

doi: 10.3978/j.issn.2095-6959.2020.05.042

View this article at: <http://dx.doi.org/10.3978/j.issn.2095-6959.2020.05.042>

· 临床病例讨论 ·

2 例阑尾类癌临床病理分析

刘学蓉, 白霜, 伍静

(成都市新都区第二人民医院病理科, 成都 610501)

[摘要] 采用大体检查、光学显微镜及免疫组织化学等方法对2例阑尾类癌进行临床病理回顾性分析。2例阑尾类癌患者术前均有阑尾炎的典型症状, 临床诊断均为阑尾炎, 术后病理肉眼观察与一般的阑尾炎无明显差异, 中段至尖端不均匀增粗, 切面未见明显占位性病变。按《临床技术规范·病理学分册》常规取材, 阑尾根部、中段和尖端各取1块。显微镜下阑尾黏膜下、肌层及浆膜层见少许零散的异型细胞团, 均补取材, 补取组织中异型细胞团明显增多, 最后2例病理诊断均为阑尾类癌伴阑尾炎。阑尾类癌发病率低, 漏诊率高。因此, 病理医生取材时应注意观察阑尾的大体情况, 对于增粗的部分要多取材, 甚至将全部标本送检, 不要机械性地常规取3块; 阅片时一定要仔细, 不要局限于低倍镜, 尽量减少漏诊。

[关键词] 阑尾; 类癌; 病理; 漏诊

Clinicopathologic analysis for 2 cases of appendiceal carcinoid

LIU Xuerong, BAI Shuang, WU Jing

(Department of Pathology, Second People's Hospital of Xindu District, Sichuan 610501, China)

Abstract Two cases of appendiceal carcinoid were retrospectively analyzed by gross examination, light microscopy and immunohistochemistry. They are typical symptoms of appendicitis before operation in these two cases, and the clinical diagnosis is appendicitis. There is no significant difference of the pathological observation between it and general appendicitis after operation. These two appendices unevenly thicken from the midpiece to the tip, with no obvious space-occupying lesions on the section. Conventionally sampling a piece from the root, middle and tip of the appendix according to *Pathology Volume in Clinical Technical Operational Standards*, a few scattered heteromorphic cell masses are found in the submucosa, muscular layer and serosa of the appendix. After sampling again, heteromorphic cell mass increase obviously, pathological diagnosis is appendiceal carcinoid with appendicitis. The morbidity of appendiceal carcinoid is low and the rate of missed diagnosis is high. Therefore, pathologists should pay attention to observe the general situation of the appendix when taking samples, and take more samples or even send all the thickened parts, and do not mechanically according to the *Pathology Volume in Clinical Technical Operational Standards* to take 3 pieces, read the film must be careful, not limited to low times, as far as possible to reduce missed diagnosis.

Keywords appendices; carcinoid; pathology; missed diagnosis

收稿日期 (Date of reception): 2019-06-28

通信作者 (Corresponding author): 刘学蓉, Email: 171037147@qq.com

阑尾类癌是起源于阑尾黏膜上皮嗜银细胞的一种肿瘤, 其细胞质内有神经内分泌颗粒, 可产生5-羟色胺(5-HT)等生物活性物质, 属胺前体摄取与脱氢酶瘤范畴^[1]。阑尾类癌临床发病率较低, 大部分缺乏特异症状和体征, 多数为术后病理检查发现并确诊, 且伴发阑尾炎。本文回顾性分析成都市新都区第二人民医院病理科2例阑尾类癌并发阑尾炎, 综合文献复习, 以期提高临床病理医师对阑尾类癌的认识, 重视取材, 减少漏诊。

