

论著·临床研究      doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2015.11.021

# 复发性子宫苗勒源腺纤维瘤临床病理分析

潘在轩

(海南省琼海市人民医院病理科,海南琼海 571400)

**[摘要]** 目的 探讨复发性子宫苗勒源腺纤维瘤临床病理特征。方法 选取 2003 年 2 月至 2014 年 2 月该院收治的复发性子宫苗勒源腺纤维瘤患者 8 例,分析其临床数据,总结子宫苗勒源腺纤维瘤的病理特点。结果 8 例复发性子宫苗勒源腺纤维瘤患者可在宫颈外或者宫腔内见分叶状赘生物,由良性上皮和间叶组织形成。免疫组化显示,8 例患者均表达雌激素受体(ER),部分患者表达孕激素受体(PR)、平滑肌肌动蛋白(SMA)、CD10 和 p53,而 Ki-67(+)均值平均为 8%。结论 复发性子宫苗勒源腺纤维瘤临床病理无特异性变化,与腺肉瘤鉴别诊断困难,仅 CD10 和 Ki-67 可能有助于诊断。

**[关键词]** 复发性;子宫肿瘤;腺纤维瘤;苗勒管;病理学;诊断

**[中图分类号]** R363.1      **[文献标识码]** A      **[文章编号]** 1671-8348(2015)11-1505-02

## Clinicopathological analysis of recurrent uterine Mullerian adenofibroma

Pan Zaixuan

(Department of Pathology, Qionghai Municipal People's Hospital, Qionghai, Hainan 571400, China)

**[Abstract]** **Objective** To analyze and summarize the clinicopathological features of recurrent uterine Mullerian adenofibroma. **Methods** 8 cases of recurrent uterine Mullerian adenofibroma in our hospital from February 2003 to February 2014 were selected and analyzed on the clinical data for summarizing its clinicopathological features. **Results** In 8 cases of recurrent uterine Mullerian adenofibroma, the lobulated neoplasm could be found on outside of the cervix or inside of the uterus, which was formed by the benign epithelial and mesenchymal tissue. Immunohistochemistry showed that the estrogen receptor(ER) was expressed in 8 cases, some cases expressed progesterone receptor(PR), smooth muscle actin(SMA), CD10 and p53, and the mean average value of Ki-67 (+) was 8%. **Conclusion** Recurrent uterine Mullerian adenofibroma has no specific clinicopathological changes, its differential diagnosis with sarcoma is difficult. Only CD10 and Ki-67 may be conducive to diagnosis.

**[Key words]** recurrent; uterine neoplasms; adenofibroma; mullerian ducts; pathology; diagnosis

子宫苗勒源腺纤维瘤(Mullerian adenofibroma),即子宫腺纤维瘤,混合有上皮和间叶组织的肿瘤<sup>[1]</sup>。WHO 将其定义为良性上皮和良性间叶组织形成的双向性子宫肿瘤<sup>[2]</sup>。良性子宫腺纤维瘤复发率较高,形态变化多,复发后容易出现浸润肌层和血管<sup>[3-4]</sup>,常常容易与其他肿瘤出现误诊。作者对本院 2003 年 2 月至 2014 年 2 月收治的 8 例复发性子宫苗勒源腺纤维瘤患者的临床资料进行分析,现报道如下。

### 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 选择 2003 年 2 月至 2014 年 2 月本院妇科收治的复发性子宫苗勒源腺纤维瘤患者 8 例,年龄 25~77 岁。首先发生部位在宫腔或宫颈,复发部位可在原部位或者阴道及膀胱,所有患者复发至少 1 次。诊断依据均是参照的 WHO 在 2003 年提出的关于女性生殖道肿瘤组织学分型。

**1.2 方法** 回顾性分析患者的临床病理资料,记录患者肿瘤原发及复发部位,以及大小等特征。观察并记录切除的肿物的大体(大小、形态、颜色和质地等),切除的肿瘤组织固定、包埋、切片、HE 染色。镜下观察病理特征。同时进行免疫组化,所用抗体包括雌激素受体(ER)、孕激素受体(PR)、平滑肌肌动蛋白(SMA)、p53、CD10 和 Ki-67。阴性对照采用 PBS 代替抗体,阳性对照采用已知的确定的组织<sup>[5]</sup>。

