



牙源性腺样瘤临床误诊 1 例并临床病理分析

周小华 王璐 (武警湖南省总队医院病理科 湖南长沙 410006)

摘要:目的 探讨牙源性腺样瘤的临床病理特征, 提高认识减少误诊误治。方法 对收治的 1 例牙源性腺样瘤的临床病理资料进行回顾性分析。结果 患者青年女性, 因右侧面部疼痛 2 月入院。CT 检查示右侧上颌窦内可见软组织密度影填充, 伴较多砂砾样钙化并见两枚齿状高密度影, 上颌窦壁完整, 未见明显骨质破坏, 考虑为含牙囊肿。术后病理检查, 肿瘤细胞增生形成实性细胞巢或花瓣样结构, 有少许纤维间质, 见多灶钙化, 诊断为牙源性腺样瘤, 随访 10 年未见肿瘤复发。结论 牙源性腺样瘤是一种少见的牙源性良性肿瘤, 临床表现无特异性, 好发于上颌骨, 仅依赖影像学检查容易误诊, 其确诊需病理学诊断, 手术切除预后好无复发。

关键词:牙源性肿瘤 临床病理学检查 颌骨 误诊

中图分类号: R739.82 **文献标识码:** A **文章编号:** 1009-5187 (2017) 06-105-02

牙源性腺样瘤 (adenomatoid odontogenic tumor, AOT), 是一种少见的起源于牙板或牙板残余的良性肿瘤, 生长缓慢^[1, 2]。临床常常误诊^[3, 4]。为提高认识, 本文报告 1 例, 并结合文献复习就临床病理特点分析讨论如下。

1 病例资料

患者女性, 15 岁, 右侧面部疼痛 2 月, 查: 右侧尖牙窝可扪及 1.0cm×1.5cm 大小包块, 质硬, 有压疼。CT 检查 (图 1): 右侧上颌窦内可见软组织密度影填充, 伴较多砂砾样钙化, 并见两枚齿状高密度影, 上颌窦壁完整, 未见明显骨质破坏, 考虑为右上颌窦含牙囊肿。手术所见: 见右上颌窦前壁隆起, 骨壁薄, 窦内充满肉芽样肿物, 并有恒压二颗, 连包膜一并切除。病理学检查: 大体检查, 组织碎, 质脆, 有砂砾感, 部分为囊壁样共约 3.0cm×2.0cm×1.0cm, 附牙 2 枚 (图 2)。镜检 (图 3), 肿瘤细胞呈立方形或高柱状, 胞浆粉红色, 核卵圆形, 细胞增生呈实性团块或花瓣样, 周围包绕少许纤维间质, 肿瘤组织内见多处钙化灶。病理诊断: (右上颌窦) 牙源性腺样瘤。

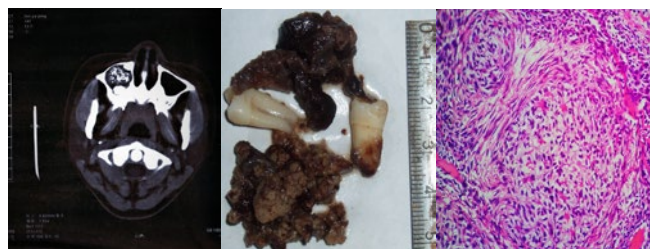


图 1

图 2

图 3

2 讨论

2.1 疾病概述及临床表现

AOT 曾被诊断为釉质上皮瘤, 并当作为成釉细胞瘤的一种亚型, 称为腺样成釉细胞瘤 (adenoameloblastoma), 1969 年 Philipsen 等进行了总结, 认为这是与成釉细胞瘤明显不同的独立病变, 并建议使用牙源性腺样瘤这一名称, 1971 年 WHO 在牙源性肿瘤的分类中采纳了此意见。1992 年 WHO 分类中牙源性腺样瘤被归类为同时含有两种成份的混合性牙源性肿瘤, 而在 2005 年 WHO 新分类中, 认为 AOT 所存在的发育不良的骨样牙本质是化生造成的, 被归类为牙源性上皮性肿瘤^[1, 2]。多数文献认为 AOT 约占所有牙源性肿瘤的 1.8%, 次于牙瘤、牙骨质瘤、黏液瘤和成釉细胞瘤, 而位于牙源性肿瘤的第 5 位。国内陈关福等^[5]在 406 牙源性肿瘤中仅发现 1 例 AOT。AOT 患者大多发生在 10~19 岁^[3, 4, 6, 7], 女性好发, 男女之比为 1:1.9。上下颌骨均可发生, 但以上颌骨前部多见。临床上, AOT 呈进行性缓慢生长, 大多直径为 2~4cm, 体积小者多无症状, 常常是在放射线检查偶然发现, 或表现为牙齿萌出异常, 或仅有膨胀感、疼痛, 体积大者可引起颌骨膨大, 触诊有乒乓球感, 面部变形、病变处牙齿移位或松动。有报道了 1 例 AOT 患者瘤体巨大, 从右下颌尖牙区至左下颌第一前磨牙区骨质破坏严重^[8]。