1 临床资料

1.1 病例 1

患者, 男, 74岁, 因“右下腹疼痛2 d”入院, 入院前2 d, 患者无明显原因出现右下腹疼痛, 疼痛呈持续性疼痛, 阵发性加剧, 伴恶心, 无呕吐, 无腹泻, 自购药治疗后无好转, 以“急性化脓性阑尾炎”收住院。患者患糖尿病20余年, 患冠心病、高血压10余年。体格检查: 体温37.1℃, 脉搏90 min⁻¹, 呼吸20 min⁻¹, 血压154/61 mmHg(1 mmHg=0.133 kPa), 腹丰满, 双侧对称, 未见胃肠型, 蠕动波及静脉曲张, 右下腹肌张力增高, 压痛、反跳痛明显, 以麦氏点为重, 闭孔内肌实验阳性。辅助检查(血常规): 白细胞(WBC)计数20.9×10⁹/L, 中性粒细胞(N)90.9%, 淋巴细胞(L)6.0%, 单核细胞(M)3.1%; 红细胞(RBC)3.31×10¹²/L; 血红蛋白(HGB)101 g/L, 血小板(PLT)132×10⁹/L。腹部彩超示右下腹阑尾隐约弱回声团, 考虑阑尾炎性改变。术中见右下腹有明显炎性渗出液, 约300 mL, 阑尾位于盲肠下内侧方, 与周围肠管粘连, 阑尾长约7 cm, 直径约0.8 cm, 阑尾充血水肿明显, 表面有脓苔附着, 阑尾中部有一直径约0.4 cm的穿孔, 周围肠管及腹膜充血水肿明显, 行阑尾切除术。肉眼观: 灰褐阑尾1条, 长6 cm, 直径0.4~1.6 cm, 浆膜褐色附脓苔, 中段至尖端膨大(图1A), 切面灰白、灰褐、灰黄, 管壁增厚, 肉眼未见明显占位(图1B)。镜下观: 肿瘤细胞异型性小, 形态大小较一致, 胞质丰富, 富含黏液, 胞核偏向一侧, 排列成小巢状、腺泡样, 弥漫分布在黏膜下、肌层及浆膜层(图1C)。病理诊断: 阑尾杯状细胞类癌浸及浆膜层, 手术切缘未查见肿瘤浸润; 急

性蜂窝织炎性阑尾炎伴阑尾周围炎。免疫组织化学: 肿瘤细胞CgA(+), Syn(+), CK20(+), CDX2(+), E-cadherin(+), CEA(+), CK7(-), Ki-67(+), 5%。术后行右半结肠切除术, 未作其他治疗, 随访12个月无瘤生存。

1.2 病例 2

患者, 女, 64岁, 因“右下腹反复疼痛3 d, 加重半天”入院。体格检查: 体温37.3℃, 脉搏80 min⁻¹, 呼吸20 min⁻¹, 血压154/60 mmHg, 腹部平坦对称, 右下腹压痛, 局部反跳痛及肌紧张明显, 全腹无反跳痛及肌紧张。辅助检查: 腹部B超示阑尾区显示不满意。血常规: WBC 8.17×10⁹/L, 中性粒细胞百分比79.4%。术中见: 腹膜有约50 mL黏性液体, 寻找阑尾发现阑尾位于盆后位, 阑尾与周围组织部分粘连, 有大网膜覆盖, 分离粘连后见阑尾及周围组织充血水肿, 阑尾部分化脓, 阑尾长约4 cm, 直径2.0 cm, 尖端膨大, 行阑尾切除术。肉眼观: 灰褐带脂肪阑尾1条, 长5 cm, 直径0.5~1.0 cm, 浆膜充血水肿, 中段及尖端稍粗(图2A), 切面灰白灰褐, 管腔内见少许脓性分泌物。阑尾中段及尖端切面灰白, 管壁增厚, 未见明显占位(图2B), 部分区管腔闭塞, 部分区管壁细网眼状。镜下观: 肿瘤细胞异型性小, 排列成管状、条索状, 弥漫分布在黏膜下、肌层及浆膜层(图2C)。病理诊断: 阑尾中段管状类癌浸及浆膜层; 手术切缘未查见肿瘤浸润; 急性蜂窝织炎性阑尾炎伴阑尾周围炎。免疫组织化学: 肿瘤细胞CgA(+), Syn(+), CK20(+), CDX2(+), E-cadherin(+), CEA(-), CK7(-), Ki-67(+), 5%。术后未作其他治疗, 随访16个月无瘤生存。

