

左卵巢交界性透明细胞腺纤维瘤 1 例误诊分析

吴 燕, 屈云飞[△], 毛世华

(重庆三峡中心医院妇产科, 重庆万州 404000)

doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2013.23.050

文献标识码:C

文章编号:1671-8348(2013)23-2818-02

卵巢交界性透明细胞腺纤维瘤是一种非常罕见的透明细胞肿瘤。世界卫生组织(WHO)将该肿瘤归为上皮性肿瘤,根据肿瘤细胞增殖程度可将其分为良性、交界性和恶性,而良性和交界性透明细胞腺纤维瘤极其罕见^[1-3]。由于该肿瘤临床表现、生化指标、影像学表现无特异性,因此,术前诊断极为困难,且国内外相关文献报道也相当少,大多数医师对该疾病的认识不够透彻,易导致误诊。本院曾收治 1 例卵巢交界性透明细胞腺纤维瘤,探讨该肿瘤在诊治过程中的一些经验教训及文献复习。

1 临床资料

患者,女,59 岁,因“绝经 6 年,不规则阴道流血 2 月余,加重 9 d”于 2010 年 5 月 2 日就诊。既往史及家族史无特殊。妇检,子宫:前位,不规则增大约 3 月孕,有压痛,活动;双附件:左附件区扪及 9 cm×9 cm 实性包块,质硬,似与子宫相连,不活动,无压痛,右附件区未扪及包块,无压痛。门诊彩超示:子宫增大约 141 mm×72 mm×65 mm,宫壁见数个低回声,最大约 56 mm×49 mm,边界欠清,可探及点条状血流信号。宫后方见 96 mm×92 mm 低回声,与子宫分界不清,内部衰减较重,内部结构显示不清。宫内膜厚约 7 mm。遂行诊刮术,术后病理检查示:老年性子宫内膜。入院诊断:(1)多发性子宫肌瘤;(2)阴道流血待诊;子宫内膜炎? 子宫内息肉? 子宫内肌瘤? 入院后完善 CA-125:185.9 U/mL,余肿瘤标志物、血常规、生化未见明显异常。遂于 2010 年 5 月 7 日在全麻下行剖腹探查术,术中见:无腹水,子宫不规则增大约 3 个半月孕大小,浆膜面见多个肌性包块,左侧阔韧带后叶见约 9 cm×9 cm×8 cm 肌性包块,表面呈灰白色,与乙状结肠少许粘连,左卵巢缺如,右附件及左输卵管外观未见明显异常。余盆腹腔各脏器外观未见异常,盆腹腔未探及肿大淋巴结。由于患者绝经期女性,术前考虑诊断为“多发性子宫肌瘤”,且术前诊刮为良性病变,经与患者及家属沟通后其同意行全子宫加双附件切除术。术中发现左侧“阔韧带肌瘤”较大,若直接行全子宫加双附件切除术,则处理左侧子宫动脉困难,且易导致左侧输卵管损伤,遂先行左侧“阔韧带肌瘤”挖除术,由于左侧阔韧带肌性包块外观不像典型的阔韧带肌瘤(图 1),术中送冰冻检查示:(左阔韧带)见大量梭形细胞,其间散在大量腺管上皮,倾向于良性。术中剖视标本:子宫前、后壁见 5 个肌性包块,最大直径约 5 cm,切面见漩涡结构,有假包膜,左侧阔韧带肌性包块切面见螺旋结

构,宫腔见一大小约 3 cm×2 cm×1 cm 息肉样组织,术后病理检查:(1)(左卵巢)交界性透明细胞腺纤维瘤(图 2);(2)(子宫)多发性肌瘤;(3)(宫腔)子宫内息肉;(4)右卵巢及双侧输卵管。免疫组化(图 3):Vinmentin(+);PCK(+);CK7(+);CK8(+);CA125(+);Ki-67 约 3%。术后患者每 3 个月随访 1 次,术后 1 个月 CA-125 降至正常。目前患者已随访 26 个月,患者 CA-125 一直处于正常范围内,未发现复发及转移。



