

腹壁子宫内膜异位症恶变为透明细胞癌病例分析

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.v6i2.6958

[摘要] 子宫内膜异位症(endometriosis,EMT)是育龄期妇女常见的疾病,异位病灶多见于盆腔脏器和腹膜,盆腔以外子宫内膜异位症较为少见。本文报道剖宫产18年后腹壁疤痕处子宫内膜异位症恶变为透明细胞癌1例,通过详细分析该肿瘤的发生发展、诊断思路以及治疗和预防方式,以加强临床及病理医生对该罕见疾病的认识,提高此类罕见病例的诊治水平。规范手术操作,尽量避免子宫内膜医源性种植。

[关键词] 子宫内膜异位症; 内异症; 子宫内膜异位症恶变; 透明细胞癌

中图分类号: R711.22 **文献标识码:** A

Analysis of cases of malignant transformation from abdominal endometriosis to clear cell carcinoma

Cuixia Li

Pathology Department of Jinggu Dai and Yi Autonomous County People's Hospital, Pu'er City, Yunnan Province

[Abstract] Endometriosis (EMT) is a common disease in women of childbearing age. Ectopic lesions are mostly found in pelvic organs and peritoneum, and endometriosis outside the pelvic cavity is relatively rare. This article reports that one case of endometrial ectopic disease at the abdominal wall scar turned into clear cell carcinoma after 18 years of caesarean section. Through a detailed analysis of the occurrence and development of the tumor, diagnostic ideas, treatment and prevention methods, it can strengthen the understanding of clinical and pathologists of this rare disease and improve the diagnosis and treatment level of such rare cases. Standardize surgical operations and avoid endometrial iatrogenic implantation as much as possible.

[Key words] endometriosis; Endometriosis; Endometriosis malignancy; Clear cell carcinoma

引言

子宫内膜异位症(endometriosis, EMT), 简称内异症, 是指具有生长能力及功能的子宫内膜组织出现在子宫腔以外部位, 显微镜下通常可以见到子宫内膜上皮和间质两种成分, 内异症是育龄期妇女常见的疾病, 发病率约为10%~15%。异位病灶最常见于卵巢、腹膜、子宫骶韧带等部位, 此外, 还会种植在腹壁、肺、膀胱及输尿管等处。内异症发生恶变的概率极低, 恶变部位主要位于卵巢, 极少数病例发生在卵巢以外的部位。发生在腹壁的子宫内膜异位病灶恶变概率则更低, 约为0.9%^[1]。恶变的主要病理类型为子宫内膜样腺癌和透明细胞癌^[2]。本文报道剖宫产18年后腹壁疤痕处子宫内膜异位症恶变为透明细胞癌1例, 通过详细分析该肿瘤的发生发展、诊断思路以及治疗和预防方式, 以加强临床及病理医生对该罕见疾病的认识, 发现有内异症相关症状应及早就医, 及时规范化治疗。

1 病例报道

1.1 临床病例资料

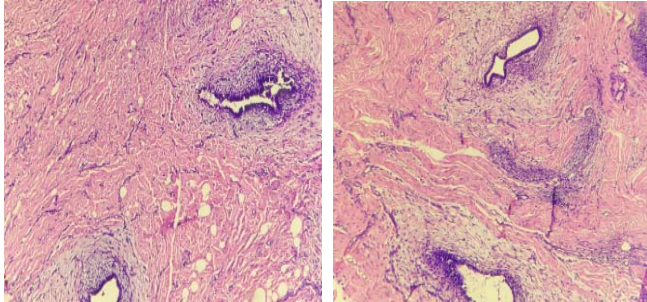
患者, 女, 39岁, 近半年来出现无明显诱因经期腹痛, 因发现腹壁包块1月余, 于2022年7月1日入住景谷傣族彝族自治县人民

医院妇科。病史描述患者曾于2004年剖宫产1次, 月经周期规律, 月经量中等, 颜色正常。入院查体发现下腹部可见约10cm陈旧性手术疤痕, 疤痕右侧约4cm处可触及一个大小为4x3cm的肿块, 触之质硬; 右侧中腹部可触及一个大小为8x6cm的肿块, 触之质硬。超声提示: 右下腹壁囊实性肿块声像(性质待查)。完善相关检查后其余各项检查无特殊, 于2022年7月4日行腹壁肿物切除术。