**1.3 结果判定标准** 免疫组化中表达在细胞质的是 CD10 和 SMA,表达在细胞核的是 ER、PR、p53 和 Ki-67,阳性反应为在

相应区域出现棕黄色颗粒。采用染色的强度和阳性细胞的百分比的综合评分评定上皮成分和间质成分的评分<sup>[6]</sup>。染色强度:无着色为 0 分;淡黄色为 1 分;棕黄色为 2 分;棕褐色为 3 分。阳性细胞百分比:无阳性细胞为 0 分;≤10%阳性细胞为 1 分;10%~50%阳性细胞为 2 分;50%~75%阳性细胞为 3 分;75%阳性细胞为 4 分。染色强度评分和阳性细胞百分比评分的乘积在 3 以上则为阳性,反之阴性。Ki-67 的阳性率以阳性细胞比例进行计算。

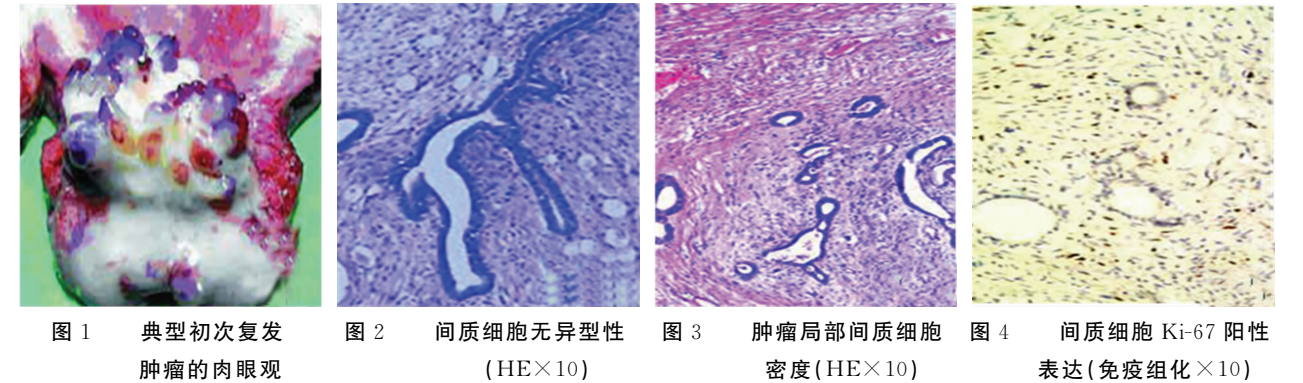
### 2 结果

**2.1 大体观察** 8 例复发性子宫腺纤维瘤患者的基本临床资料,见表 1。患者原发肿瘤的大体形态与复发肿瘤的类似,呈现为多发或者单发的息肉赘生物,多为乳头状、分叶状或者球形,多发于宫颈或者宫腔。肿瘤切面呈现多发细小囊腔或者为海绵状,颜色呈灰白色,质地较韧。部分患者可见水肿发生,移行过渡到基底的正常组织,或者分界模糊,严重者表面可出现糜烂甚至出血(图 1)。原发的肿瘤直径为 2.20~9.50 cm,平均 5.39 cm。复发的肿瘤 2.50~10.50 cm,平均 4.69 cm。

**2.2 HE 染色镜检** 镜下观察可见腺纤维瘤的主要组成为良性间叶和良性上皮,可见生长是呈柱状或者乳头状。其中上皮的成分多是苗勒管型上皮,子宫内膜样腺上皮占主导。个别患者可见黏液性上皮、浆液性上皮或柱状上皮等。乳头状结构的表面由腺上皮覆盖,腺上皮也可形成结构简单的、不规则的、裂