图 1 左卵巢交界性透明细胞腺纤维瘤

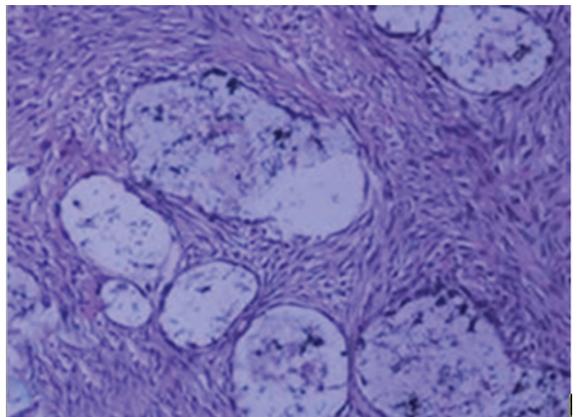
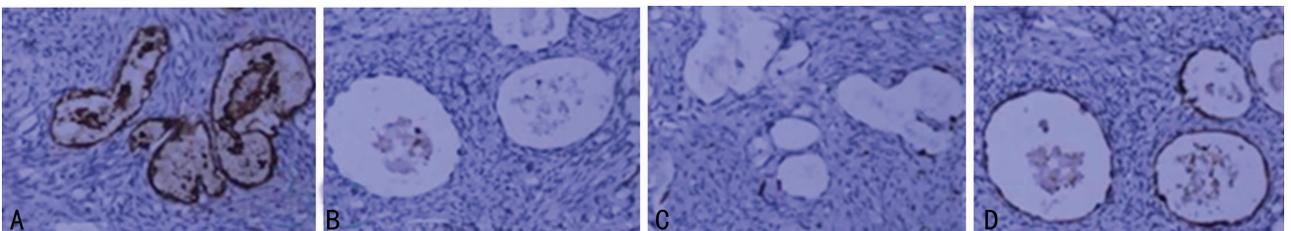


图 2 左卵巢交界性透明细胞腺纤维瘤 HE 染色影像学表现(SP,×100)



A:CA-125 表达阳性;B:inhibin 表达阴性;C:Ki-67 约 3%;D:PCK 表达阳性。

图 3 左卵巢交界性透明细胞腺纤维瘤免疫组化染色影像学表现(SP,×100)

2 讨 论

卵巢交界性透明细胞腺纤维瘤是极为罕见透明细胞肿瘤^[3-4],迄今国内外报道病例仅 30 余例。依据 2003 年 WHO 将该肿瘤归为上皮性肿瘤,根据肿瘤细胞增殖程度可将其分为良性、交界性和恶性,而良性和交界性透明细胞腺纤维瘤极其罕见^[1-3]。该病发病年龄 30~86 岁之间,多为绝经后妇女。常见的临床表现为盆腔包块、不规则阴道出血、下腹疼痛等症状^[3-4]。由于临床症状、肿瘤生化指标、影像学表现都无特异性,术前诊断极为困难,其诊断主要依赖于病理检查,肿瘤直径为 5~30 cm 不等,呈分叶状,粉红色,剖面类似良性肿瘤,肿瘤较硬区域常常为瘤细胞簇增生密集灶。覆 1~3 层鞋钉或多角形细胞,偶伴有嗜酸性胞浆及轻度核不典型,可见分裂像^[(1~3)/10 HPF],偶有上皮增生,呈透明细胞囊性桑葚体,肿瘤缺乏浸润性,间质细胞也不活跃(图 2)。交界性透明细胞腺纤维瘤一般手术治疗预后良好,有微灶浸润者偶见复发和转移^[4],所以,透明细胞肿瘤有浸润,即使是微灶浸润也应诊断为癌^[3-5],但因病例数少,其治疗与预后不能确定。交界性肿瘤的症状和体征在早期和良性囊腺瘤近似,晚期有腹水时,则与囊腺瘤相似,不易在术前作出交界性瘤的诊断,但如有腹水而一般情况很好时,多考虑交界性瘤的可能。在手术中切除卵巢肿瘤后,切下的肿瘤应送冰冻病理检查,如果发现是交界性瘤或恶性瘤的诊断,即应行外科分期手术。但有些学者对交界性瘤行分期手术的必要性持怀疑态度。冰冻切片诊断的准确性不如蜡块切片。即使报告交界性瘤,也不能完全除外瘤的诊断。因此,多数学者认为在初次手术时应该仔细探查盆腹腔及腹膜后淋巴结,有肿大淋巴结者应行盆腔淋巴结加腹主动脉旁淋巴结活检术或者清扫术。而对于卵巢交界性肿瘤术后的辅助放、化疗仍有争议^[4-5],但美国国家健康研究院(NIH)认为卵巢交界性透明细胞肿瘤预后差,术后可考虑化疗。