1.2 病理学检查

病理检查大体所见: 肿块①组织3块, 直径1~4cm, 切面灰白、实性、质中; 腹壁肿块②灰白碎组织1堆, 总积3x2x2cm。显微镜下观察: 肿块①低倍镜下部分增生的纤维组织内见子宫内膜腺体和间质(图1-2), 灶区腺上皮细胞呈鞋钉样增生, 高倍镜下细胞具有异型性(图3)。病理初步诊断为“子宫内膜异位症, 局灶见深染鞋钉样细胞, 待免疫组化明确诊断”。肿块②低倍镜下肿瘤呈囊状、乳头状、管状排列, 局部伴坏死(图4-5), 高倍镜下肿瘤主要由透明细胞和鞋钉样细胞构成, 透明细胞边界清楚, 核偏位, 圆形或轻微成角, 核仁常常角明显, 胞质膨胀。鞋钉样细胞异型性较大(图6), 可见病理性核分裂像。病理初步考虑为“恶性肿瘤, 倾向透明细胞癌, 待免疫组化明确诊断”。

免疫组织化学染色示：肿块①CK7(+)、CK20(-)、Villin(部分+)、ER(-)、PR(-)、Pax-8(+)、Pax-2(个别+)、Ki-67(40%+)、CD15(部分+)、CD10(+)、Vim(-)、WT-1(-)、P53(部分+)、CA125(部分+)；肿块②CK7(+)、CK20(-)、Villin(部分+)、ER(-)、PR(-)、Pax-8(+)、Pax-2(个别+)、Ki-67(50%+)、CD15(部分+)、CD10(-)、TTF-1(-)、Napsin-A(-)、Vim(-)、WT-1(-)、P53(部分+,表达野生型)、CA125(部分+)。



肿物①图1. 2低倍镜下见子宫内膜腺体和间质

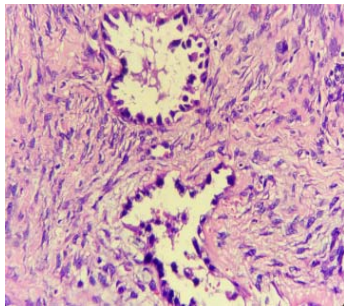
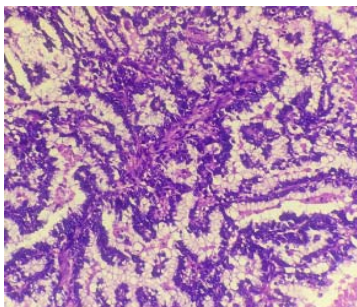


图3 异型鞋钉样细胞贴壁生长



肿物② 图4 透明细胞癌,管囊状结构

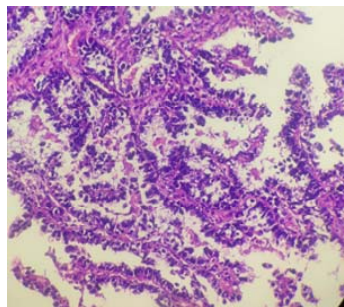


图5透明细胞癌,乳头状结构

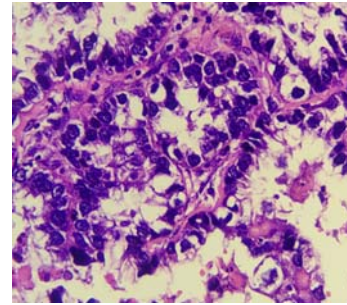


图6异型鞋钉样细胞贴壁生长

结合HE形态及免疫组织化学染色结果最终病理诊断为：肿块①“子宫内膜异位症,部分癌变为透明细胞癌”。肿块②“透明细胞癌,多考虑子宫内膜来源”。

病理确诊为透明细胞癌后,患者于2022年8月到上级医院进一步做病灶周围扩大切除手术,病理检查结果为“病灶周围未见癌组织及良性异位病灶残留”。手术后采用“紫杉醇+卡铂”化疗方案,共化疗6次。患者于术后六月前来我院妇科复查,一般情况良好,无复发,无转移。

