

睾丸原发性类癌临床病理观察

王 娅 易 韦 廖 薇 谢 欣 甘 昌 玉
(贵州省人民医院病理科 贵州贵阳 550002)

摘要：目的：探讨睾丸原发性类癌的临床病理特征、诊断与鉴别诊断。方法：通过光镜及免疫组化染色观察我院收治的1例睾丸原发性类癌并复习文献。结果：肿瘤巨检灰黄、实性、质地中等硬度。肿瘤细胞呈岛状、小梁状或腺泡状排列，癌巢间有纤细的纤维组织间隔。细胞大小较一致，核圆形居中，染色质细颗粒状，胞浆偏红嗜酸性，较丰富，罕见核分裂。免疫组化标记结果：Syn(+)、CgA(+)、CD56(+)、CK广(+)、而PLAP(-)、AFP(-)、Vimentin(-)、Ki-67(约1%+)。结论：睾丸原发性类癌较少见，被认为是具有潜在恶性的肿瘤，多数呈良性经过，转移者罕见，应与转移性类癌或睾丸精原细胞瘤、卵黄囊瘤、支持细胞瘤等鉴别。

关键词：睾丸；类癌；临床病理

类癌是一种生长缓慢的、能产生小分子多肽类或肽类激素的肿瘤。类癌多见于肺和胃肠道，而原发于睾丸的类癌极罕见，文献报道睾丸类癌占睾丸肿瘤不到1%^[1]。本文报道1例并复习文献，以加深对原发性睾丸类癌的认识。

1. 资料与方法

1.1 临床病理资料

患者男性，43岁，15年前无意间触及左侧睾丸肿物，约“栗子”大小，未行正规系统诊治，病程中发现肿物逐渐增大，活动度欠佳。行阴囊B超显示：左侧睾丸弥漫性增大，回声不均匀伴多发囊性区。血清肿瘤标记物均为阴性，临床考虑睾丸肿瘤。

1.2 方法

手术标本用4%中性甲醛固定，常规取材后脱水、石蜡包埋、切片、HE染色。免疫组织化学采用EnVision法，一抗（北京中杉金桥生物技术有限公司）有广谱CK、Syn、CgA、CD56、PLAP、CEA、EMA、AFP、Inhibin-a、CD117、Vimentin、Ki-67。

2. 结果

2.1 大体检查 睾丸标本一个，大小约8.5x5x4.5cm，其连接的精索及输精管长8.6cm，直径约1.5cm，附睾大小约2.2x1.5x0.6cm，睾丸剖面被肿块占据，肿块大小约5.5x3.5x3.5cm，肿块剖面灰黄、实性、质中，与鞘膜区似有粘连。（图1）

2.2 组织学检查 肿瘤细胞呈梁状、岛状或腺泡状排列，癌巢间有纤细的纤维组织间隔。细胞大小较一致，核圆形居中，染色质呈细颗粒状，胞浆较丰富，偏红，嗜酸性，未见核分裂象。（图2、3）

2.3 免疫组化CK广、Syn（图4）、CgA（图5）、CD56（图6）弥漫强阳；PLAP、CEA、EMA、AFP、Inhibin-a、CD117、Vimentin均阴性；Ki-67约1%+。

2.4 病理诊断为睾丸类癌。患者术前影像学检查均未发现转移征象，术后患者恢复良好，未出现任何并发症。

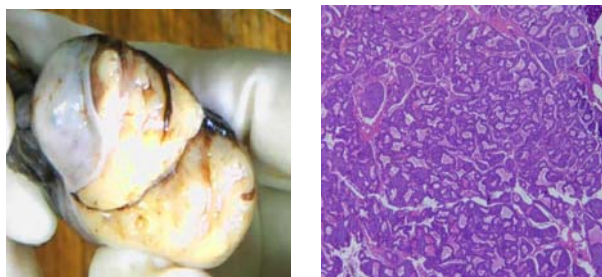


图1 睾丸切除标本 图2 肿瘤呈岛状、腺泡状排列，癌巢间有纤细的纤维组织间隔 HE × 300

3. 讨论

类癌肿瘤由单一形态的内分泌细胞构成，癌细胞有轻度或无异型性。常源于粘膜腺体腺管的Kulchitsky细胞，此类细胞可广泛分布在全身各个组织，能够分泌活性物质，如5-羟色胺、组胺等作用于全身不同器官，产生类癌综合征^[2]，但大部分患者因发现睾丸肿

