

## 原发性腹膜癌 1 例临床病理学分析

罗巧明<sup>1</sup>, 王慧洁<sup>2</sup>

(1. 广东省肇庆市第二人民医院病理科 526060; 2. 广东省肇庆市端州区人民医院妇科 526040)

doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2012.04.045

文献标识码:C

文章编号:1671-8348(2012)04-0412-02

原发性腹膜癌(primary peritoneal carcinoma, PPC)发生于盆腔和腹腔上皮。女性盆腔及下腹腔腹膜与女性苗勒管上皮发生来源相同,都来自体腔上皮及其邻近的间充质,具有向苗勒上皮及其间充质分化的潜能,这部分腹膜苗勒管上皮及间充质称为第二苗勒系统<sup>[1]</sup>。任何发生在女性生殖系统的肿瘤均可原发于腹膜<sup>[2]</sup>。而原发于腹膜的肿瘤发病率低,约占同期卵巢癌的7%~13.8%<sup>[3]</sup>。PPC术前误诊率高,文献报道其误诊率达87.5%<sup>[4]</sup>。现将作者遇见的1例原发性腹膜癌报道如下。

## 1 资料与方法

**1.1 临床资料** 患者,女,53岁,已绝经,因腹胀、腹痛1月余于2007年4月入院。查体:腹腔内大量腹水。CT检查提示:子宫右后方结节软组织影,大量腹水;血清CA125为1494.08 U/mL,腹水细胞学检查查到腺癌细胞。临床考虑为晚期卵巢癌,予剖腹探查术,术中见大网膜呈饼状增厚、质硬,盆腔多个转移灶,而子宫及双侧附件均为正常大小,行肿瘤细胞减灭术(全子宫、双侧附件、大网膜、阑尾及盆腔转移灶切除)。术后检查血清CA125值降至718.33 U/mL。术后以卡铂腹腔化疗及CTX静脉化疗,经多疗程化疗后,血清CA125逐渐降至43.29 U/mL,腹水征阴性。于2008年1月(术后8个月),患者出现胸闷、气促。CT检查:右侧胸腔大量积液,右肺压缩,左肺未见占位性病变;血清CA125为254.96 U/mL;胸腔积液细胞学检查查到腺癌细胞,同时做细胞沉渣石蜡包埋,其肿瘤细胞的免疫细胞化学表型与腹膜肿瘤表型一致(封3图1);腹部检查未见腹水。以卡铂胸腔化疗,但患者最终于2008年5月死亡。

**1.2 方法** 标本经10%甲醛溶液固定,常规脱水,石蜡包埋切片,HE染色,光镜观察。同时连续切片行免疫组织化学染色,采用EnVision法,所用抗体为CK7、CK20、EMA、CEA、CA125、MC。第一抗体及EnVision试剂盒均购自福州迈新公司。

## 2 结果

**2.1 眼观** 全切子宫一个(8 cm×4 cm×1.7 cm),宫颈直径1.5 cm,宫颈、宫腔光滑,宫体浆膜见2 cm×1.5 cm的粘连面,肌间未见肿物;相连左侧输卵管长6 cm,直径0.5 cm,左侧卵巢2.5 cm×1.5 cm×0.5 cm,切面灰黄、灰白;相连右侧输卵管长5 cm,直径0.2 cm,右侧卵巢2.5 cm×1.5 cm×0.5 cm,切面灰白、灰黄色,质软;大网膜一块22.5 cm×12 cm×3.5 cm,呈饼状,切面为大小不等的灰白、质硬的结节;阑尾一条长3 cm,直径0.3~0.6 cm;子宫直肠陷窝组织2块,体积3 cm×2.5 cm×1 cm,切面灰红、灰黄,质中;子宫膀胱腹膜反折组织1 cm×1 cm×0.3 cm,切面灰红,质中。

**2.2 镜检** 大网膜、子宫直肠陷窝组织、子宫膀胱腹膜反折:肿瘤细胞异型性明显,核大,核仁明显,核分裂易见,可见瘤巨细胞(封3图2),呈实性巢状、团块状、簇状排列,个别实性癌

巢中央可见微乳头,可见坏死灶,间质可见砂粒体(封3图3)。子宫体、双侧输卵管、阑尾未见肿瘤,双侧卵巢表面生发上皮可见癌巢,未见卵巢实质浸润(封3图4)。

**2.3 免疫表型** 肿瘤细胞表达CK7(封3图5)、EMA(封3图6)、CA125、CEA局部表达,不表达CK20、MC。

**2.4 病理诊断** 原发性腹膜低分化浆液性腺癌。

## 3 讨论

**3.1 临床特征** 综合文献报道,PPC的发病年龄是40~74岁(中位年龄为55.7~63岁)<sup>[4-7]</sup>,多发生于绝经后妇女。临床表现与卵巢癌相似,主要表现为腹胀、腹痛、腹部包块及腹水,腹水细胞学检查多能查到癌细胞,血清CA125升高。研究指出血清CA125可作肿瘤治疗效果观察的指标或作为肿瘤完全缓解后随访中的肿瘤标志物<sup>[8]</sup>。本例患者的血清CA125在治疗前异常高,治疗后逐渐降至正常,当患者出现胸腔转移时,又明显升高,故认为CA125可作为肿瘤治疗效果观察及随访过程中监测复发或转移的指标。