2 讨论

子宫内膜异位症(endometriosis, EMT)是育龄期妇女常见的疾病,异位病灶多见于盆腔脏器和腹膜,盆腔外子宫内膜异位症较为少见。腹壁子宫内膜异位症是盆腔外子宫内膜异位症的一种类型,可触及腹壁肿块,并伴有周期性疼痛。腹壁子宫内膜异位症可以自发,也可与之前的外科手术史相关,据报道,约57%的腹壁内异症继发于剖宫产手术后^[3],病灶大多位于剖宫产腹壁切口瘢痕的两端,发病的原因可能是手术操作将子宫内膜组织碎片粘附在伤口的表面,有活性的子宫内膜则会发生种植。截止2020年,腹壁的子宫内膜异位症恶变的报道不到40例,近年来随着剖宫产手术增加,内异症逐渐引起临床医生的关注,其发病率有逐渐上升的趋势^[4]。

2.1发病机制

子宫内膜异位症的发生机制并不完全明确,可能是多因素共同作用的结果,其发生理论主要包括:种植理论;化生理论;诱导理论。

2.1.1种植理论(经血逆流及医源性种植)。子宫内膜组织碎片种植到子宫外的其他部位,这种发病机制是最容易理解且被广泛认可的理论。在月经期,部分子宫内膜组织以逆行的方式通过输卵管到达卵巢,也可以由输卵管伞端流到盆腔腹膜表面,子宫内膜碎片可以不断再生形成异位病灶。大量证据提示,月经血逆行流动确实可以发生,并且的确是常见的现象^[2]。血管、淋巴管播散已被提出是移植理论的进一步扩展,这些理论有助于解释远处或不常见部位(如肺、四肢和脑)所发生的子宫内膜异位症。剖宫产术后引起的腹壁子宫内膜异位症,其主要原因可能是手术操作引起子宫内膜组织碎片粘附于伤口表面,有生长活性的子宫内膜在腹壁种植生长形成异位病灶。有研究发现,子宫内膜异位部位能够生长种植依赖于子宫内膜的遗传性质、种植部

位的条件、生物学活性以及患者的全身和局部情况^[4],所以剖宫产术后引起腹壁子宫内膜异位症并不常见。

2.1.2化生理论。该理论认为,发生于盆腔及其他部位的子宫内膜异位症是通过腹膜或浆膜样结构的化生,盆腔腹膜的这种潜能已用于解释卵巢上皮性肿瘤的起源,已形成“第二Muller系统”的概念,由于某种刺激,盆腔腹膜有能力分化为任何一种可识别类型的Miller上皮。这个理论的主旨在于解释某些部分在月经产物逆行流动不可能存在的条件下发生的子宫内膜异位症^[2]。

2.1.3诱导理论。该理论认为,不是由移植的子宫内膜上皮自身生长,而是由分泌性子宫内膜内的某些物质诱导周围宿主组织产生子宫内膜异位症的上皮和间质形成。

2.2病史及临床表现

最典型的是周期性的盆腔痛,包括痛经、慢性盆腔痛、性交痛、肛门坠痛等。还可能出现月经失调、不孕等症状,严重影响女性的健康和生活质量。多数患者有剖宫产史、盆腔手术史,发生在腹壁切口的子宫内膜异位症,主要表现为切口周围的疼痛性结节,伴有月经周期性疼痛和肿块逐渐增大。

2.3病理学检查

显微镜下形态观察:最可靠的诊断标准是见到由子宫内膜腺体围以子宫内膜间质,如果要避免诊断中的出现错误,则两种成分一定或多或少是典型的。通常子宫内膜异位症的形态特征很容易识别,在低倍放大时,上皮薄、染色深,与其下面染色较淡的间质明显区分,在高倍镜检查时,上皮为一层细胞,具有子宫内膜上皮细胞的表现,细胞通常高柱状伴有雪茄形增长的核,显示规则的垂直方向。胞质嗜酸,可经常见到纤毛。腺体活性通常较差,仅伴有稀少的核分裂。间质一般类似于子宫内膜中见到的正常间质,由小梭形细胞组成,胞质不明显。有时子宫内膜腺上皮和间质成分可能不总是被满意地识别,可以单独由间质,或由间质伴有纤维化或含有含铁血黄素的巨噬细胞组成,在显微镜下组织学形态不典型的情况下,可以借助免疫组化化学染色协助诊断,一般子宫内膜间质细胞CD10染色阳性,子宫内膜上皮细胞CK阳性,WT-1阴性。

