

青少年子宫腺肉瘤一例

谢玲萍, 李雷

四川大学华西第二医院病理科/出生缺陷与相关妇科疾病教育部重点实验室(成都 610041)



【关键词】 腺肉瘤; 子宫肿瘤; 青少年

病例介绍 患儿,女 13 岁。因发现“阴道口赘生物自行脱落”于当地三级乙等医院就诊,体格检查:宫颈管内见宽基蒂息肉样新生物,体积约 6.0 cm×2.5 cm×2.0 cm,分叶状,表面光滑,粉红色。取活检后于 2015 年 3 月 20 日送我院会诊,病理诊断:〈阴道脱出物〉腺肉瘤。5 个月后再次阴道出血,发现阴道肿物增大,遂行长春新碱+更生霉素+异环磷酰胺化学治疗(化疗)2 个疗程及博莱霉素+依托泊甙+氯胺铂化疗 2 个疗程,体格检查见阴道内脱出物直径约 5 cm,表面出血坏死。B 型超声:宫颈形态失常,查见 3.6 cm×3.5 cm×4.5 cm 稍弱回声团,边界欠清,周边探及血流信号。肿瘤标志物:CA125 为 24.8 U/mL,CA199 为 16.6 U/mL,甲胎蛋白为 5.6 ng/mL,癌胚抗原<0.5 ng/mL。随后行经腹次广泛子宫切除术+左侧附件切除术+右侧卵巢楔形切除术+右侧输卵管切除术+盆腔淋巴结清扫术。巨检:宫体下段见息肉样肿块,5.0 cm×3.5 cm×3.0 cm,分叶状,切面灰白灰红相间,质嫩,见直径 0.1~0.5 cm 腔隙,部分区呈褐色;根蒂宽约 2 cm,浸润肌层,累及颈体交界(图 1)。镜检:肿瘤组织由异型的间质及裂隙状腺上皮组成(图 2),腺上皮周围间质细胞密集,形成“袖套样”结构,间质细胞形态不一,梭形或多边形,核轻到中度异型性,核分裂象可见(>4 个/10 个高倍视野),部分区可见细胞质明显嗜酸性的圆形或梭形的横纹肌母细胞。腺上皮类似增生期的子宫内膜腺体。肿瘤部分区域无上皮成分,完全由肉瘤性间质构成。免疫组织化学染色:间质波形蛋白(+),雌激素受体(estrogen receptor, ER)(+),孕激素受体(progesterone receptor, PR)(+),肾母细胞瘤(+),CD10(+),结蛋白(+),肌浆蛋白(+),广谱型细胞角蛋白(cytokeratin-pan, CK-P)(-),钙结合蛋白(-),S-100(-),尤文肉瘤标记(-),肌调节蛋白(-),Ki-67 增殖指数 15%~80%;上皮 ER(+),PR(+),CK-P(+). 术后病理诊断:〈子宫体下段〉腺肉瘤伴肉瘤成分过度生长(肉瘤成分为胚胎性横纹肌肉瘤占 80%,子宫内膜间质肉瘤占 20%)。随访:术后 19 d 再行博莱霉素+依托泊甙+氯胺铂方案化疗 1 个疗程,现随访 5 个月,一般状况良好,无复发倾向。

讨论 子宫腺肉瘤是 1974 年 Clement 和 Scully 首次描述的一种十分罕见的子宫肉瘤^[1],发病率为子宫肉瘤的 8%,主要由良性腺上皮成分和恶性间质成分组成。发病年

龄 15~90 岁,中位年龄 50~59 岁^[2],最常见的症状是阴道出血,其他常见的症状和体征包括阴道排液、疼痛、非特异性泌尿道症状、盆腔包块、宫颈突出的肿块^[2]。典型的组织学特征包括富于细胞性间质、间质围绕腺体的袖套样结构、间质细胞轻到中度异型性、核分裂(>1 个/10 个高倍视野)、浸润肌层。表面上皮和腺上皮皆为良性的上皮,类似于静止期或增生期的子宫内膜上皮,也可见分泌性上皮、黏液性上皮、鳞状上皮、透明细胞。肉瘤性间质一般为低级别同源性