本例误诊原因:(1)诊断思路狭窄,警惕性不高,术前考虑多发性肌瘤,术中探查发现左侧阔韧带后叶见约 9 cm×9 cm×8 cm 肌性包块,遂定向思维将其考虑为“阔韧带肌瘤”。而未深入分析患者既往无盆腹腔手术史、绝经后肌瘤仍在生长

• 短篇及病例报道 •

(与子宫肌瘤为雌激素依赖疾病不相符)、先天性单侧卵巢缺如极为罕见等表现存在矛盾,故将左侧卵巢肿瘤误诊为左侧“阔韧带肌瘤”。(2)对“绝经后阴道流血”为首发症状的认识不足,考虑不全面,除外阴道、宫颈、宫腔病变出血,还应该考虑功能性卵巢肿瘤可能。(3)忽略了一些具有重要价值的病史、阳性体征及实验室检查,未将 CA-125 升高、妇科检查发现左附件包块、彩超提示子宫后方发现低回声块相结合进行综合分析、评价。

以“绝经后阴道流血”为首发症状的正确临床诊断,必须依靠详细地询问病史,系统的体格检查和必要的实验室及其他辅助检查,较难以明确诊断时,可行特殊检查帮助明确诊断(如盆腔 MRI 或者盆腔 CT),临床医师对妇科知识的全面掌握及综合分析能力提高,可避免或减少对该病的误诊。

参考文献:

- [1] Vasilakaki T, Skafida E, Arkoumani E, et al. Borderline clear cell adenofibroma of the ovary associated with ovarian endometriosis: a case report[J]. Eur J Gynaecol Oncol, 2012, 33(2): 230-232.
- [2] Liu JL, Chu PY, Yeh KT, et al. Borderline clear cell adenofibroma with extensive hemorrhagic necrosis[J]. Hematol Oncol Stem Cell Ther, 2010, 3(3): 158-160.
- [3] 邹闻达, 张秋. 卵巢交界性透明细胞腺纤维瘤 1 例及文献复习[J]. 中国妇产科临床杂志, 2011, 12(1): 66-67.
- [4] 孙健, 梁智勇, 崔才全. 卵巢交界性透明细胞腺纤维瘤局灶合并透明细胞癌 1 例[J]. 中华病理学杂志, 2008, 37(7): 499-500.
- [5] Yamamoto S, Tsuda H, Miyai K, et al. Accumulative copy number increase of MET drives tumor development and histological progression in a subset of ovarian clear-cell adenocarcinomas[J]. Mod Pathol, 2012, 25(1): 122-130.

(收稿日期: 2013-01-01 修回日期: 2013-04-23)

根治术结合¹²⁵I 粒子植入治疗非小细胞肺癌 53 例分析*

莫绍雄, 杨小平, 吴 军, 韦懿桐

(广西中医药大学第一附属医院心胸外科, 南宁 530023)

doi: 10.3969/j.issn.1671-8348.2013.23.051

文献标识码: C

文章编号: 1671-8348(2013)23-2819-03

肺癌是全球病死率最高的肿瘤之一,大部分患者为非小细胞肺癌(NSCLC),严重威胁人类的健康。近年来,肺癌发病率呈上升趋势,在城市位于恶性肿瘤第 1 位。尽管在过去 30 多年里,手术、放疗、化疗取得了较大的进步,但是肺癌总的疗效仍然不理想。近几年来,以多学科综合治疗为导向的理念,为提高肺癌疗效提供了新的思路。2007 年 2 月至 2011 年 2 月本院对收治的 53 例 NSCLC 患者在行肺癌根治术的同时术中植入¹²⁵I 粒子,与同期 35 例肺癌根治术患者比较,观察其对不

同临床分期及病理类型的临床疗效,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取本院 2007 年 2 月至 2011 年 2 月收住院的 NSCLC 患者,术前通过支气管镜或 CT 定位肺部肿物穿刺活检或术中切取肿物快速冰冻切片取得病理学诊断,临床 TNM 分期为 I B~III A 期(按 1997 年修订的肺癌国际分期标准)106 例 NSCLC 患者,重要器官无严重功能障碍。随机分为观察组 53 例(肺癌根治术+¹²⁵I 粒子植入+辅助化疗),其中,

* 基金项目:广西教育厅立项项目(2009111X223)。 作者简介:莫绍雄(1961~),副教授,硕士研究生导师,主要从事肺癌临床研究(工作)。