2.2 影像学特征

大多数患者 X 线呈单囊性界限清楚的透明阴影, 可见不透光的钙化颗粒, 多数病例其间含有埋伏牙, 常常被误诊为含牙囊肿^[4], 其他还可能被误诊为颌骨囊肿、根尖周囊肿、成釉细胞瘤等^[6, 9]。CT 示肿瘤为高密度, 但肿瘤内部密度不均匀, 有砂砾体及钙化。现有认为基于组织病理学上的特点, 核磁共振成像 (MRI) 对 AOT 的诊断优于 X 线, 有助于与含牙囊肿、牙源性角化囊性瘤和牙源性钙化上皮瘤等病变的鉴别诊断^[10, 11]。

2.3 组织病理学特点^[5-10]

病理学检查, AOT 大多包膜完整。显微镜下可见高柱状或立方状上皮构成大小不一的腺腔样结构, 腔内充满均质状或纤维状嗜酸性物质; 双层和多列立方或梭形上皮构成小梁; 细胞增生排成旋涡状, 间质中可见钙化及砂砾小体。低倍镜下肿瘤性上皮可形成结节性实性细胞巢、腺管样、牙源性钙化上皮瘤样及梁状四种结构形式, 肿瘤间质少, 另可见发育不良的牙本质、釉基质和牙骨质样物质。以往认为肿瘤中出现发育不良的牙本质、釉基质和牙骨质样物质是一种诱导现象, 并认为 AOT 起源于牙源性上皮和间充质。现认为这可能是化生的结果, 因为肿瘤中未见牙源性外间充质。偶见黑色素沉着。组织学上 AOT 需与成釉细胞瘤相鉴别, 成釉细胞瘤最常见的形态学特点是牙源性上皮岛形成特征性的成釉器结构, 可见鳞状化生或角化珠。免疫组织化学染色^[8, 12, 13], 上皮性瘤细胞 CKp63 阳性, 间质成分 Vimentin 阳性, Ki-67 阳性率低提示该肿瘤增殖活性较低, P53 和 PCNA 低表达, 而在成釉细胞瘤中两者表达高^[14]。

2.4 治疗、预后及误诊防范

现普遍认为 AOT 是一种无侵袭性的良性肿瘤, 彻底手术, 预后满意。因此, 对 AOT 患者尤其对于青少年患者不需要拔除肿瘤所累及的牙齿, 只摘除肿瘤后也不会复发。肿瘤范围较大者, 考虑行颌骨部分或者半侧下颌骨切除术并同期植骨。因 AOT 的发病率极低, 临床症状和 X 线表现与其他牙源性肿瘤及瘤样病变存在交叉, 容易造成误诊。尤其临床上仅凭影像检查容易常误诊为含牙囊肿, 鉴于 AOT 患者年轻, 对于 10~20 岁青少年颌骨影像学类似含牙囊肿改变, 作者认为要考虑到 AOT 可能。AOT 曾被认为是成釉细胞瘤的变异型, 这导致外科医生对患者施行扩大切除术。但目前认为系两种不同性质的肿瘤, 两者鉴别诊断具有必要性, 因为 AOT 为良性, 采取局部单纯手术切除, 预后很好, 而造釉细胞瘤具有低度恶性潜能, 局部可向周围组织浸润生长, 是一种交界性肿瘤, 手术切除不彻底容易复发^[15]。两者可通过术前活检或术中快速冰冻切片检查进行鉴别以减少临床误诊及不必要的过度治疗。

总之, AOT 是一种少见的良性肿瘤, 需病理学检查明确诊断防止误诊误治, 尤其防止过度治疗。本例治疗后 10 年随访无复发。

参考文献

- [1] 李铁军. 牙源性肿瘤的 WHO(2005) 新分类[J]. 现代口腔医学杂志 2007, 21(4): 337-339.
- [2] 罗海燕, 李铁军. 几种牙源性病损组织学分类及命名的变迁[J]. 中国实用口腔杂志, 2010, 3(12): 715-719.