1.3 标本取材

本组2例患者术前均有阑尾炎的典型症状, 临床诊断均为阑尾炎, 术后病理肉眼观与一般的阑尾炎无明显差异, 中段至尖端不均匀增粗, 切面未见明显占位性病变, 按《临床技术操作规范·病理学分册》^[2]常规取材, 阑尾根部、中段和尖端各取1块。显微镜下阑尾黏膜下、肌层及浆膜层见少许零散的异型细胞团, 均补取材, 显微镜下, 补取组织中异型细胞团明显增多, 最后病理诊断均为阑尾类癌(杯状细胞类癌及管状类癌各1例)伴阑尾炎。



图1 病例1

Figure 1 Case 1

(A) 阑尾中段至尖端膨大; (B) 阑尾切面管壁增厚, 未见明显占位; (C) 肿瘤细胞排列成小巢状、腺泡样, 弥漫分布(HE, $\times 40$)。

(A) Appendix swells from the middle to the tip; (B) The pipe wall thickened in section of appendix without obvious space occupation; (C) Tumor cells arrange in small nests and acinar patterns with diffuse distribution (HE, $\times 40$).



图2 病例2

Figure 2 Case 2

(A) 阑尾中段及尖端稍粗; (B) 阑尾切面管壁增厚, 未见明显占位; (C) 肿瘤细胞排列成管状、条索状(HE, $\times 40$)。

(A) The middle and the tip part of appendix are slightly thicker; (B) The pipe wall thickened in section of appendix without obvious space occupation; (C) Tumor cells arrange in tubular and cord-shaped cells (HE, $\times 40$).

2 讨论

阑尾癌发病率低, 但阑尾类癌占阑尾肿瘤的50%~70%^[3], 在消化道类癌中最常见, 多数无临床症状, 常常不具有面色潮红、腹泻、低血压、哮喘等类癌综合征的表现。超声多表现为阑尾炎性改变, 腹部CT诊断价值也不大, 术前术中都难以确诊, 漏诊误诊率较高^[4]。

阑尾类癌的确诊主要依赖于术后病理检查, 术前能确诊者未见文献报道。多数阑尾类癌误诊为阑尾炎^[3,5-6], 也有阑尾类癌合并阑尾炎的报道^[7]。可能与阑尾类癌在缓慢生长过程中, 阻塞管腔继发急性慢性阑尾炎有关。本组2例阑尾类癌均合并急性蜂窝织炎。

关于阑尾类癌漏诊原因分析的相关报道极少^[8-9], 取材漏诊尚未见文献报道, 漏诊主要原因

有: 1) 临床发病隐匿。大多阑尾类癌无症状, 恶性度低, 病情发展缓慢。少数出现右下腹痛及压痛等阑尾炎症状。2) 术前无诊断阑尾类癌的有效手段。几乎所有的阑尾类癌都是在阑尾炎手术或尸检时被发现。3) 临床医生对阑尾类癌的认识不足。大多数临床医生在手术切除阑尾时, 一般只注意观察阑尾的颜色, 有无化脓或穿孔等情况, 很少注意阑尾的膨大情况及形状改变。4) 基层医院术后未作常规病理检查, 特别是没有病理科的医院。近年来, 随着医疗行业的规范发展, 阑尾未做常规病理检查的情况很少, 但对于取材的注意事项, 国内尚未见文献报道。在各级各类医院病理科, 阑尾标本占相当比例, 取材一般按照《临床技术操作规范·病理学分册》^[2]取材, 阑尾根部、中段及尖端各取1块, 在实际工作经验中, 一般要取到阑尾炎症最重和最轻的部分, 必须保

证有阑尾的正常黏膜。

阑尾类癌因肿块不明显, 外观和一般的阑尾炎无明显差异。在大型三甲医院, 大多数取材医生均为住院医师规范化培训的学生或进修生, 经验相对不足, 很容易漏取材。在基层医院, 部分病理医师对阑尾类癌的认识不足, 一般按照《临床技术操作规范·病理学分册》^[2]常规取材, 也极易漏取材。本组2例病例, 因大体检查发现阑尾外观充血水肿, 与一般的阑尾炎无差异, 浆膜面附脓苔呈蜂窝织炎改变。均按常规取材, 取到肿瘤的边缘部分(增粗处), 险些漏取材, 在显微镜下发现少许异型细胞团后补取材, 几乎将增粗部分全部送病理检查, 最后诊断为阑尾类癌。

