

睫状肌纤维母细胞瘤 1 例

王明明, 刘鹤南, 陈晓隆

作者单位: (110004) 中国辽宁省沈阳市, 中国医科大学附属盛京医院眼科

作者简介: 王明明, 女, 硕士研究生, 研究方向: 眼底病、眼外伤。
通讯作者: 陈晓隆, 男, 教授, 主任医师, 博士研究生导师, 研究方向: 眼底病、眼外伤。chenxl@sj-hospital.org
收稿日期: 2010-11-02 修回日期: 2010-11-15

王明明, 刘鹤南, 陈晓隆. 睫状肌纤维母细胞瘤 1 例. 国际眼科杂志 2010; 10(12): 2415-2416

1 病例报告

患者, 女, 47 岁, 以“左眼长白色肿物 5a”为主诉入院。5a 前无明显诱因患者发现左眼瞳孔内一白色肿物, 并逐渐长大, 无眼红眼痛。1mo 前左眼视力逐渐下降, 雾视, 偶尔眼磨。眼科检查: 视力: OD: 0.8, OS: 0.15, 眼球各方向运动无明显受限, 左眼结膜无充血, 角膜光滑透明, KP (-), 虹膜纹理清, 周边 2:00~3:00 位可见一大小约 5mm × 4mm 白色肿物, 表面可见血管走行 (图 1), 肿物鼻侧虹膜可见虹膜色素痣, 瞳孔圆, D = 2.5mm, 直、间接对光反射 (+), 晶状体混浊, 眼底窥不清, 右眼前节及眼底未见明显异常。眼压: OD: 15.7mmHg, OS: 15.4mmHg。验光: OD: +0.75DS -1.00DC × 86°, OS: 测不出。左眼超声活体显微镜示: 左眼颞侧睫状体肿物 (图 2); 左眼 B 超示: 左眼晶状体回声不均, 左眼晶状体外侧缘球壁向内玻璃体突出一肿物, 大小约 0.8cm × 0.9cm × 0.5cm, 形态较规整, 边界清, 内呈低回声, 其内可检出动静脉血流信号, 肿物外侧球壁向玻璃体内隆起膜状物, 范围约 0.4cm × 0.3cm, 其内似可见血流信号。双眼核磁共振平扫示: 左眼晶状体左侧结节状短 T1 短 T2 信号影, 边界光滑, 大小约 5mm × 4mm, 晶状体呈受压改变。主要诊断: 左眼睫状体肿物, 虹膜色素痣。入院后局部抗炎对症治疗, 完善各项术前检查, 排除手术禁忌后, 全身麻醉下行色素膜肿物切除 + 白内障超声乳化术 + 玻璃体切除术 + 复杂视网膜脱离修复术。术后睫状体病变组织送病理检查, 术后第 3d 眼科检查: 视力: OD: 0.8 (矫正至 0.9), OS: 0.08, 双眼眼球向各方向运动不受限; 左眼混合充血 (+), 结膜切口对合良好, 缝线在位, 角膜光滑透明, 前房深度正常, 房水闪烁 (+), 虹膜缺损范围 1:00~4:00 位, 晶状体后囊膜在位, 视网膜平复在位, 颞侧网膜赤道部可见激光斑。左眼眼压: Tn。右眼同术前。病理检查结果 (图 3): 大体所见: 睫状体肿物: 大小约 0.8cm × 0.4cm × 0.3cm, 黄白, 质中; 镜下所见: 瘤细胞核圆, 排列呈小巢状或条索状, 部分胞浆透明; 免疫组化: CK (-), Vimentin (弱 +), HMB45 (-), S-100 (-), CD68 (-), Desmin (-), SMA (+), Ki67 (-)。病理诊断: (睫状肌) 肌纤维母细胞瘤。临床确诊: 左眼睫状肌纤维母细胞瘤。