**3.2 病理特征** PPC的组织学类型与卵巢癌相似,其中以浆液性腺癌最常见。王美清等<sup>[5]</sup>认为,腹膜的原发性肿瘤组织相与原发于卵巢癌分化程度相同的同类型肿瘤一致,单从形态两者无法区别。2003年WHO女性生殖器官肿瘤病理学及遗传学分类指出,诊断PPC必须具备以下条件:(1)双侧卵巢大小正常或因良性病变而增大;(2)卵巢外病变比任何一侧卵巢表面的病灶体积大;(3)病变未累及卵巢,局限于卵巢表面而无间质浸润;或累及卵巢皮质但浸润灶小于5 cm×5 mm。美国妇科肿瘤学小组提出如下病理诊断标准<sup>[9]</sup>:(1)腹膜有散在结节和(或)腹腔特别盆腔内有局限性肿块;(2)双侧卵巢包括输卵管生理性正常大小或因良性病变增大;(3)镜下卵巢无病变或仅有浅表浸润(卵巢实质内病灶小于0.5 cm×0.5 cm);(4)病理类型及镜下特点类似卵巢上皮性癌。本例患者的大网膜有弥漫性结节,而双侧卵巢均为正常大小,镜观肿瘤局限于卵巢表面而无间质浸润(图4),符合上述两个诊断标准。

**3.3 鉴别诊断** (1)卵巢癌腹膜种植性转移:两者在组织学和免疫组织化学上几乎不能鉴别,主要区别是PPC双侧卵巢大小正常,病变未累及卵巢或局限于卵巢表面而无间质浸润,或累及卵巢皮质但浸润灶小于5 cm×5 mm。(2)恶性弥漫性上皮样间皮瘤:间皮瘤多发生于男性,患者多有石棉接触史,而PPC几乎只发生于女性。间皮瘤可见双向分化区域,砂粒体少见,而PPC间质多可见到砂粒体。间皮瘤总是表达MC,不表达CEA,而PPC多不表达MC,CEA多为阳性表达。(3)胃肠道癌腹膜转移:CK7和CK20两个角蛋白,前者主要表达于原发性卵巢癌,而后者主要在消化道来源的肿瘤中表达,当CK7阳性、CK20阴性时,可排除胃肠道癌腹膜转移。

**3.4 治疗及预后** PPC的治疗方案主要是:肿瘤细胞减灭术结合辅助性化疗。化疗则采用以铂类为基础的静脉、腹腔联合

化疗,对于不适合手术的大块肿瘤型Ⅲ或Ⅳ期患者(经细针穿刺,活检或腹水细胞学病理诊断)可考虑先行新辅助化疗,再行中间性细胞减灭术<sup>[8]</sup>。本例患者的治疗方案是:肿瘤细胞减灭术(全子宫、双附件、大网膜、阑尾及盆腔转移灶)及术后予以卡铂腹腔化疗与 CTX 静脉化疗,其治疗效果在检测血清 CA125 值的变化中得以证实。PPC 的预后主要受初次手术的彻底性、类型、细胞分化程度、分期及化疗的敏感性等因素影响,综合各家报道,其平均生存期为 14.6~30 个月<sup>[6,10-11]</sup>。PPC 可发生肝转移<sup>[12]</sup>、支气管转移<sup>[13]</sup>及脑转移<sup>[14]</sup>,出现转移后,其预后差,本例患者出现胸腔转移后 4 个月死亡。

参考文献:

[1] Lauchlan SC. The secondary mullerian system[J]. *Obstet Gynecol Surv*,1972,27(3):133-146.  
 [2] Fox H. Primary neoplasia of the female peritoneum[J]. *Histopathology*,1993,23(2):103-110.  
 [3] Fromm GL, gershenson DM, Silva EG. Papillary serous carcinoma of the peritoneum[J]. *Obstet Gynecol*,1990,75(2):89-95.  
 [4] Gong HL, Wang CB, Zhang GJ, et al. Clinicopathological analysis and differential diagnosis of primary peritoneal adenocarcinoma[J]. *Zhonghua Yixue Za Zhi*,2009,89(7):463-465.  
 [5] 王美清,张廷国,徐彩珍,等. 女性腹膜原发癌的诊断及鉴别诊断[J]. *中华病理学杂志*,1999,28(1):16-19.  
 [6] Iavazzo C, Vorpias G, katsoulis M, et al. Primary peritoneal serous papillary carcinoma: clinical and laboratory