- [3] 朱志清. 牙源性腺样瘤1例诊疗报告[J]. 福建医药杂志, 2015, 37(3): 180.
- [4] 成继民, 刘艳丽, 郝云波. 牙源性腺样瘤误诊为含牙囊肿. 临床误诊误治, 2004, 17(9): 684
- [5] 陈关福, 平飞云, 钟来平. 7132例口腔颌面部肿瘤、囊肿与瘤样病变的统计分析[J]. 实用肿瘤杂志, 2005, 20(3): 238-242.
- [6] 罗华荣, 王秋鹏, 徐铨等. 牙源性腺样瘤4例临床病理分析[J]. 现代实用医学, 2015, 27(5): 621-623.
- [7] 彭芳, 王建, 张功亮等. 3例牙源性腺样瘤的临床病理学观察[J]. 江西医药, 2014, 49(3): 275-276.
- [8] 郑亚鸽, 赵业, 吴兰雁. 牙源性腺样瘤的临床病理及其分子表达研究[J]. 国际口腔医学杂志, 2007, 34(5): 355-357.
- [9] Philipsen H.P, Srisuwan T, Reichart P.A, et al. Adenomatoid odontogenic tumor mimicking a periapical (radicular) cyst: A case report[J]. Oral Surg Oral Med Oral Pathol 2002;94:246-248.
- [10] Konouchi H, Asaumi J, Yanagi Y, et al. Adenomatoid

- odontogenic tumor: correlation of MRI with histopathological findings[J]. Eur J Radiol, 2002;44:19-23.
- [11] Asaumi J, Yanagi Y, Konouchi H, et al. Assessment of MRI and dynamic contrast-enhanced MRI in the differential diagnosis of adenomatoid odontogenic tumor[J]. Eur J Radiol 2004;51:252-256.
- [12] 郑末. 牙源性腺样瘤临床病理特征[J]. 河北医科大学学报, 2009, 30(7): 728-729.
- [13] 王鹏, 孟刚, 时雨等. 牙源性腺样瘤的临床病理及免疫组化特点分析[J]. 第三军医大学学报, 2011, 33(12): 1246-1249.
- [14] Salehinejad J, Mahmoodabadi R., Saghafi S, et al. Immunohistochemical detection of p53 and PCNA in ameloblastoma and adenomatoid odontogenic tumor[J]. Journal of Oral Science, 2011; 53(2), 213-217.
- [15] Lee SK, Kim YS. Current concepts and occurrence of epithelial odontogenic tumors: I. Ameloblastoma and adenomatoid odontogenic tumor [J]. Korean J Pathol, 2013, 47(3): 191-202.

(上接第102页)

保护作用, 让患者的血管内皮细胞受到较少的刺激, 使肾血流量增加, 从而使血管皮内功能得到明显的改善^[8]。

总而言之, 在治疗高血压疾病中缬沙坦是一种非常有效和显著的治疗药物, 可以有有效的缓解和改善高血压患者的心衰症状, 而且其不良反应较少, 因此, 可以在临床中得到更为广泛的应用与推广。

参考文献

- [1] 马广亚. 缬沙坦在高血压病人防治心衰中的疗效研究[J]. 延边医学, 2015, 13(8):71-72.
- [2] 胡建波. 缬沙坦在高血压患者防治心衰中的疗效研究[J]. 医学信息, 2014, 21(13):350-351.
- [3] 李春银. 缬沙坦治疗高血压致慢性心力衰竭的效果及其对血

