

# 颈淋巴结转移性鼻咽癌的病理组织学特征

宗永生 姚庆云 张汝逢

(肿瘤研究所病理、免疫室)

何深云

(中山县人民医院病理科)

目前约 77.96% 的鼻咽癌患者就诊时已有颈部淋巴结转移<sup>[1]</sup>, 甚至原发灶很小, 临床上未出现症状, 而以颈部肿块来就诊者, 亦为数不少<sup>[2,3]</sup>。临床上颈部淋巴结的转移癌, 尤其是位于颈深上组淋巴结, 往往会考虑是否原发于鼻咽部, 要求病理工作者提出意见。因此, 进一步了解和掌握颈淋巴结转移性鼻咽癌的病理组织学改变很有必要。本文收集了广东省中山市经鼻咽及颈部淋巴结两处活检均证实为癌的患者 35 例, 比较原发癌与颈部淋巴结转移癌的病理组织学改变, 探讨两者在病理组织学类型上的不同, 并试图从颈部淋巴结转移癌的活检中, 寻找出可能原发于鼻咽的形态学依据。

## 材 料 与 方 法

本文材料来自广东省中山市 1970 年 1 月 1 日至 1978 年 12 月 31 日 9 年的鼻咽癌病例, 由于各种原因, 曾分别从鼻咽及颈部淋巴结两处取材活检, 均证实为癌的 35 例进行复查分析。两处活检的间隔时间一般在两周以内, 少数为两个月, 全部切片用 H.E 及网状纤维染色。

## 结 果

本文 35 例中, 男 23 例, 女 12 例。年龄最小 20 岁, 最大 68 岁, 平均 44.5 岁。临床分期: II 期 24 例, III 期 9 例, IV 期 2 例。

原发癌的病理组织学类型: 原位癌伴有微小浸润 1 例, 分化差的鳞状细胞癌 27 例, 泡状核细胞癌 2 例, 其余 5 例因组织太少或严重人为变态, 难以定型。

颈淋巴结转移癌的病理组织学类型: 分化好的鳞状细胞癌 1 例, 分化差的鳞状细胞癌 22 例, 泡状核细胞癌 12 例。

原发癌与转移癌组织类型的比较: 原位癌伴有微小浸润者 1 例, 转移到颈淋巴结后变为泡状核细胞癌。分化差的鳞状细胞癌 27 例, 转移到颈淋巴结后, 类型不变者 19 例, 变为泡状核细胞癌者 8 例。泡状核细胞癌 2 例转移到颈淋巴结后, 1 例保持原类型, 另 1 例变为典型的分化好的鳞癌。余 5 例难定型者, 转移到颈淋巴结后, 3 例为分化差的鳞癌, 2 例为泡状核细胞癌(详见表)。

上述鼻咽部分化差的鳞状细胞癌 27 例中, 虽有 19 例转移后类型不变, 但比较两者癌巢中泡状核癌细胞所占的比例, 发现有 12 例在转移癌中泡状核癌细胞的数量明显增加, 6 例改变

表 原发癌与转移癌病理组织学类型的关系

原发癌		颈部淋巴结转移癌类型(例数)		
类型	例数	分化好的鳞癌	分化差的鳞癌	泡状核细胞癌
原位癌	1			1
分化差的鳞癌	27		19	8
泡状核细胞癌	2	1		1
难分型	5		3	2
合计	35	1	22	12

不大,仅1例明显减少。此外,在颈淋巴结转移灶中,普遍出现梭形癌细胞数量增多(其中5例占整个癌细胞的75%以上,足够诊断为分化差的梭形细胞癌<sup>[4]</sup>;癌细胞还有胞浆较嗜伊红,层次较分明等鳞化现象,未发现梭形细胞减少或鳞化程度更差者。

35例颈淋巴结转移癌的间质反应大致可分为4种类型。

1.浆细胞性肉芽组织型的间质:间质以大量浆细胞浸润为主,仅见少量淋巴细胞及血管。属此型者13例。

2.炎症性肉芽组织型的间质:间质血管增多、扩张、充血,伴有中等量淋巴细胞浸润,其中掺杂少量浆细胞、嗜酸性白细胞和嗜中性白细胞。属此型者8例。

3.纤维组织型的间质:大量纤维组织增生围绕癌巢,血管充血与炎症细胞浸润均不明显。属此型者9例。

4.淋巴结固有组织型的间质:以原有淋巴结组织作为癌巢的间质,炎症反应及纤维组织增生均不明显。属此型者5例。

本文35例转移癌的癌巢中,有大量淋巴类细胞浸润者16例,中等量淋巴类细胞浸润者10例,少量淋巴类细胞浸润者9例。此外有4例颈淋巴结转移癌中,可见小血管及毛细血管内皮细胞肿胀、增生,部份尚可融合,似Langhans巨细胞,形成假结核病变,甚至出现干酪样坏死。

