囊肿病液体蛋白 15、ER 和 PR,并且其 Ki67 < 10%^[9]。

乳腺 GCT 主要通过手术切除治疗。典型的良性乳腺 GCT 通过手术完整切除就可以达到治愈^[10]。对于不典型 GCT 或术中冰冻病理检查无法确定良恶性的 GCT,建议局部扩大切除并将切缘送病理检查,直至切缘无 GCT 细胞浸润,

以防止远期复发。恶性的乳腺 GCT,需要局部扩大切除并将切缘送病理检查,直至切缘无癌细胞浸润。恶性乳腺 GCT 一般对放化疗都不敏感,为降低复发率,建议同时进行腋窝淋巴结清扫^[11]。

有关乳腺 GCT,国内外文献报道非常少,且多为病理学文献^[12],因此,了解如何诊断、鉴别及治疗乳腺 GCT 有一定必要性,以免错误或过度的检查及治疗。

【关键词】 乳腺肿瘤; 诊断; 治疗

【中图法分类号】 R737.9 【文献标志码】 B

参 考 文 献

- [1] 何珏,王天科. 颗粒细胞瘤 43 例临床病理分析[J]. 诊断病理学杂志,2015,22(11):692-696.
- [2] 林凡忠,徐静,胡成久. 乳腺颗粒细胞瘤一例报道并文献复习[J/CD]. 中华乳腺病杂志(电子版),2015,9(2):149-151.
- [3] Terada T. Benign granular cell tumor of breast[J]. Breast J,2016,22(4):470-471.
- [4] Rexeena B,Paul A,Nitish RA,et al. Granular cell tumor of breast: a case report and review of literature[J]. Indian J Surg Oncol,2015,6(4):446-448.
- [5] Canlorbe G, Bendifallah S. Rare benign breast tumors including Abrikossoff tumor (granular cell tumor), erosive adenomatosis of the nipple, cystosteatonecrosis, fibromatosis (desmoid tumor), galactocele, hamartoma, hemangioma, lipoma, juvenile papillomatosis, pseudoangiomatous hyperplasia, and syringomatous adenoma: Guidelines for clinical practice[J]. J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris),2015,44(10):1030-1048.
- [6] Jagannathan DM. Benign granular-cell tumor of the breast: case report and literature review[J]. Radiol Case Rep,2016,10(2):1116.
- [7] Hammas N, El Fatemi H, Jayi S, et al. Granular cell tumor of the breast: a case report[J]. J Med Case Rep,2014,8:465.
- [8] 姜英,常晓燕,陈杰. 乳腺颗粒细胞瘤 7 例临床病理分析[J]. 诊断病理学杂志,2016,23(9):647-649.
- [9] 孟群,卢侠名,叶再元,等. 20 例颗粒细胞瘤临床病理学分析[J]. 肿瘤学杂志,2015,21(4):346-349.
- [10] 郑闪,王晓亮,吕宁. 乳腺颗粒细胞瘤[J]. 临床与实验病理学杂志,2014,30(8):908-910.
- [11] 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.
- [12] 张杰,许俊龙,尹艳华,等. 乳腺颗粒细胞瘤 2 例临床病理及免疫组化分析[J]. 肿瘤防治研究,2006,33(9):665-666.

(收稿日期:2016-11-20)

(本文编辑:罗承丽)

刘嘉琦. 乳腺颗粒细胞瘤一例报道并文献回顾[J/CD]. 中华乳腺病杂志(电子版),2017,11(6):378-379.