- hs-CRP、NT-proBNP的影响[J]. 中国医药科学, 2015, 15(6):31-34.
- [4] 徐延敏, 崔占前. LCZ696在充血性心力衰竭患者应用的前景和地位[J]. 中华临床医师杂志(电子版), 2015, 26(16):2979-2984.
- [5] 谭丽波. 缬沙坦联合氨氯地平治疗老年高血压病合并左心衰竭的临床观察[J]. 中国民康医学, 2014, 18(24):69-70.
- [6] 高菲, 陈玲珍, 严斗荣, 等. 缬沙坦和比索洛尔治疗慢性心力衰竭的疗效观察[J]. 医药前沿, 2013, 17(31):31-34, 32.
- [7] 李刚强, 樊济海. 原发性高血压患者中缓激肽 β_2 受体基因单核苷酸多态性与缬沙坦降压疗效的相关性研究[J]. 中国现代医学杂志, 2013, 23(4):26-29.
- [8] 罗明, 袁春梅, 蒋彦, 等. 缬沙坦治疗原发性高血压72例疗效观察[J]. 中国继续医学教育, 2013, 21(1):7-8.

(上接第103页)

功能、骨折愈合情况对比并无显著差异, 但经PFNA治疗的研究组术后不良反应发生率(8.89%)则较实施PFN治疗的对照组(26.67%)显著降低, 此结论与俞光荣^[1]等人研究结果相符。

综上所述, 应用PFNA治疗老年股骨粗隆间骨折有利于患者骨折愈合并提高髋关节功能, 在获得理想疗效的同时确保治疗安全性, 利于快速康复, 值得今后推广。

参考文献

- [1] 俞光荣, 王树青. 防旋股骨近端髓内钉治疗不稳定转子间骨折33例[J]. 中华创伤骨科杂志, 2007, 23(2): 83-86.

- [2] 庞杰, 刘磊. 锁定钢板和PFNA治疗股骨粗隆间骨折的比较研究[J]. 中国医学装备, 2015(1):107-110.
- [3] 曹兴兵, 孙继伟, 许腊梅, 等. PFNA治疗股骨粗隆间骨折内固定失败的多因素分析[J]. 中国骨与关节损伤杂志, 2016, 31(10):1034-1038.
- [4] 杨海林, 赵金涛, 钱非非, 等. 老年股骨粗隆间骨折手术方式的选择[J]. 实用骨科杂志, 2013, 15(9):664-666.
- [5] 冯卫, 余斌, 郝廷, 等. 三种股骨近端髓内固定系统与国人股骨近端的形态学匹配性研究[J]. 中华创伤骨科杂志, 2011, 13(11):1029-1033.

(上接第104页)

血热当中采用病毒唑进行治疗, 能够有效改善患者的临床症状, 在改善发热、尿蛋白、少尿等症状上, 均有显著效果, 并且不良反应较少, 安全可靠^[5]。在治疗过程中值得注意的是, 当患者体温恢复到正常状态后, 容易出现精神变差, 此时医务人员要注意预防低血压休克, 并且做好患者的心理辅导工作, 使患者以正确的态度面对疾病。

本研究中, 根据观察发现所有患者均存在不同程度的发热现象, 大部分患者呈现非典型症状; 研究组治疗的总有效率(93.1%)明显高于对照组的总有效率(37.9%), 在临床表现症状消失时间上, 研究组也明显短于对照组, 两组对比差异显著($P < 0.05$), 具有可比性。可见, 对于流行性出血热患者, 在治疗过程中需严密观察患者的临床症状, 对症下药, 才能够有效缓解患者痛苦, 降低不良反应发生率, 提高治愈率。

参考文献

- [1] 毛茂松. 50例流行性出血热临床诊断与治疗分析[J]. 中外医疗, 2013, 03:81+83.
- [2] 尹丽. 流行性出血热患者的临床特点研究[J]. 中国继续医学教育, 2015, 05:53-54.
- [3] 覃慧敏, 周晓琳, 叶丰, 冯芳, 刘强. 实习医生规范化诊疗流行性出血热常见错误及对策探讨[J]. 现代生物医学进展, 2014, 11:2166-2169.
- [4] 杨亮, 胡春林, 蒋鹏, 詹红. 以急性胰腺炎为首要表现的流行性出血热一例附文献分析[J]. 岭南急诊医学杂志, 2016, 01:70-72.
- [5] 黄其通, 彭乐康, 巫振欧, 刘新梅, 唐天侯, 冷世信. 干扰素并用病毒唑治疗流行性出血热的临床疗效观察[J]. 临床内科杂志, 2010, 4(18):18.