2 讨论

肌纤维母细胞是由 Gabbiani 等^[1]通过电镜首次提出, 是介于平滑肌细胞和肌纤维母细胞之间的一种独立的细

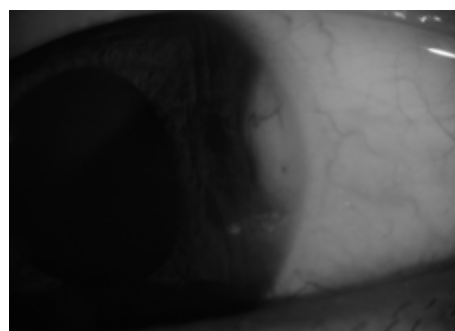


图 1 左眼前节照相。

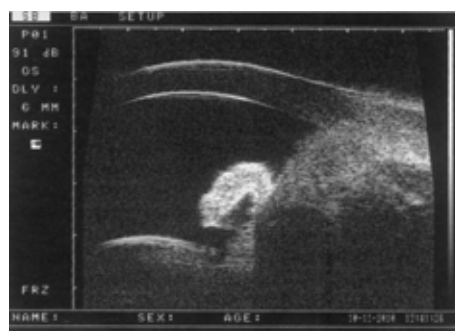


图 2 左眼超声生物显微镜。

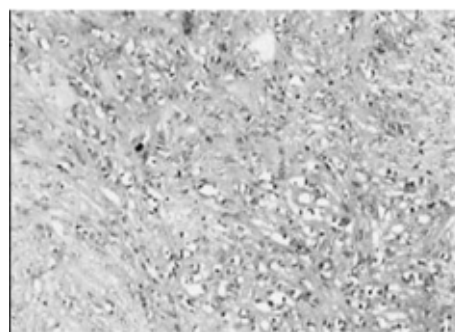


图 3 左眼睫状体肿物病理检查。

胞类型。它具有纤维母细胞的特点, 如细胞呈长梭形、有双极细胞突, 胞质内有发达的高尔基体和丰富的粗面内质网; 又有平滑肌细胞的某些特点, 如肌微丝、密体、密斑、细胞膜下吞噬小泡。目前已知肌纤维母细胞广泛存在于人体许多正常组织及炎症、损伤修复的组织。肌纤维母细胞瘤是炎性假瘤的一种类型, 又称炎性肌纤维母细胞瘤。其组织学变化多样, 主要由增生的纤维母细胞及肌纤维母细胞构成。根据组织构成的不同, Coffin 等^[2]提出 3 种组织学类型: (1) 黏液型: 以黏液、血管、炎症细胞为主, 类似结节性筋膜炎; (2) 梭形细胞密集型: 以梭形细胞为主, 夹杂炎症细胞, 类似纤维组织细胞瘤; (3) 纤维型: 以致密成片的胶原纤维为主, 类似瘢痕组织。肌纤维母细胞瘤几乎可以发生在身体的任何部分, 临床表现为肿块、发热、体质量下降、疼痛及局部压迫症状, 肿瘤切除后全身症状好转或消失, 本瘤生长活跃者可复发, 但未有转移的报道。病变常表现为结节状肿物, 界限较清楚, 包膜可有可无, 切面灰白色, 质韧呈编织状, 部分可见稍黏液样外观, 灰白、灰黄不等。其免疫组化特点为肿瘤细胞表达 Vimentin 和 SMA, Desmin 呈灶性表达, S-100, HHF35, CD34, Bcl-2, ALK, CK, CD68 均不表达。该病例组织学形态及免疫组化表达与文献报道相符。

本病应与神经纤维瘤、纤维瘤病、平滑肌肉瘤、纤维肉瘤、黏液性恶性纤维组织细胞瘤、恶性外周神经鞘瘤及网膜间质瘤等鉴别。肌纤维母细胞瘤多见于儿童或青少年,可发生在身体的许多部位,包括腹腔、腹膜后、盆腔、四肢、躯干、淋巴结、甲状腺、心脏、中枢神经系统、上呼吸道、皮肤等部位。临床上起病隐匿,肿物体积较大,与周围组织粘连。纤维瘤细胞成分少,纤维多且弥漫,无炎细胞浸润,恶性纤维组织细胞也有梭形细胞和炎细胞,但一般都有奇异多形组织细胞。异型性纤维母细胞和组织常形成特征性 Storiform 结构,免疫组化无肌源性表达,但组织细胞阳性。平滑肉瘤细胞胞质丰富、红染、核钝圆、胶原成分少,一般无炎症细胞。硬化性淋巴瘤有纤维组织增生,但有恶性淋巴瘤细胞,免疫组化肌源性标记阴性^[3]。

有关肌纤维母细胞瘤的性质一直存在争论。一般认为是一种良性病变,不会发生转移,但可局部复发,Bisel-li 报道复发率可高达 37%。Coffin 等^[2]认为肌纤维母细胞瘤是一种非转移性肌纤维母细胞增生,并具有局部生长复发倾向。Schurch 等^[4]认为发生于网膜、系膜及腹膜后肌纤维母细胞瘤增生并伴有炎症应视为恶性肿瘤。而

王鲁平等^[5]认为肌纤维母细胞瘤一般为良性病变,但具有局部复发倾向,应随访观察。故我们认为肌纤维母细胞瘤一般为良性病变,但具有局部复发特点,应结合临床、病理,并随访观察进行综合判断。

参考文献

- 1 Gabbiani G, Ryan GB, Majne G. Presence of modified fibroblasts in granulation tissue and their possible role in wounded contraction. *Experientia* 1971;27(5):549-550
- 2 Coffin CM, Watterson J, Priest JR. *et al.* Extra-pulmonary inflammatory myofibroblastic tumor (inflammatory pseudotumor). a clinic-pathologic and immunohistochemical study of 84 cases. *Am J Surg Pathol* 1995;19(8):859-872
- 3 Meis JM, Enzinger FM. Inflammatory fibrosarcoma of the mesentery and retroperitoneum. A tumor closely simulating inflammatory pseudotumor. *Am J Surg Pathol* 1991;15(12):1146-1156
- 4 Schurch W, Seemayer TA, Gabbiani G. The myofibroblast: a quarter century after its discovery. *Am J Surg Pathol* 1998;22(2):141-147
- 5 王鲁平, 丁华野, 周景, 等. 肌纤维母细胞瘤的病理学研究——附 3 例报告及文献复习. *诊断病理学杂志* 1997;4(1):19-21