## 讨 论

已有材料说明<sup>[5,6]</sup>:肿瘤离开原发灶转移到另一部位后,由于它所依赖生长、繁殖的组织已经不同,就可能使肿瘤细胞的形态以致组织类型发生变化。本文35例中,转移癌与原发癌的组织学类型相同者20例,类型改变者10例,另有5例原发癌难定型。比较原发癌与转移癌后,发现其改变有两种趋向:一是向泡状核癌细胞转变,使泡状核细胞癌的数目由原发处2例增加到12例,即使在转移癌类型未变的19例分化差的鳞癌中,亦有12例泡状核癌细胞数量增加了。另一种是向分化好的方向转变,本文1例泡状核细胞癌,转移后成为典型的分化好的鳞状细胞癌。此外在转移癌中普遍有梭形癌细胞数量增多与鳞化程度更好的现象。据电镜观察<sup>[7]</sup>,梭形癌细胞胞浆含有大量成束的张力原纤维,也是鳞化程度高的表现。上述现象我们认为肿瘤细胞转移到淋巴结之后,诱发局部淋巴组织的免疫反应的结果。间质中大量浆

细胞与淋巴细胞的出现,纤维组织增生,可以作为这一反应的形态证据。已有材料还说明<sup>[5,6]</sup>,鼻咽癌转移到内脏器官后,癌细胞分化愈差,多属于未分化癌;但在本文的材料中,鼻咽癌转移到颈淋巴结后,癌细胞的分化却较好。这是否也是由于淋巴结是个免疫器官的缘故呢?

颈淋巴结的转移癌,如何判断其可能原发于鼻咽?就病理形态学而言,下述几点可作重要参考。

1.发现典型的泡状核细胞癌。在转移癌中,见到癌细胞巢状排列;胞浆丰富,界限不清,似合体性;核大、圆或卵圆、呈染色质少、着色浅、呈空泡状,有一个或多个肥大或畸型的核仁,核膜增厚或似缺口状,癌巢内有淋巴类细胞浸润。此种形态即所谓“淋巴上皮癌”<sup>[3]</sup>。

2.在分化差的鳞癌中,见到较多的泡状核癌细胞的成分。

3.癌巢中出现淋巴类细胞浸润。例如本组35例中,出现大量淋巴类细胞浸润者16例,中等量10例,少量者仅9例。其它癌瘤转移到颈淋巴结,有时癌巢内也可见到淋巴类细胞浸润,但少见,数量亦少。

4.癌巢间浆细胞浸润。大量浆细胞浸润,可形成浆细胞性肉芽组织。本文35例中有13例是浆细胞性肉芽组织为主的间质。即使在炎症性肉芽组织型间质及纤维组织型间质中,也有少量浆细胞浸润。只有以淋巴结固有组织间质为主的5例中,才很少见到浆细胞浸润。鼻咽癌的发生与EB病毒的感染有密切的关系<sup>[9]</sup>。鼻咽部原发癌的癌巢周围常有产生抗EB病毒各种抗原的IgA和IgG的浆细胞<sup>[10]</sup>。因此,在颈部淋巴结转移灶中见到浆细胞的浸润,也可能意味着产生抗EB病毒抗原的IgA和IgG,特别是见到浆细胞性肉芽组织的间质,提示原发癌可能位于鼻咽部。

在颈淋巴结转移癌中,上述几点形态学改变,虽然提示患者的原发癌可能在鼻咽,但还不能肯定为鼻咽癌的转移。还应从细胞化学,组织化学、电镜等方面进一步研究出更为特征性的形态特点<sup>[3]</sup>。

文献报告鼻咽癌的颈淋巴结转移灶中,可见到干酪样坏死的结核样反应<sup>[11]</sup>。本文35例中,4例有这种情况,应与颈淋巴结结核鉴别。根据我们的体会:淋巴结结核的坏死灶较常见,病灶亦更广泛,常在肉眼下即可见到;而转移癌的坏死灶较少见,常为多数小灶性坏死。淋巴结结核的坏死灶周围常有增生的类上皮细胞及单核细胞,绝无癌细胞;转移癌的坏死灶常见于癌巢中央,周围虽然也有类上皮细胞,但不论坏死程度如何,多少可以找到残存的癌细胞。淋巴结结核的坏死灶抗酸染色可以找到抗酸杆菌,转移癌抗酸染色则是阴性的。当然在鉴别中还要考虑到两种病变同时存在的可能性。

有1位50岁的女性患者,鼻咽部为分化差的鳞癌,但颈部淋巴结活检见癌细胞呈条索状与栅状排列,甚至形成“流产型”腺腔,一些癌细胞胞浆呈微小泡沫状,有时核偏于一侧,酷似“印戒状细胞”(图),呈分化差的腺癌的表现。患者未发现任何消化道症状,可以排除原发癌来自胃肠道的可能性。由于鼻咽癌可以原发于鼻咽柱状上皮的储备细胞或腺上皮的基底细胞样储备细胞,癌变后,又可以“双相分化”。既可向鳞状细胞分化,又可向柱状细胞或腺细胞分化,因而出现“流产型腺腔”与酷似“印戒状细胞”是不难理解的。以往在颈淋巴结转移癌的活检中,出现上述形态,通常考虑其原发癌可能来自胃肠道,而不考虑甚至否定原发癌位于鼻咽的可能性,这是不够全面的。

