

# 关于子宫腺肉瘤的临床病理分析

李翠霞

云南省普洱市景谷傣族彝族自治县人民医院病理科

DOI:10.12238/bmtr.v5i4.6382

**[摘要]** 子宫腺肉瘤(uterine adenosarcoma,UA)又称子宫苗勒管(Müllerian)腺肉瘤,是一种具有良性或非典型的腺上皮和肉瘤样间质的低度恶性潜能的双相性肿瘤,肿瘤最常发生于子宫体,但也发现于子宫颈和子宫外盆腔部位。相比其他妇科肉瘤,腺肉瘤一般预后良好,本文报道一例55岁女性,2021年6月4日出现无明显诱因不规则阴道流血流液,于景谷傣族彝族自治县人民医院妇科就诊,妇科检查发现大小为5x4x3cm的菜花状肿物自宫颈口脱出,肿物表面溃烂,触之出血。2021年6月10日行宫颈肿物切除术,术中见肿物位于子宫下段。病理检查大体为灰白不整形组织1块,大小5x3x2cm,切面灰红、实性、质中。低倍镜下肿瘤内遍布管状腺体和裂隙,衬附上皮的乳头状间质由表面突入囊腔,呈叶状肿瘤样外观。间质细胞呈稀疏区和密集区分布,腺体周围间质细胞丰富,呈“袖套状”围绕腺体。高倍镜下衬附的腺上皮为良性的子宫内膜样上皮,间质细胞核伴轻到中度异型。免疫组织化学染色示腺上皮:CK、ER、PR均为阳性,间质细胞:CD10、ER、PR均为阳性,间质细胞密集区增殖指数(Ki-67)热点区60%阳性,P53呈40%阳性,SMA、desmin、Caldesmon均阴性。病检确诊后,患者于2021年9月19日行全子宫和双侧附件切除,病理检查子宫内膜未见肿瘤组织残留,未见肌层浸润和远处转移,临床病理分期(AJCC第八版)IA期,术后随访21个月患者情况良好,无复发。此肿瘤较罕见,容易误诊为子宫内膜息肉、腺纤维瘤等。本文通过分析该病例诊断思路,以提高病理医生对该肿瘤的认识,避免出现误诊。

**[关键词]** 子宫; 腺肉瘤; 腺纤维瘤

**中图分类号:** R737.33 **文献标识码:** A

## Clinical and Pathological Analysis of Uterine Adenosarcoma

Cuixia Li

Department of Pathology, The Jinggu Dai Yi Autonomous County People's Hospital

**[Abstract]** Uterine adenosarcoma (UA), also known as uterine Müllerian adenosarcoma, is a biphasic tumor with benign or atypical glandular epithelium and sarcomatoid mesenchymal stroma of low malignant potential. The tumor most commonly occurs in the uterine corpus but is also found in the cervix and extra-uterine pelvic areas. Compared with other gynecologic sarcomas, adenosarcomas generally have a favorable prognosis. In this paper, we report a case of a 55-year-old woman, who presented with irregular vaginal bleeding and fluid without any obvious cause on June 4, 2021, and consulted the gynecology department of The Jinggu Dai Yi Autonomous County People's Hospital, where gynecological examination revealed a cauliflower-shaped mass of 5 × 4 × 3 cm in size that had detached from the cervical opening, with the surface of the mass being ulcerated and bleeding on palpation. Cervical mass resection was performed on June 10, 2021, during which the mass was seen to be located in the lower part of the uterus. Pathological examination of the mass showed 1 piece of grayish white unplastic tissue measuring 5 × 3 × 2 cm, grayish-red, solid and medium texture on the cut surface. Under low magnification, the tumor is covered with tubular glands and fissures, and the epithelium-lined papillary mesenchyme protrudes from the surface into the cystic cavity, giving it a lobular tumor-like appearance. The mesenchymal cells were distributed in sparse and dense areas, and there were abundant mesenchymal cells surrounding the glands in a "cuff-like" shape. At high magnification, the glandular epithelium lining is a benign endometrioid epithelium with interstitial nuclei accompanied by mild to moderate atypia. Immunohistochemical staining showed that the glandular epithelium was positive for CK, ER, and PR,

while the interstitial cells were positive for CD10, ER, and PR. The proliferation index (Ki-67) of the dense area of interstitial cells was 60% positive in the hotspot area, 40% positive for P53, negative for SMA, desmin and Caldesmon. After the diagnosis was confirmed by pathological examination, the patient underwent total hysterectomy and bilateral adnexal resection on September 19, 2021, no tumor tissue remained in the endometrium on pathological examination, no myometrial infiltration and distant metastasis were seen, and the clinicopathological staging (AJCC Eighth Edition) was Stage IA, and the patient was well at the postoperative follow-up of 21 months with no recurrence. This tumor is rare and easily misdiagnosed as endometrial polyp and adenofibroma. In this paper, we analyze the diagnostic ideas of this case in order to improve the pathologist's understanding of this tumor and avoid misdiagnosis.

