

·经验总结·

恶性肉芽肿临床病理和免疫组化研究

冯崇锦¹ 丁学强¹ 陈小华²

(中山医科大学 1 附属第一医院口腔科 2 口腔医学院, 广州, 510080)

主题词 霍奇金病/病理学; 口腔肿瘤/病理学; 免疫组织化学

中图分类号 R 739.8

恶性肉芽肿(malignant granuloma, MG)在临床上容易误诊,有关的病因病理及命名很混乱。本文选择 1985~1997年间中山医科大学附属第一医院口腔科收治的 20 例诊断明确、资料完整的病例进行临床、病理形态学观察和免疫组化标记,结合有关的文献报道进行分析,以期加深对该类疾病的认识,提高临床诊断和治疗的质量。

1 材料和方法

1.1 临床资料

全组 20 例,男 14 例,女 6 例,年龄 1.5~66 岁,平均年龄 37 岁。病变位于鼻面部 13 例,位于口腔、腭咽部 7 例,临床表现为鼻塞、脓血涕,鼻腔、口腔、腭咽部溃疡、穿孔、恶臭,部分病例伴有发热和头痛。病程从 1 个月至 2 年不等。

1.2 方法

1.2.1 形态学 全部标本用 $\varphi=0.1$ 的福尔马林固定,常规石蜡包埋切片,HE 染色,光镜观察。

1.2.2 免疫组织化学 普通石蜡包埋组织切片,厚 5 μm ,选用 3 种单克隆抗体(Dako 公司)行 ABC 法染色,抗体名称为白细胞共同抗体(LCA),全 T 淋巴细胞抗体(UCHL1)和全 B 淋巴细胞抗体(L26)。

2 结果

2.1 病理形态学

病变以凝固性坏死、炎性肉芽组织和散布其间数量不等的异型淋巴样细胞为特征。瘤细胞大小不一,以中、小型细胞混合为主,核不规则、圆形或扭曲,核仁不明显,病理分裂相易见,胞浆少。瘤细胞可成片出现或呈小灶性或单个散布在炎性细胞和坏

死组织中,粘膜上皮内和小血管壁常被瘤细胞浸润。未见多核巨细胞及纤维索性坏死性血管炎(图 1、2)。

2.2 免疫组化标记

2.2.1 LCA 所有病例中异型细胞和各种炎性细胞均表达 LCA,阳性反应定位于细胞膜上,反应强度以小异型细胞和小淋巴细胞最强。



图 1 恶性肉芽肿病变组织

Fig. 1 Malignant granuloma

Atypical lymphoid cells scattering in the inflammatory cells and infiltrating into the vascular wall (\uparrow) HE \times 200

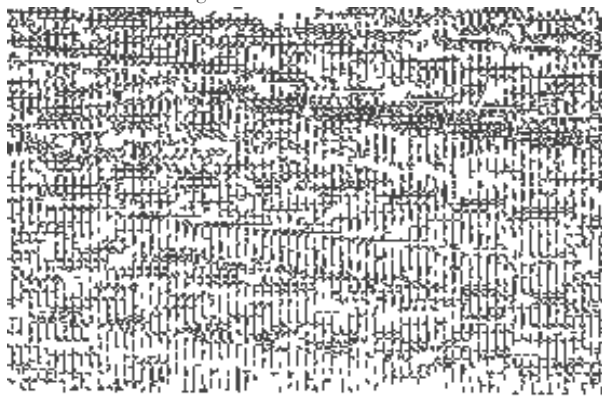


图 2 异型性淋巴样细胞

Fig. 2 Atypical lymphoid cells in different shapes and sizes (HE \times 400)

2.2.2 UCHL₁ 20例中有15例(75%)异型细胞表达 UCHL₁, 阳性反应定位于细胞膜上, 偶见良性小淋巴细胞也表达 UCHL₁, 其它炎性细胞阴性(图3)。

2.2.3 L₂₆ 所有异型细胞 L₂₆ 均阴性, L₂₆ 仅在某些小淋巴细胞和浆细胞上表达。



图3 散在瘤细胞表达 UCHL₁ 膜阳性, ABC法×400

Fig. 3 UCHL₁ positive staining in malignant granuloma(↑)