## 参 考 文 献

- [1] 中山医学院肿瘤研究所病理、免疫室等: 245例鼻咽癌的病理分析。中山医学院肿瘤研究所学术资料选编 1:58, 1978
- [2] Chin K Y et al: Lymphoepithelioma: A pathological study of 97 cases. Chinese M J (Supp) 3:94, 1940
- [3] Lennert K et al: Diagnosis and differential diagnosis of lymphoepithelial carcinoma in lymph nodes: histological, cytological and electron-microscopic findings. in Nasopharyngeal Carcinoma: Etiology and Control, p 51, IARC, Lyon, 1978
- [4] 宗永生: 关于鼻咽恶性肿瘤的病理组织学命名和分类。内部资料, 1979
- [5] 梁伯强等: 鼻咽癌的组织学类型、生物学特性和组织发生学的研究。中华医学杂志(外文版) 81:629, 1962
- [6] 广州军区病理科研协作组: 39例鼻咽癌尸检材料的病理研究。广州军区病理专业组资料汇编(中国人民解放军广州军区军医学学校训练部)第35页, 1978
- [7] 中山医学院病理教研组等: 鼻咽癌超微结构研究的初步报告。新医学肿瘤研究专辑 5, 1975
- [8] 中山医学院肿瘤研究所病理、免疫室等: 鼻咽癌的组织学类型及其与放射治疗预后的关系。新医学肿瘤研究专辑 9, 1975
- [9] De-the, G: The etiology of nasopharyngeal carcinoma, pathobiology annual (Series editor: Joachim H. L)235, 1972
- [10] Ho H C et al: Immunohistochemistry of local immunoglobulin production in nasopharyngeal carcinoma. Br J Cancer 37:514, 1978
- [11] Rennke H et al: Käsigtuberkuloide reaction bei lymphknotenmetastasen lymphoepithelialer carcinome (Schmincketumoren) Virch Arch Abt Path Anat 358:241, 1973

## The Histopathological Features of Metastatic Nasopharyngeal Carcinoma in Cervical Lymph Nodes

Zong Yongsheng Yao Qingyun Zhang Rufeng  
(Cancer Research Institute of Zhong Shan Medical College)

He Shenyun  
(Department of Pathology, People's Hospital of Zhongshan County)

### Abstract

The authors collected 35 cases of nasopharyngeal carcinoma (NPC) in a high prevalence district, Zhongshan County, during the recent nine years. The diagnoses of those patients were conclusively proved by biopsies from the nasopharynx, and also verified by biopsy of the cervical lymph nodes. After comparing the histopathological appearances of the secondary deposits in lymph nodes with those of the primary neoplastic tissues the authors found some differences between them as follows: (1) The percentage of vesicular nucleus cell carcinoma in the

specimens of cervical lymph nodes (34.29%) was higher than that of the nasopharynx (5.71%). That is to say, many poorly differentiated squamous cell carcinomas primarily developed from the nasopharynx have been transformed into vesicular-nucleus cell carcinomas when they metastasized to the cervical lymph nodes. (2) Though the histopathological type of a poorly differentiated squamous cell carcinoma was not changed, when it metastasized to the cervical lymph nodes, vesicular-nucleus carcinoma cells would increase in quantity (3) It seems in general that metastatic carcinoma cells in the cervical lymph nodes underwent differentiation for the better than those in their primary focus.

The authors assumed that if the following histopathological features are to be found in a metastatic carcinoma of the deep superior cervical lymph nodes, the primary focus may have been the nasopharynx: (1) The metastatic carcinoma is a typical vesicular-nucleus cell carcinoma. (2) Vesicular-nucleus carcinoma cells within the nests of a poorly differentiated squamous cell carcinoma are numerous. (3) A number of lymphoid cells have been found within the carcinoma nests. (4) There are numerous groups of plasma cells surrounding some carcinoma nests.

The authors also called attention to the pathologists to note that tuberculoid lesions may be found in the lymph nodes with metastatic NPC, and could be differentiated from tuberculosis of the lymph nodes by close observation. Also, they reported a case of NPC patient, whose primary growth was diagnosed as a poorly differentiated squamous cell carcinoma while "abortive acini" and "signet-ring cells" were found in the metastatic lesions of the cervical lymph nodes. Therefore, the authors believe that if we find "abortive acini" and/or "signet-ring cells" in a cervical lymph node, we cannot rule out the possibility that the primary focus may be in the nasopharynx.