**[Key words]** uterus; adenosarcoma; adenofibroma

(1) 患者女, 55岁。2021年6月4日出现无明显诱因出现不规则阴道流血流液, 于景谷傣族彝族自治县人民医院妇科就诊, 妇科专科检查发现大小约为5x4x3cm的菜花状肿物自宫颈口脱出, 肿物表面溃烂, 触之出血。子宫前位, 无压痛, 双侧附件未触及肿块。2021年6月7日行宫颈肿物活检, 病理检查显微镜下仅见纤维组织增生及扩张的腺体, 无明显间质细胞增生。2021年6月10日行宫颈肿物切除术, 术中见肿物位于子宫下段。

(2) 病理检查: 肿物大体为灰白不整形组织1块, 大小5x3x2cm, 切面灰红、实性、质中。镜下观察: 低倍镜下肿瘤内遍布管状腺体和裂隙, 衬附上皮的乳头状间质由表面突入囊腔, 呈叶状肿瘤样外观(图1)。间质细胞呈稀疏区和密集区分布(图2), 腺体周围间质细胞丰富, 呈“袖套状”围绕腺体(图3)。高倍镜下衬附的腺上皮为良性的子宫内膜样上皮, 间质细胞核伴轻到中度异型(图4)。免疫组织化学染色示腺上皮: CK+, ER+, PR+, 间质细胞: CD10+, ER+, PR+, 间质细胞密集区增殖指数(Ki-67)60%, P53呈40%, SMA-, desmin-, Caldesmon-。

(3) 最终病理诊断为腺肉瘤。

(4) 病理检查确诊后, 患者于2021年9月19日再次行全子宫和双侧附件切除, 病理检查子宫内膜未见肿瘤组织残留, 未见肌层浸润和远处转移, 病理分期为IA期。

(5) 随访: 术后未进行其他治疗, 随访21个月患者情况良好, 无复发。

(6) 讨论: 子宫腺肉瘤是一种具有良性或非典型的腺上皮和肉瘤样间质的低度恶性潜能的双相性肿瘤, 肉瘤性间质细胞呈“袖套状”围绕在子宫内膜腺体周围。子宫腺肉瘤是一种罕见的女性生殖道肿瘤, 约占子宫肉瘤的5%<sup>[1]</sup>。肿瘤最常发生于子宫体, 其次为子宫颈, 但偶尔也发现于子宫外盆腔部位, 例如输卵管、卵巢及卵巢周围组织<sup>[2]</sup>。

(7) 子宫腺肉瘤多见于绝经期女性, 年龄范围为15-90岁, 中年年龄为50-59岁, 子宫外腺肉瘤发生于更年轻的妇女, 比子宫腺肉瘤侵袭性更强<sup>[3]</sup>。

(8) 目前, 子宫腺肉瘤的病因和发病机制并不明确, 有研究发现盆腔放射治疗史, 使用他莫昔芬治疗的妇女, 多数子宫腺肉瘤患者有一次或多次息肉摘除史, 尤其是巨大的子宫内膜息肉等都是导致子宫腺肉瘤发生的危险因素<sup>[4]</sup>。该肿瘤最常见的

临床症状是异常阴道出血, 还会伴有阴道排液、疼痛、明显的盆腔包块及肿瘤从子宫颈突出的症状。95.2%和78. %的子宫颈腺肉瘤和子宫腺肉瘤FIGO病理分期为I期<sup>[5]</sup>。

(9) 子宫腺肉瘤常发生于子宫内膜, 肿物充满宫腔使子宫增大。极少数肿瘤在子宫肌层内呈结节状生长(可能来源于腺肌病)。5%-10%的腺肉瘤起源于子宫颈, 腺肉瘤通常呈息肉样, 最大径直径平均为5-6cm, 偶尔表现为多发性乳头状或息肉样肿块。质地可软可硬切面黄褐色或灰色, 约25%的腺肉瘤中有出血和坏死, 多数肿瘤中存在小囊腔<sup>[6]</sup>。

