肺恶性孤立性纤维性肿瘤 1 例

刘浪波，王 涛*，张 舰，林 鹏，肖家荣
（贵州医科大学附院 胸外科，贵州 贵阳 550004）

［关键词］肺肿瘤；孤立性纤维性肿瘤；免疫组织化学；手术治疗
［中图分类号］R734.2 ［文献标识码］B ［文章编号］1000-2707(2015)11-1280-01

孤立性纤维性肿瘤（Solitary fibrous tumor，SFT）是一种临床上少见的梭形细胞肿瘤，几乎可以发生于全身任何部位，尤其好发于胸腹腔；发病年龄 6～70 岁，男女均可发病[1]。现报道肺孤立性纤维性肿瘤 1 例。

1 临床资料

患者 男，33 岁，体检发现右肺门占位，查体未见明显异常。X 线胸片示右肺门区团块状高密度影，边界较清楚（图 1A）；胸部 CT 增强显示右肺门团状密度增高影，截面 5.7 cm×5.0 cm，边界较清楚，增强后不均匀轻中度强化，CT 值 83 Hu（图 1B）。相关检查并排除手术禁忌症后，在全麻下行右全肺切除术，取右后外侧切口逐层切开皮肤和组织，经第 5 肋间进胸，术中探查见肿瘤位于右中肺近肺门处，大小约 6 cm×6 cm×5 cm，质硬，不活动，边界不清，已累及脏层胸膜；进一步探查发现右肺动脉干内瘤栓形成，行右全肺切除术完整取出右全肺（右肺动脉干内见约 6 cm×2 cm×2 cm 的瘤栓，质硬），术中病理冰冻切片结果示：肺梭形细胞瘤；清扫第 2、3、4、7、10 及 11 组淋巴结共 25 枚，术中探查右主支气管残端未见肿瘤累及。术后给予止血、抗炎、抑酸及补液等治疗。术后病理检查结果示右全肺梭形细胞肿瘤，病理性核分裂计数 3～4 个/10 HP（图 1C）；第 3、4、7、10 及 11 组淋巴结均未见肿瘤细胞，第 2 组淋巴结为纤维脂肪组织，未见肿瘤。肿瘤组织免疫组织化学结果示：CK^-，EMA^-，$Vimtine^+$，$CD99^+$，$bcl\text{-}2^+$，CD34 部分阳性，S-100 灶$^+$，SMA^-，$Desmin^-$，Ki67 比例为 20%，支持肺恶性孤立性纤维性肿瘤诊断（图 1D）。患者术后第 6 天拔出胸管，术后第 9 天出院，电话随访 6 个月，情况良好。

2 讨论

SFT 几乎可以发生于全身任何部位，有研究认为 SFT 起源于一种 CD34 阳性的树突状间叶细胞[2]，SFT 主要依赖病理学及免疫组织化学法确诊。病理学可见肿瘤切面多呈灰白色，质中，包膜完整或不完整，部分局灶有黏液变性、坏死或钙化[3]；镜下见肿瘤细胞较单一，由梭形、短梭形及卵圆形细胞组成，可见交替分布的细胞富集区和细胞稀疏区，其间有不同比例的胶原纤维，部分区域间质血管较丰富。典型的免疫组化特征为 CD34、bcl-2 和 CD99 阳性，而 SMA、Desmin 阴性，本例患者免疫组化结果与此标准相符。影像学检查有如下征象考虑 SFT 可能：病灶 X 线示边界清楚，体积较大；CT 密度不均匀，与胸膜宽基底相连，临近骨质无破坏，病灶呈轻到中度强化；MRI 上 T2WI 呈不均匀等低信号[3]。本病例 CT 表现与该标准相符。多数 SFT 为良性，表现为局部缓慢生长无痛肿块，没有症状或症状不明显[4]。SFT 缺乏典型临床表现，可表现为咳嗽、胸痛及呼吸困难等非特异性症状，症状严重程度与肿瘤大小及肿瘤良恶性相关；最常见有肥大性肺骨关节病和严重的症状性低血糖，恶性肿瘤患者更易出现症状[5]。SFT 肿瘤较大时可以压迫患者肺组织，表现为叩诊为浊音，呼吸音降低，闻及哮鸣音等[1]。肺部 SFT 以手术切除为主，直径小于 5 cm 且为周围型者可用胸腔镜手术切除，稍大者采用胸腔镜辅助小切口手术切除，较大或中央型肿瘤者则需常规开胸手术切除，

（下转第 1282 页）

*通信作者 E-mail：wangtao2877@qq.com
网络出版时间：2015－10－13 网络出版地址：http://www.cnki.net/kcms/detail/52.5012.R.20151013.1141.002.html

死。另外,医务人员未详细询问其受伤机制,单纯通过 X 线检查了解患者损伤情况,造成医疗事故。在医疗损害鉴定过程中,鉴定人员详细询问病史,其受伤机制为两车相撞,左脚踏踩离合器,巨大外力传导至髋关节导致骨折、脱位,此种类型多伴有严重的软组织损伤,若术前能通过 CT 或 MRI 检查明确软组织损伤情况,确定手术时机和手术方式,术中 C 臂透视,可能效果会更好。