2.4子宫内膜异位症恶变

子宫内膜异位症与固有的子宫内膜基本具有相同的恶性潜能,两者恶性变的潜能都不低,卵巢是子宫内膜异位症及其相关恶性肿瘤发生的最常见的部位,大约占这种病例的75%^[2]。但是,子宫内膜异位发生恶性变的情况在其他部位几乎都有报道,如输卵管、直肠阴道隔、阴道、大肠、尿道膀胱网膜、腹股沟、外阴、胸腺及淋巴结。子宫内膜异位症最常见恶变类型为子宫内膜腺癌与透明细胞癌,大约占所有这种报告病例的2/3。诊

断内异症恶变的标准依据如下:①恶性肿瘤与良性子宫内组织应出现在相同器官内。②恶性肿瘤与良性子宫内组织两者都应该具有彼此相同的组织学关系。③需要排除其他部位的恶性肿瘤转移。④肿瘤组织学类型应当是已知的固有子宫内膜肿瘤的类型。⑤由良性至恶性上皮的渐进性移行是有帮助的,或在邻近恶性肿瘤子宫内异位中有明显不典型改变。

2.5预防及治疗

2.5.1治疗方式。手术彻底切除是治疗内异症的关键治疗方式。有报道^[5]认为手术应该选择在月经期或月经结束这段时期,因为此时由于激素作用的原因,肿块相对较大,界限相对较清,病灶更容易切除干净。由于内异症恶变发病率极低,目前还没有统一的治疗标准,最主要的手段是完整切除,药物治疗的疗效还存在一定争议,目前临床多采用甾体类药物、孕三烯酮等作为内异症术后辅助治疗,降低复发率。当发生恶变时手术完整切除病灶后,辅以化疗药物进一步治疗。

2.5.2预防措施。严格把握剖宫产的手术指征,能自然分娩尽量避免剖宫产,以减少子宫内膜医源性种植;进行盆腔手术时,尽量将盆腔冲洗干净,以防止子宫内膜碎片粘附于手术切口引起种植;月经期保持清洁,避免性生活,以降低经血逆流概率;女性应该随时关注自身健康,如发生周期性的盆腔痛,包括痛经、慢性盆腔痛等情况或者自触发现肿块时,应该及时就医,尽早规范化治疗。

3 总结

综上所述,子宫内膜异位症是育龄期妇女常见的疾病,虽然大多数为良性,但也有恶变的概率,所以及时就医、尽早规范化治疗尤为重要。本文通过分析一例剖宫产术后腹壁子宫内膜异位症恶变为透明细胞癌的罕见病例,以加强临床及病理医生对该罕见疾病的认识,提高此类罕见病例的诊治水平,规范手术操作,尽量避免子宫内膜医源性种植。

[参考文献]

- [1]陈颖,乔媛,王细文.腹壁切口子宫内膜异位症恶变为透明细胞癌1例[J].肿瘤防治研究,2023,50(5):544-546.
- [2]Stanley J.Robboy,Malcolm C.Anderson,Peier Russell.女性生殖道病理学[J].第1版.北京.北京大学医学出版社,2005:445-473.
- [3]钱敏,税迎春,胡蝶.129例剖宫产术后腹壁切口子宫内膜异位症临床分析[J].中国计划生育和妇产科,2023,15(5):95-99.
- [4]林筠颖,陶小明.腹壁切口子宫内膜异位症的诊治进展[J].实用妇产科杂志2012,28(6):434-436.
- [5]杨敏.剖宫产腹壁切口瘢痕内膜异位症9例临床分析[J].现代妇产科进展2007,16(5):39