阑尾类癌发病率低, 漏诊率高, 即使按病理标本取材规范, 也极易漏诊。文献报道的阑尾类癌发病率低也许与漏取材有关, 笔者的经验是提醒病理医生在取材时注意观察阑尾的大体情况, 对于增粗的部分要多取材, 甚至全部送病理检查, 不要机械性地常规取3块。阅片时一定要仔细, 不要局限于低倍, 尽量减少漏诊。

参考文献

- 安杰, 张文, 刘艳丽, 等. 阑尾类癌的临床诊断及治疗现状[J]. 解放军医药杂志, 2010, 22(z1): 3-4.
AN Jie, ZHANG Wen, LIU Yanli, et al. Clinical diagnosis and treatment of carcinoid appendicitis[J]. Medical & Pharmaceutical Journal of Chinese People's Liberation Army, 2010, 22(z1): 3-4.
- 中华医学会. 病理学分册//临床技术操作规范[M]. 北京: 人民军医出版社, 2004: 84-85.
Chinese Medical Association. Pathology section//Clinical technical practice[M]. Beijing: People's Military Medical Press, 2004: 84-85.
- 郑建忠, 努尔买买提·阿米都拉, 阿合提别克. 阑尾类癌误诊为阑尾炎13例临床分析[J]. 新疆医学, 2012, 42(1): 88-90.
ZHENG Jianzhong, NUERMAIMAITI·Amidula, Ahetibeike. Clinical analysis of 13 cases of appendiceoid carcinoma misdiagnosed as appendicitis[J]. Xinjiang Medical Journal, 2012, 42(1): 88-90.
- 谢朝晖, 钟勇, 包昶宇. 阑尾类癌8例临床分析[J]. 实用癌症杂志, 2012, 27(1): 79.
XIE Zhaohui, ZHONG Yong, BAO Changyu. Clinical analysis of 8 cases of carcinoid appendix[J]. The Practical Journal of Cancer, 2012, 27(1): 79.
- 王敏茹, 姜天福. 阑尾类癌误诊11例分析[J]. 中国误诊学杂志, 2002, 2(7): 1079.
WANG Minru, JIANG Tianfu. Misdiagnosis of carcinoid appendicitis in 11 cases[J]. Chinese Journal of Misdiagnostics, 2002, 2(7): 1079.
- 缪文兴. 阑尾类癌误诊5例临床分析[J]. 中国中医药咨讯, 2012, 4(6): 60.
MIAO Wenxing. Clinical analysis of misdiagnosis in 5 cases of carcinoid appendix[J]. Journal of China Traditional Chinese Medicine Information, 2012, 4(6): 60.
- 冯雪冬, 李凤云, 张忠涛. 急性阑尾炎并发阑尾类癌13例分析[J]. 中国误诊学杂志, 2010, 10(6): 1459-1460.
FENG Xuedong, LI Fengyun, ZHANG Zhongtao. Analysis of 13 cases of acute appendicitis complicated with appendiceal carcinoid[J]. Chinese Journal of Misdiagnostics, 2010, 10(6): 1459-1460.
- 吴宇博. 阑尾类癌漏诊原因的分析[J]. 菏泽医学专科学校学报, 1998, 10(4): 110.
WU Yubo. Analysis of the causes of missed diagnosis of carcinoid appendix[J]. Journal of Heze Medical College, 1998, 10(4): 110.
- 冯向阳, 徐世平. 阑尾炎并存阑尾癌或阑尾周围癌漏诊分析[J]. 临床外科杂志, 2000, 8(2): 118-119.
FENG Xiangyang, XU Shiping. Missed diagnosis of appendicitis with appendiceal carcinoma or periappendiceal carcinoma[J]. Journal of Clinical Surgery, 2000, 8(2): 118-119.

本文引用: 刘学蓉, 白霜, 伍静. 2例阑尾类癌临床病理分析[J]. 临床与病理杂志, 2020, 40(5): 1326-1329. doi: 10.3978/j.issn.2095-6959.2020.05.042

Cite this article as: LIU Xuerong, BAI Shuang, WU Jing. Clinicopathologic analysis for 2 cases of appendiceal carcinoid[J]. Journal of Clinical and Pathological Research, 2020, 40(5): 1326-1329. doi: 10.3978/j.issn.2095-6959.2020.05.042