图 1 肿瘤巨检图片

宫体下段见息肉样肿块,分叶状,切面灰白灰红相间,质嫩

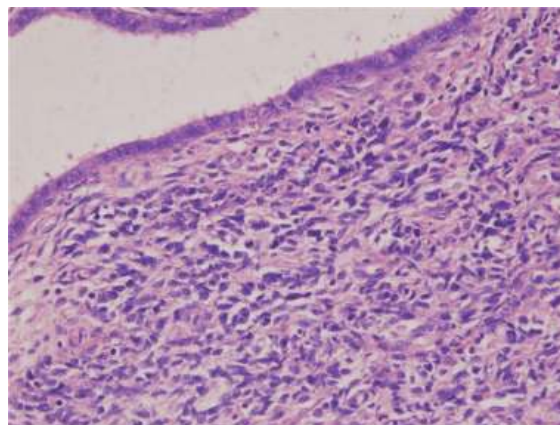


图 2 肿瘤镜检图片

肿瘤组织由异型的间质及裂隙状腺上皮组成(苏木精-伊红染色×200)

DOI: 10.7507/1002-0179.201705094

基金项目:四川省卫生和计划生育委员会科研课题(17PJ238)

通信作者:李雷,Email:lipath@163.com

肉瘤,如子宫内膜间质肉瘤、类似于成纤维细胞/肌成纤维细胞亚型的子宫内膜间质肉瘤;某些为异源性肉瘤,主要为横纹肌肉瘤、软骨肉瘤^[3]。

青少年生殖道肿瘤以良性肿瘤为主,恶性或有恶性倾向者占20%~30%,其中绝大多数发生于卵巢,较少发生于外阴、阴道、宫颈及子宫。其中卵巢肿瘤以生殖细胞肿瘤最多见,包括未成熟畸胎瘤、卵黄囊瘤、无性细胞瘤以及胚胎瘤等,恶性程度及病死率高;阴道或宫颈常见恶性肿瘤为胚胎性横纹肌肉瘤(葡萄状肉瘤);子宫横纹肌肉瘤较少见,国内外文献报道约100例^[4]。

青少年腺肉瘤主要应与葡萄状肉瘤鉴别,后者主要见于婴幼儿,大多数表现为阴道肿物或阴道出血,肉眼观为葡萄状息肉样肿块,镜下特点为上皮下方见肿瘤细胞密集排列形成层,并见不同分化程度的横纹肌母细胞,肿瘤内无腺上皮成分,易与腺肉瘤鉴别;其次应与生殖细胞肿瘤鉴别,如卵黄囊瘤,患者血清甲胎蛋白明显增高,镜下见肿瘤细胞排列成疏松网状结构,可见 Schiller-Duval 小体,免疫组织化学甲胎蛋白、人类婆罗双树样基因-4 阳性可与其鉴别。

腺肉瘤与其他肉瘤相比,预后较好,复发和转移概率低。临床分期(是否浸润肌层及其深度)和原发肿瘤中出现肉瘤成分过度生长是影响预后的重要因素^[3]。目前尚无统

一的治疗模式,一般选择全子宫+双附件切除。不能手术治疗及肿瘤浸润深肌层者可以加放射治疗或化疗。

子宫腺肉瘤多发生在绝经后妇女,近年来发病逐渐呈现年轻化和早期化的趋势,本例患者年龄仅13岁,因此对青少年有阴道流血症状和(或)阴道息肉样肿物突出者,应警惕腺肉瘤的可能,早期病理诊断并手术治疗,对患者的预后起至关重要的作用。

参考文献

- 1 Clement PB, Scully RE. Müllerian adenosarcoma of the uterus. A clinicopathologic analysis of ten cases of a distinctive type of müllerian mixed tumor. *Cancer*, 1974, 34(4): 1138-1149.
- 2 Gallardo A, Prat J. Mullerian adenosarcoma: a clinicopathologic and immunohistochemical study of 55 cases challenging the existence of adenofibroma. *Am J Surg Pathol*, 2009, 33(2): 278-288.
- 3 Bagga R, Keepanasseril A, Srinivasan R, *et al*. Adenosarcoma of the uterine cervix with heterologous elements: a case report and review of literature. *Arch Gynecol Obstet*, 2010, 281(4): 669-675.
- 4 杨冰,叶元. 51例青春期女性生殖道肿瘤临床分析. *中国妇幼保健*, 2007, 22(11): 1524-1526.

收稿日期: 2017-05-14 修回日期: 2018-04-02

本文编辑: 凌雪梅