表 1 8 例复发性子宫腺纤维瘤的临床病理资料

例序	年龄 (岁)	原发			复发时 间(月)	复发			病理诊断	随访
		部位	大小(cm)	术式		部位	大小(cm)	术式		
1	74	宫腔	7.00	赘生物摘除	24	宫颈	3.50	赘生物摘除	腺纤维瘤	无瘤生存 4 年
2	77	宫腔	9.50	赘生物摘除	48	宫颈	10.50	宫颈切除	腺纤维瘤肉瘤变	无瘤生存 4 年
3	68	宫颈	6.50	赘生物摘除	4	宫腔	5.50	赘生物摘除	腺纤维瘤	无瘤生存 8 年
4	69	宫颈	5.40	赘生物摘除	42	宫腔	2.50	子宫+双侧附件全切	腺纤维瘤	无瘤生存 5 年
5	25	宫腔	4.00	赘生物摘除	60	宫腔	4.00	子宫全切	腺肉瘤	无瘤生存 2 年
6	54	宫颈	5.00	赘生物摘除	3	宫颈	3.00	赘生物摘除	腺纤维瘤肉瘤变	无瘤生存 10 年
7	53	宫颈	3.50	赘生物摘除	6	阴道膀胱	3.50	肿块+两侧附件切除	腺纤维瘤	无瘤生存 6 年
8	68	宫颈	2.20	赘生物摘除	54	宫颈	5.00	子宫全切	腺肉瘤	无瘤生存 3 年



隙样腺体。间质成分不仅可呈疏松水肿,也可呈致密,主要成分则是非特异性成纤维细胞和纤维细胞,偶尔也可有子宫内膜样间质和平滑肌在镜下可见。间质细胞多没有明显的异型,个别局部可见轻度异型,核分裂相约为 1~2/10 HPF,无异源性间质(图 2)。4 例的患者复发的肿瘤形态与原发类似,而剩余 4 例的患者的复发肿瘤可见间质密度高于原发(图 3),可分裂活性高于原发,与腺肉瘤的病理诊断类似。

**2.3 免疫组化观察结果** 8 例患者 ER 均为阳性(100.00%),PR 阳性患者 5 例(62.50%),SMA 阳性患者 2 例(25.00%),CD10 和 p53 阳性的患者分别为 1 例(12.50%),Ki-67 阳性指数为 2.00%~10.00%,平均为 8.00%,呈散在表达,见图 4。

3 讨 论

根据本次研究分析总结,子宫腺纤维瘤,为外生性,蒂宽,呈现乳头状或者分叶状<sup>[7]</sup>。质韧,切面可见多细小囊腔,少数可见疏松水中,海绵状,与正常组织有一定分界。病理镜下显示,纤维瘤上皮组织多变<sup>[8]</sup>,可有各类型苗勒管上皮以及非特异性腺上皮;同时间质成分亦多变,主要以非特异性成纤维细胞及纤维细胞为主,也有子宫内膜样间质和平滑肌成分。然则纤维瘤组成部分上皮和间质组织均缺乏异型性,诊断存在一定的困难,主要关注于两者混杂特性。

对于腺纤维瘤的诊断中,鉴别诊断较为重要。而腺纤维瘤相对于腺肉瘤而言较少见,容易误诊为腺肉瘤。(1)腺肉瘤:腺肉瘤在临床形态以及组织学构成上极其相似<sup>[9]</sup>。二者的区别主要在于间质的不典型性,间质细胞的密度,核分裂活性<sup>[10]</sup>,腺体周围间质细胞袖套状聚集等方面。但在临床现实工作中二者鉴别困难<sup>[11]</sup>。在以往的研究中,有学者建议将大于或等于 4/10 HPF 是诊断腺肉瘤的标准;也有学者则认为,虽然核