块而就诊，只有部分患者出现面部潮红、腹泻、哮喘等类癌综合征^[3]。类癌常发生于胃肠道和肺，偶见于支气管、胰腺、胆囊及卵巢等，在睾丸部发病罕见。睾丸类癌发病年龄10-83岁，平均年龄46岁。约20%的原发性睾丸类癌与畸胎瘤同时存在，并伴有囊性变和钙化。国外一些学者推测，睾丸单纯类癌来源于遗漏的小畸胎瘤，或者为单向发育的畸胎瘤，即单胚层畸胎瘤^[1]，其理由是睾丸组织中未检查到嗜银细胞。但Abbossh^[7]等采用免疫组织化学及荧光原位杂交的方法分析了4例伴有成熟性畸胎瘤的类癌肿瘤，提出睾丸类癌可能起源于睾丸生殖细胞。睾丸类癌病理学特点：肉眼大体可见睾丸切面肿块与周围正常组织界限清楚，切面呈灰黄色、实性、质地较正常睾丸组织硬度增大，通常无出血和坏死。镜下肿瘤细胞呈梁状排列、岛状排列或腺泡状排列，癌巢之间有纤细的纤维组织间隔，可见菊形团结构。瘤细胞大小较一致，核圆形居中，染色质呈细颗粒状，胞浆较丰富，偏红，嗜酸性，细胞层次较模糊，异型性不明显，未见核分裂象。血管浸润仅见于20%的睾丸类癌，但与恶性潜能增加无关。通过常规HE镜下的形态特点，仍然难以与其他的小圆细胞肿瘤相鉴别，故需借助免疫组化标记来协助诊断。在免疫表型研究中，以往睾丸类癌瘤细胞CK广、Syn、CgA、CD56弥漫强阳，而Vimentin、OCT4、CD30、CD117、TTF-1、CDX-2表达均阴性，本例肿瘤也进一步证实了这一点。

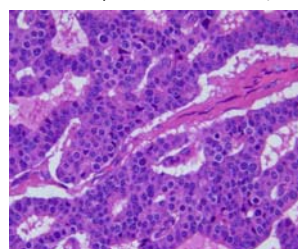


图3 细胞大小较一致，核圆形居中，染色质细颗粒状 HE × 400

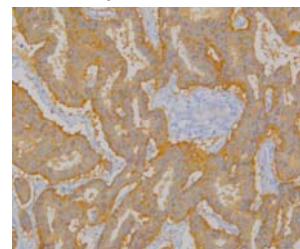


图4 肿瘤细胞强表达Syn (EnVision, × 400)

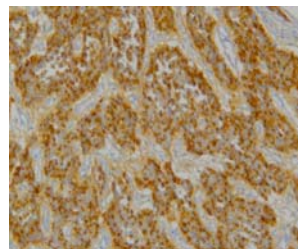


图5 肿瘤细胞强表达CgA (EnVision, × 400)



图6 肿瘤细胞强表达CD56 (EnVision, × 400)

鉴别诊断：类癌形态学难以鉴别原发性和转移性，如阑尾、肠道等类癌好发部位应重点行影像学检查，以排除转移的可能性。转移性类癌常累及双侧睾丸，可见血管、淋巴管侵犯，且睾丸组织

(下转第20页)

(上接第 18 页)

以外常有原发肿瘤。需结合临床及影像学检查排除其他器官或组织原发性类癌的存在,才能确定原发性睾丸类癌^[10]。原发性类癌,多发于一侧睾丸,肿块单一,形态较规整,病理上畸胎瘤成分仅出现在原发性类癌,这也是两者重要的鉴别点。精原细胞瘤是睾丸最常见的肿瘤,瘤细胞较大,大小一致,核大圆形,位于中央,核膜清楚,核分裂象常见,胞浆丰富,多数透明。肿瘤细胞呈片状、巢状或条索状排列,也可呈腺管状。间质中有数量不等的 T 淋巴细胞浸润。免疫表型:PLAP、inhibin-a、Vimentin 阳性,而 CK 广、Syn、CgA、CD56 均阴性。治疗及预后:睾丸原发性类癌生长缓慢,低度恶性。类癌细胞对化学治疗、放射治疗均不敏感,目前尚未见到化学治疗、放射治疗可改善预后的报道。早期手术切除可达到较好的治疗效果,但已有其他器官转移的患者平均存活时间为两年^[6]。术前睾丸类癌影像学诊断缺乏特异性,当没有出现类癌综合征症状或转移征象时,类癌的诊断主要依靠病理组织学检查,分化良好的肿瘤细胞核分裂象小于 2/10HPF 且细胞轻度异型。分化较差的类癌细

胞异型性较大,可伴有坏死,核分裂象大于 3/10HPF,具有转移潜能,长期预后取决于组织学分级,有研究在平均随访 52.7 个月后,所有具有典型组织学特征的病例都没有复发或转移,而 25%的非典型组织学患者显示转移。也有研究报道在睾丸切除术后 6 年有转移,表明原发性类癌肿瘤预后良好,但转移潜能存在,也可能延迟,因此术后长期随访很重要。

参考文献:

[1]赵有才,石群立,周晓军,等.睾丸原发性类癌的临床病理学观察[J].中华男科杂志,2007,13(12):157-160.

[2]耿红海,赵学英,刘学伟,等.睾丸原发性类癌并发部分类癌综合征 2 例报告[J].中华泌尿外科杂志,2001,22(12):738.

[3]王磊,付强,王珏,等.原发性睾丸类癌 1 例报告[J].J Mod Urol,2012,17(4):332.