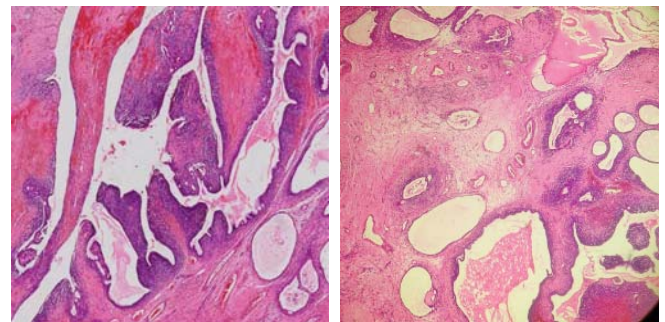


图1 肿瘤内遍布管状腺体和裂隙, 呈叶状肿瘤样外观 图2 间质细胞呈稀疏区和密集区分布

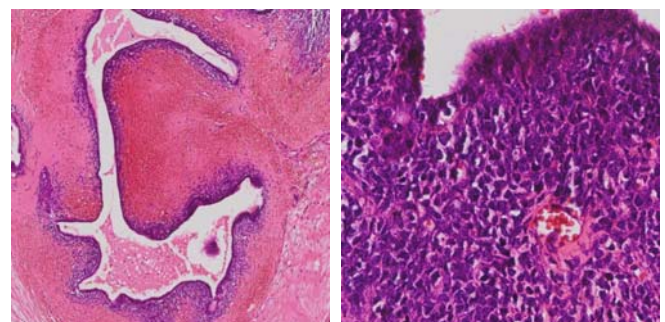


图3 间质细胞呈“袖套状”围绕腺体 图4 间质细胞核轻到中度异型

(10) 镜下表现为肿瘤内遍布管状腺体和裂隙样腔隙, 衬覆上皮的乳头状间质由表面突入囊腔, 导致叶状肿瘤样外观。表面上皮和腺上皮通常类似静止期或增殖期子宫内膜上皮。腺肉瘤中也会出现许多其他类型的上皮, 包括分泌性上皮、黏液性上

皮、鳞状上皮和透明细胞。上皮通常形态温和,但偶尔也会见到增生性,甚至非典型增生性上皮。

(11)腺肉瘤腺体周围丰富的间质细胞是腺肉瘤的特征性表现,几乎每个病例都可见丰富的间质细胞呈“袖套状”围绕在腺体周围,或在腺上皮形成富于细胞的间质条带。间质细胞的核异型性程度不一,在多数肿瘤细胞核伴轻到中度异型性。大多数肿瘤中易见核分裂象,通常为2-4个/10HPF或者更多。在腺体周围富于细胞性的间质中核分裂象数量最多。具有腺肉瘤的形态学特征(富于细胞性间质、围绕腺体的“袖套状”间质、间质细胞异型性,以及部分病例浸润肌层),但核分裂活性不明显的肿瘤也可以复发或转移。因此,即使在核分裂象低于2个/10HPF或无的情况下,如存在腺肉瘤特征性叶状结构和“袖套状”结构,也应诊断为腺肉瘤,避免误诊为子宫内腺肉瘤或腺纤维瘤<sup>[6]</sup>。20%-25%腺肉瘤中可见异源性间叶成分,其中以横纹肌(横纹肌肉瘤)最为常见,偶尔可见软骨脂肪及其他成分。

(12)肉瘤成分占肿瘤的25%以上时,称为肉瘤性过度生长<sup>[7]</sup>,分级往往为高级别,预后不良。肉瘤的过度生长区域内无上皮成分,间叶成分通常为高级别。与腺肉瘤背景相比,肉瘤性过度生长区域内细胞密度和核分裂活性均增加,核异型性更明显。

(13)免疫组织化学染色:腺肉瘤的上皮成分CK+,ER和PR通常+。间叶成分通常类似子宫内间质肉瘤,所以腺肉瘤和子宫内间质肉瘤具有许多相同的免疫表型特征。腺肉瘤中的间叶细胞通常显示CD10胞质+,ER和PR及WT-1核+。在细胞密度最高的腺体周围间质中阳性染色常常最明显。在高级别肉瘤性过度生长区域CD10和ER染色常较弱或消失,这些区域显示Ki-67增殖指数升高,并且p53表达水平增加。偶尔可见CK局灶染色,有时为点状着色。许多腺肉瘤中SMA和(或)desmin呈斑片状弱阳性。平滑肌和横纹肌肉瘤样分化区域desmin呈胞质强阳性,横纹肌肉瘤还显示myogenin核阳性<sup>[3]</sup>。