分裂活性缺乏,但是有间质细胞丰富现象或者肿瘤表现为恶性临床过程,诊断腺肉瘤的标准定为大于或等于 2/10 HPF;此外还有学者认为,对比于核分裂计数,腺体周围间质细胞袖套状聚集更为重要。众说纷纭的评判标准表明腺肉瘤与腺纤维瘤鉴别诊断里的困难之处。近年的科学发展,免疫组化逐渐进入医学界中。有研究表示,多种肿瘤标记物,Ki-67,p53,CD10 等<sup>[12]</sup>,在二者之间表达差异无统计学意义。但是 Ki-67 在腺肉瘤中,腺体周围的间质带中表达高,而在腺体之间的间质表达较低<sup>[13]</sup>。而腺纤维瘤中,均匀表达。可根据这一差别进行诊断,尤其是在组织形态改变不典型时。根据本研究经验总结,在腺纤维瘤诊断存在困难时,由于腺肉瘤较腺纤维瘤常见<sup>[14]</sup>,倾向于诊断为腺肉瘤,以保证患者接受积极治疗。此外,病理学检查不适于诊断腺纤维瘤,只有所有的肿瘤组织都得到检测才能排除腺肉瘤的可能性<sup>[15]</sup>。(2)子宫息肉:一般息肉表现光滑,且色泽红润,呈火焰形状,形状多为叶状或者是树枝状,质地柔软,大小不一,一般都是细蒂,若为宫颈息肉则常常附着于宫颈黏膜处,患者就诊症状一般为接触性出血。而腺纤维瘤,则是呈现多乳头状生长,附着于子宫腔内,一般都从内膜处弥漫性生长至脱出子宫颈口。(3)子宫平滑肌瘤:两种疾病,均会导致患者子宫增大,且伴有阴道不规则流血,二者的鉴别诊断可以对其进行诊断性刮宫。(4)葡萄胎:葡萄胎患者鉴别,可伴有停经史,采用检测 HCG 孕检指标。

腺纤维瘤虽为良性病变,但是复发后,可会侵犯子宫肌层和血管。对于这些良性病例出现复发的原因,本研究分析认为可能出现以下情况:(1)肿瘤切除不彻底,因纤维瘤蒂宽,与正常组织难分界限,且一般赘生物摘除时容易留有残留物,而导致复发;(2)腺纤维瘤自身为易复发性肿瘤,(下转第 1509 页)

地控制出血且能保证其有效性及可靠性<sup>[10]</sup>,较修补术效果更为彻底,术后并发症发生率也较低。本组局部肺切除 5 例无并发症发生,术后也无明显肺功能障碍,而 3 例行修补者 1 例发生左下肺叶反复不张,1 例出现术后大咯血而再手术治愈。穿透伤致主支气管破裂多合并肺门血管伤,大多死于现场,而钝性损伤发生不合并肺门血管伤的主支气管损伤相对常见,当高度怀疑主支气管损伤时,应行健侧插管<sup>[15]</sup>,如无条件或健侧插管失败(左侧居多)应紧急剖胸,钳夹主支气管断端以保证健侧通气并与麻醉师配合引导健侧插管,一旦健侧插管成功患者多可获救。

参考文献

[1] Hunt PA,Greaves I,Owens WA. Emergency thoracotomy in thoracic trauma review[J]. Injury,2006,37(1):1-19.

[2] Sersar SI, Alanwar MA. Emergency thoracotomies: Two center study[J]. J Emerg Trauma Shock,2013,6(1):11-15.

[3] 王希龙,张连阳,姚元章,等. 紧急剖胸术救治胸部创伤 34 例[J]. 重庆医学,2007,36(22):2274-2275.

[4] 中华医学会创伤学分会交通伤与创伤数据库学组,创伤急救与多发伤学组. 严重胸部创伤救治规范[J]. 中华创伤杂志,2013,29(5):385-390.

[5] 陈振岗,林凌,赵鸿杰,等. 损伤控制在胸部损伤救治中的应用[J]. 实用医学杂志,2014,30(13):2178-2180.

[6] Sheppard FR,Cothren CC,Moore EE,et al. Emergency department resuscitative thoracotomy for nontorso injuries[J]. Surgery,2006,139(4):574-576.

[7] O'Connor JV,Scalea TM. Penetrating thoracic great ves-

sel injury: impact of admission hemodynamics and preoperative imaging[J]. J Trauma,2010,68(4):934-947.

[8] Mirhosseini SM,Asadollahi S,Fakhri M. Surgical management of traumatic rupture of aortic isthmus:a 25-year experience[J]. Gen Thorac Cardiovasc Surg,2013,61(4):212-217.

[9] 杨帆,杨建,于风旭,等. 腹膜支架主动脉腔内修复术治疗创伤性主动脉破裂[J]. 中华创伤杂志,2013,29(3):211-215.

[10] 周琳,陈家宽,汪健,等. 医学新技术在胸部创伤治疗领域中的应用[J]. 创伤外科杂志,2014,16(2):189-191.

[11] Di Eusanio M,Folesani G,Berretta P,et al. Delayed management of blunt traumatic aortic injury: open surgical versus endovascular repair[J]. Ann Thorac Surg,2013,95(5):1591-1597.