characteristics[J]. *Arch Gynecol Obstet*,2008,278(1):53-56.  
 [7] 宫惠琳,王春宝,张冠军,等. 腹膜原发性腺癌 8 例临床病理特征及鉴别诊断[J]. *诊断病理学杂志*,2009,16(2):84-87.  
 [8] 罗祥美,林仲秋,饶丛仙.《2010 NCCN 卵巢癌包括输卵管癌和原发腹膜癌临床实践指南》解读[J]. *国际妇产科学杂志*,2010,37(2):142-143.  
 [9] 李桂梅,李祥周,张佃乾,等. 腹膜浆液性乳头状癌 1 例[J]. *诊断病理学杂志*,2007,14(3):237.  
 [10] Jaaback KS,Ludeman L,Clayton NL,et al. Primary peritoneal carcinoma in a UK cancer center:comparison with advanced ovarian carcinoma over a 5-year period[J]. *Int J Gynecol Cancer*,2006,1(1):123-128.  
 [11] 王朝李,李桂生. 卵巢外腹膜浆液性乳头状癌临床特征、治疗及预后(附 11 例分析)[J]. *中国癌症杂志*,2008,18(7):545-547.  
 [12] 吕訥男,陈春玲,陈乐真. 原发腹膜癌肝转移 1 例报道及文献复习[J]. *中国妇产科临床杂志*,2008,9(4):288-289.  
 [13] Nakao M,Oquri T, Maeno K, et al. Endobronchial metastasis from primary papillary serous carcinoma of the peritoneum[J]. *Intern Med*,2009,48(13):1165-1168.  
 [14] Ratner ES, Toy E, O' Malley DM, et al. Brain metastases in epithelial ovarian and primary peritoneal carcinoma[J]. *Int J Gynecol Cancer*,2009,19(4):856-859.

(收稿日期:2011-03-01 修回日期:2011-05-22)

· 短篇及病例报道 ·

## 结核性肝前性门脉高压症 1 例报道及文献复习

何小荣<sup>1</sup>,岳伟东<sup>2△</sup>

(1. 重庆市巴南区医院放射科 401320;2. 重庆市急救医疗中心放射科 400014)

doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2012.04.046

文献标识码:C

文章编号:1671-8348(2012)04-0413-02

### 1 临床资料

患者,男,23岁,因中上腹痛2个月,黑便3d入院。患者2006年因腰椎结核行病灶清除、脓肿引流、脊柱内固定手术及抗结核治疗,术后常感腹部及腰背部疼痛,否认肝炎、伤寒等传染病史。入院查体:体温37℃,中度贫血貌,无肝病面容、黄疸、蜘蛛痣及肝掌。下背部见手术瘢痕,脾脏增大(肋下4cm),肝脏肋下未扪及,其余无特殊发现。血常规:RBC 2.34×10<sup>12</sup>/L, Hb 61 g/L, WBC 4.2×10<sup>9</sup>/L; PLT 43×10<sup>9</sup>/L;大便隐血阳性;肝功能:总蛋白45.8 g/L,清蛋白31.0 g/L,酶学各项指标、乙肝标记物、凝血4项均正常。胃镜检查:食道中下段见4条曲张静脉,直径约5~7 mm,行曲张静脉套扎术。胃内有血凝块,胃底见蜿蜒曲张静脉呈蚯蚓状,胃窦部黏膜糜烂,十二指肠未见异常。腹部CT平扫及CT血管造影:门静脉主干中段(入肝前)管腔狭窄,最窄径约3 mm,管壁毛糙,管腔内见点状低密度充盈缺损,肝门区及门静脉主干周围见多个斑点

状钙化影。脾静脉、肠系膜上静脉、胃冠状静脉、胃底及食道下段静脉明显迂曲、扩张,胃冠状静脉最宽径约19 mm,门静脉主干直径约16 mm,肝动脉与门静脉之间未见异常交通,肝静脉和下腔静脉形态未见异常。术前诊断:(1)门静脉高压症上消化道出血套扎术后;(2)脾功能亢进;(3)门静脉主干狭窄伴血栓形成。手术所见:肝脏不大,质地、颜色正常。脾脏明显增大。门静脉主干被粘连带及增大融合成团的淋巴结压迫,门静脉主干炎性狭窄,狭窄段长约3 cm,狭窄远段门静脉主干、脾静脉、肠系膜上静脉、胃冠状静脉均明显扩张。行门静脉主干粘连带松解术、肿大淋巴结病灶清除及贲门周围血管离断术。切开团块,其内为干酪样物质。病理检查:结核性肉芽肿。术后患者一般状况好。随访6个月,未再发生上消化道出血。

### 2 讨论

门静脉高压症按其原因为肝前性、肝性和肝后性。临床上绝大多数肝性门静脉高压症系肝硬化所致,非肝硬化性门

△ 通讯作者, Tel:13983191368。