(14)鉴别诊断:鉴别诊断包括良性疾病(如子宫内腺肉瘤和子宫内腺纤维瘤)及多种恶性肿瘤,包括子宫内间质肉瘤、其他子宫肉瘤及年轻患者子宫颈的腺泡状横纹肌肉瘤。

①子宫内腺肉瘤,通常息肉比腺肉瘤较小(<3cm)。镜下,良性息肉的间质通常为纤维性,核分裂象几乎不存在。息肉常有明显的中央血管。如果息肉巨大,有的区域细胞较丰富并伴子宫内腺肉瘤型间质,这些区域的核分裂活性与腺肉瘤核分裂活性范围的下限相重叠,就会产生诊断问题。但息肉缺乏腺肉瘤的特征性结构,无腺体周围间质细胞丰富的现象,通常没有核异型性,也没有腺肉瘤常见的核分裂活性。②腺纤维瘤,是子宫颈或子宫内腺肉瘤罕见的良性肿瘤,总体结构类似于腺肉瘤,但是间质主要为纤维性,并且细胞密度低于腺肉瘤,上皮成分周围的间质细胞不密集。间质细胞形态温和,难以找到核分裂象。③子宫内间质肉瘤,其边缘偶而可见陷入的子宫内腺肉瘤,非常罕见的情况下肿瘤中也可以有某些腺体分化,这些腺体的分布不同于腺肉瘤,而且腺体周围没有“袖套状”间质,而腺肉瘤中的腺体呈广泛分布。

④子宫肉瘤,与子宫腺肉瘤最大的区别就是上皮成分是恶性的,目前有一种假设认为一部分的子宫肉瘤来自子宫腺肉瘤中上皮的恶性转化,这种假设提出的依据就是研究中观察到有8%-16%的子宫内腺肉瘤具有子宫腺癌的生长模式<sup>[8]</sup>。⑤横纹肌肉瘤,在年轻患者中,子宫颈的葡萄状横纹肌肉瘤也应与腺肉瘤进行鉴别。葡萄状横纹肌肉瘤具有与腺肉瘤类似的息肉样表面轮廓,富于细胞的表面下方区域通常称为“新生层”,类似于腺肉瘤中上皮成分周围高度富于细胞的间质。然而腺体通常不广泛分布于横纹肌肉瘤中。

(15)治疗及预后:腺肉瘤的临床治疗通常采取子宫双侧附件切除术,术后盆腔放疗和化疗的作用尚不清楚,有些年轻患者只做了肿瘤局部切除术。腺肉瘤不利的预后因素包括:深肌层浸润、肉瘤过度生长、血管侵犯、淋巴结转移、异源性分化和临床分期等。腺肉瘤的淋巴结转移情况非常罕见,肉瘤样过度生长的肿瘤患者偶有盆腔淋巴结转移。腺肉瘤是一种具有相对低度恶性潜能的肿瘤,与癌肉瘤相比,腺肉瘤的侵袭性不如癌肉瘤,但25%-40%患者术后会复发,偶尔表现为侵袭性临床过程。复发通常见于骨盆或阴道,有5%的患者可有远处转移<sup>[3]</sup>。

(16)综上所述,子宫腺肉瘤在临床上比较罕见,有时临床表现并无特异性。基层医院的手术标本较少,病理医生所见病例不多,诊断经验不足,遇到罕见病例容易误诊、漏诊。本文讨论的病例间质中存在较温和的区域,间质细胞虽然围绕间质呈“袖套状”分布,但细胞异型性不大,遇到这样的病例很容易误诊为常见的子宫内腺肉瘤。本文通过分析腺肉瘤的诊断思路,以提高病理医生对该肿瘤的认识,避免出现误诊。

#### [参考文献]

- [1]高巍松,赵华,陈海霞.子宫腺肉瘤18例临床病理学分析[J].临床与实验病理学杂志,2022,38(8):992-997.
- [2]官丽华,孙晓淇,张铭.子宫腺肉瘤合并卵巢卵泡膜细胞瘤1例[J].诊断病理学杂志,2014,21(11):720-721.
- [3]Robert J.Kurman,Lora Hedrick Ellenson,Brigitte M. Ronnett.Blaustein 女性生殖道病理学.第6版[J].北京.北京科学技术出版社,2014:486-489.
- [4]华余建,汪来美,贾志红.子宫腺肉瘤1例[J].诊断病理学杂志,2023,30(3):303-304.
- [5]Yuan Z,Cao D,Yu M,et al.Uterine and cervical adenosarcoma:a retrospective study of overall oncologic outcomes and fertility preservation in early-stage disease.Oncologist,2019,24(9):e870-e879.
- [6]中华医学会病理学分会女性生殖系统疾病学组(协作组)子宫肉瘤病理诊断规范[J].中华病理学杂志,2021,50(9):987-993.
- [7]杨元元,刘俊玲,李娟.子宫腺肉瘤伴肉瘤样过度生长的临床病理分析[J].临床与实验病理学杂志,2018,34(1):69-72.
- [8]尹璐,刘平,陈田田.子宫肉瘤误诊1例[J].实用妇产科杂志,2018,34(6):475-476.