[12] 吴骏,孙林,李凤杰,等. 心脏创伤的救治对策[J]. 心血管病杂志,2007,26(3):146-148.

[13] Hakuba T,Minato N,Minematsu T,et al. surgical management and treatment of a traumatic right atrial rupture [J]. Gen Thorac Cardiovasc Surg,2008,56(11):551-554.

[14] 郭能瑞,毕建平. 心脏外伤诊治 14 例分析[J]. 中西医结合心脑血管病杂志,2007,5(12):1267-1268.

[15] Mizrak A,Kocamer B,Deniz H,et al. Cardiovascular changes after placement of a classis endotracheal tube,double lumen tube,and laryngeal mask airway[J]. J Clin Anesth,2011,23(8):616-620.

(收稿日期:2014-10-28 修回日期:2015-01-10)

(上接第 1506 页)

尽管肿瘤完全摘除后,但如若病因依旧存在时,则会刺激苗勒管上皮和间质增生形成肿瘤;(3)部分复发性纤维瘤为交界性肿瘤。因此在治疗时,需要针对不同的肿瘤类型,实施不同的治疗手段,降低其复发率。过度的治疗和不足的治疗都会产生不良反应。

参考文献

[1] 刘文英,张秀琼. 子宫腺纤维瘤误诊 1 例分析[J]. 四川医学,2011,32(2):283.

[2] 李绪清,周家德,颜士杰,等. 子宫腺纤维瘤 1 例及文献复习[J]. 现代妇产科进展,2009,18(1):78-79.

[3] 秦家云,袁春燕,彭丹红,等. 左侧卵巢交界性透明细胞腺纤维瘤伴微小浸润 1 例[J]. 实用妇产科杂志,2011,27(9):718-719.

[4] 李红霞,王鲁平,皋岚湘,等. 卵巢原发性岛状类癌(非典型)伴腺纤维瘤 1 例[J]. 诊断病理学杂志,2012,19(4):297-306.

[5] 高罗玉,孙雪萌,王晓燕,等. 卵巢交界性子宫内膜样腺纤维瘤 1 例[J]. 临床与实验病理学杂志,2012,28(8):945.

[6] 池堂春,周彩云. 卵巢交界性子宫内膜样腺纤维瘤 1 例[J]. 临床与实验病理学杂志,2013,29(5):579-580.

[7] 潘玉萍,蔡爱露,赵丹,等. 卵巢腺纤维瘤及囊性腺纤维瘤的超声特征[J]. 中国医学影像技术,2012,28(9):1699-

1701.

[8] 吴燕,屈云飞,毛世华,等. 左卵巢交界性透明细胞腺纤维瘤 1 例误诊分析[J]. 重庆医学,2013,42(23):2818-2819.

[9] 于静,朱慧庭. 子宫 Mullerian 腺肉瘤 5 例临床病理分析[J]. 复旦学报,2013,40(6):710-713.

[10] 肖雪,陈敦金,刘娟,等. 青年期子宫苗勒管腺肉瘤 2 例临床诊治分析[J]. 广东医学,2013,34(24):3751-3753.

[11] 李新霞,马明福,常彬,等. 子宫苗勒腺肉瘤 6 例临床病理学分析并文献复习[J]. 临床与实验病理学杂志,2012,28(10):1107-1111.

[12] Rekhi B,Deodhar KK,Maheshwari A,et al. Clinicopathological spectrum of 19 adenosarcomas of female genital tract,inclusing uncommon clinical associations and immunohistochemical profile, reviewed at a single institution [J]. IJPM,2012,55(3):326-332.

[13] 韩肖燕,向阳,郭丽娜,等. 子宫苗勒管腺肉瘤临床病理分析[J]. 中华肿瘤杂志,2010,32(1):44-47.

[14] 闫超,白萍. 子宫腺肉瘤的临床病理分析[J]. 癌症进展,2013,11(3):270-276.

[15] 李晓敏,王文军,王健君,等. 复发性青春期子宫腺肉瘤临床病理特征[J]. 实用肿瘤学杂志,2009,23(5):434-436.

(收稿日期:2014-10-18 修回日期:2015-01-18)