3 讨论

3.1 组织来源和命名

MG 是一组进行性致死性临床综合征。关于此病的病因和本质, 过去有多种不同说法。一般认为有3种类型^[1]: ①恶性肿瘤, 如中线恶性网状细胞增生症(简称中线恶网); ②Wegener 肉芽肿; ③恶性淋巴瘤。中线恶网和恶性淋巴瘤存在异常细胞, 而 Wegener 肉芽肿无异型细胞, 因而较易区分, 目前认为 Wegener 肉芽肿是一种自身免疫性疾病。

然而, 恶性肉芽肿内的异型细胞究竟来源于淋巴细胞还是组织细胞一直有争议^[2~4]。近年来免疫组化技术已广泛应用于恶性淋巴瘤的研究, 并已证实过去一些所谓的“组织细胞性”淋巴瘤, 大多数是 B 或 T 细胞性淋巴瘤, 一些所谓的“中线恶网”实际上也是起源于 T 淋巴细胞的恶性肿瘤^[3]。

本组 20 例恶性肉芽肿组织形态学上以凝固性坏死、多形细胞浸润和出现异型淋巴样细胞为特征, 经免疫组化标记, 所有病例中的异型细胞均表

达 LCA, 不表达 L₂₆, 15 例(75%)表达全 T 淋巴细胞单克隆抗体, 提示大多数恶性肉芽肿属 T 细胞恶性淋巴瘤。其中 5 例除表达 LCA 阳性反应外, 不表达 T 或 B 淋巴细胞标记, 可能与石蜡固定切片后抗原丢失或活性抑制有关, 也可能起自非 T 非 B 淋巴细胞, 需进一步证实。

本研究结果表明, 恶性肉芽肿是一种临床上主要发生在鼻腔、口腔和面部中线, 表现为溃疡和进行性坏死, 组织学和免疫组化为 T 淋巴细胞起源的肉芽肿性恶性病变。作者认为有必要保留“恶性肉芽肿”这一诊断名称, 以区别于这一部位的其它类型的恶性淋巴瘤。

3.2 临床与病理诊断

由于本病初期多以反应性炎症改变为主, 临床表现多样, 缺乏特征, 加上常伴有继发性感染和组织的大片坏死, 肿瘤性病变和炎症性病变更混杂, 病理上易误诊为炎症。本组有 12 例多次活检才确诊。因此, 对临床可疑, 而病理报告为“慢性炎症和炎性坏死”的病例, 应作多次和不同部位取材再送检, 以防因病变分布不均或取材不当, 导致漏诊或误诊。此外, 对临床诊断为恶性肉芽肿的病例, 应进行仔细的病理分型, 给出具体的疾病诊断或病变描述, 以利临床确定治疗方案, 提高疗效。

(本文得到本校肿瘤医院放疗科陈勇讲师的热情帮助, 在此表示衷心感谢)

参 考 文 献

- 1 邱蔚六. 口腔颌面外科学. 第3版. 北京: 人民卫生出版社, 1995. 269~270
- 2 Chott A, Rappersberger K, Scholssare K W, *et al*. Peripheral T cell lymphoma presenting primarily as lethal midline granuloma. *Hum Pathol*, 1988, 19(9): 1093
- 3 刘卫平, 李甘地, 徐世麟, 等. 中线恶性网状细胞增多症的病理形态与免疫组织化学研究. *中华病理学杂志*, 1991, 20(2): 103
- 4 董戴玉, 卞锦国, 严云, 等. 坏死性肉芽肿免疫组化研究. *上海第二医科大学学报*, 1997, 17(6): 465

(1998-03-06 收稿 1998-05-18 修回)