髋臼的复杂骨折合并股骨头后脱位,若合并重要的神经和血管损伤,往往容易导致股骨头缺血性坏死。如诊治过程中出现的问题及并发症发生,大多与临床医师处理不当有关[8]。本案例医方存在询问病史不仔细,对患者受伤机制不清,局部组织损伤的严重性估计不足,术前检查不全面,内固定物选择欠妥、术后复查不及时等诸多不足,与患者股骨头坏死之医疗损害间存在直接因果关系;考虑到患者左髋关节损伤严重,外力作用巨大,髋臼骨折严重、治疗上存在一定困难,判定院方在本例股骨头坏死中的参与度为 50%。后根据信息反馈,法院已采信本鉴定结论。

3 参考文献

[1] 范道勇,王绍均,何波,等. 髋臼骨折手术治疗方法的选择[J]. 中国伤残医学, 2014(3):3 - 4.

[2] 孟纬,潘昊鹏,吕庆生,等. 合并后壁骨折的复杂性髋臼骨折手术疗效分析[J]. 实用骨科杂志, 2015(3):207 - 209.

[3] 张发平,李玉桥,罗仕武,等. 手术治疗髋臼骨折的临床疗效[J]. 临床骨科杂志, 2014(4):422 - 425.

[4] 吴浩源. 手术治疗髋臼骨折 52 例临床体会[J]. 现代诊断与治疗, 2013(18):4216 - 4217.

[5] 王贺平. 髋臼骨折 60 例手术治疗分析[J]. 河南医学研究, 2014(6):61 - 62.

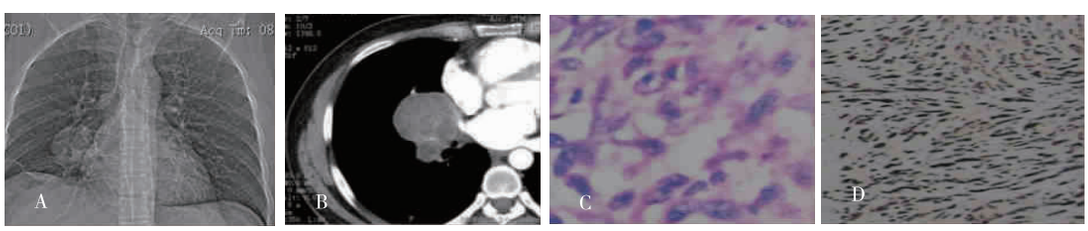
[6] 赵勇. 锁定加压钢板内固定术治疗复杂性髋臼骨折疗效观察[J]. 山东医药, 2012(22):79 - 80.

[7] 江亚,段廷明,杨祖华,等. 髋臼骨折手术治疗的临床研究[J]. 南昌大学学报:医学版, 2014(1):46 - 48.

[8] 黄文雅,陈锦凤. 髋臼后壁骨折合并髋关节后脱位诊疗失误及并发症分析[J]. 齐齐哈尔医学院学报, 2014(19):2874 - 2875.

(2015-08-13 收稿,2015-09-22 修回)
编辑: 吴昌学

(上接第 1280 页)



A 为术前 X 线胸片,B 为术前 CT,C 常规病理学表现为肿瘤细胞较单一,由梭形、短梭形及卵圆形细胞组成(100 ×);D 为免疫组织化学(40 ×)

图 1 肺恶性孤立性纤维性肿瘤

Fig. 1 Pulmonary malignant solitary fibrous tumor

并行常规行术中病例冰冻检查,以保证肿瘤完整切除及切缘阴性[5]。SFT 中有 10% ~20% 属于恶性或潜在恶性,病理检查结果为良性者也不能完全排除以后发展成恶性的可能[6]。本病例术后随访 6 个月未见复发,长期疗效有待进一步随访观察。有报告认为可用近距离放疗以及光驱动治疗方法辅助治疗 SFT,疗效有待进一步探究[7]。

4 参考文献

[1] Robinson LA. solitary fibrous tumor of the pleura [J]. Cancer Cortrol, 2006(4):264 - 269.

[2] Poyraz A, Kilic D, Hatipoglu A, et al. Pedunculated solitary fibrous tumors arising from the pleura [J]. Monaldi Arch Chest Dis, 2006(3):165 - 168.

[3] 李辉,陈自谦,姚丽青,等. 良恶性孤立性纤维瘤的影像学诊断及病理对照 [J]. 实用放射科学杂志, 2012(4):519 - 522.

[4] Rono O, Fillosso PL, Papalia E, et al. solitary fibrous tumor of the pleura: suigical treatment [J]. Cardiothorac Surg, 2001(3):182 - 189.

[5] Mitchell JD. solitary fibrous tumor of the pleura [J]. Semin Thorac Cardiovasc Surg, 2003(3):305 - 309.

[6] Aknsue T, Matsumoto K, Kizaki T, et al. solitary fibrous tumors in the extremity: case report and review of the literature [J]. Chin orthop Relat Res, 2003(11):236 - 244.

[7] de Perrot M, Fischer S, Brundler MA, et al. solitary fibrous tumours of the pleura [J]. Ann Thorac Surg, 2002(1):285 - 293.

(2015-08-02 收稿,2015-09-22 修回)
编辑: 吴昌学