

DOI:10.3724/SP.J.1008.2009.00604

• 病例报告 •

卵巢甲状腺肿型类癌 1 例报告

Ovarian strumal carcinoid: a case report

高妍, 惠宁*

第二军医大学长海医院妇产科, 上海 200433

[关键词] 卵巢肿瘤; 甲状腺肿类癌; 神经内分泌肿瘤; 免疫组织化学

[中图分类号] R 737.31 [文献标志码] B [文章编号] 0258-879X(2009)05-0604-02

1 临床资料 患者,女,42岁。以偶发左下腹绞痛2年就诊。患者无不规则阴道出血,月经量中等,无痛经,但经期延长,周期缩短。8年前于子宫下段剖宫产,术中发现左侧卵巢囊性增大,约3 cm×4 cm×5 cm,右侧卵巢略增大,质硬。入院时妇科检查:宫颈重度糜烂,分叶,质脆;子宫前位,如孕2个月大小,质软;左附件区可触及6~7 cm包块,质中,活动度欠佳,压之酸胀,右侧附件区增厚,无压痛。B超检查:子宫8.9 cm×6.7 cm×4.0 cm,肌层回声分布均匀,宫腔线居中,单层内膜厚0.35 cm;右侧卵巢约4.0 cm×2.0 cm,左侧附件区见一约9.0 cm×8.0 cm囊实性肿块,形态规则,边界可辨,内见4.2 cm×3.7 cm实性高回声结节,内回声尚均匀。肿瘤标志物:AFP 30 μg/L以下,CA125 6.458 kU/L,CEA 1.16 ng/ml,CA19-9 13.68 U/ml。宫颈刮片为巴氏I级。入院诊断为:(1)左卵巢囊肿;(2)宫颈慢性炎症。于2007年12月26日行LEEP刀宫颈锥切+腹腔镜下左侧附件切除术。术中见:盆腔少量淡黄色积液;子宫中位,增大如孕2个月大小;右侧附件区未见异常;左侧卵巢增大,约9 cm×8 cm×8 cm,灰白色,包膜完整,表面光滑,与周围组织无粘连,左侧输卵管覆于其上。切除左附件,完整装入标本袋,穿刺囊肿抽吸囊内油脂样物后,从左侧穿刺口取出。剖开囊肿见大量黏稠油脂样物及毛

发、牙齿、头皮样组织。术中冰冻:(左卵巢)畸胎瘤,壁间见腺样组织,不排除类癌(甲状腺型类癌)。术后病理:“左”卵巢囊性肿物,内衬鳞状上皮,壁间见毛囊、皮脂腺、汗腺及甲状腺组织,各成分分化成熟,局部见甲状腺滤泡与梁型及岛型类癌肿瘤组织混杂(图1A、1B),类癌细胞呈腺样排列,腺腔内含嗜酸性胶样物质,瘤细胞立方及柱状,核异型,浸润性生长,“左”输卵管未见异常。诊断:(左卵巢)成熟性囊性畸胎瘤合并类癌。免疫病理:CgA(+,图1C),CK19(+,图1D),NSE(+/-),TG(+),Chr(+),TTF(细胞质+),CA125(-),SP-A(-),D2-40(-),CDX2(-),p53(-),p16(-),Ki-67(-)。结合形态学,诊断为(左卵巢)畸胎瘤伴类癌,倾向甲状腺型类癌,宫颈慢性炎伴鳞状上皮低级别上皮内瘤变(CIN I-II)。患者因其他原因坚决要求先随访,故术后5 d出院。术后1个月患者又要求进一步手术,于2008年1月28日行全子宫切除术+右侧附件切除术,术中留取腹腔冲洗液,细胞学检查提示:未见恶性肿瘤细胞。术后病理:子宫内膜单纯性增生过长伴局限性息肉形成,宫颈慢性炎伴鳞状上皮低级别上皮内瘤变(CIN I-II)。出院诊断:(1)(左卵巢)成熟性畸胎瘤伴甲状腺型类癌(Ia期);(2)子宫肥大;(3)宫颈 CIN I-II。术后未予化疗,随访至2008年6月,无复发。

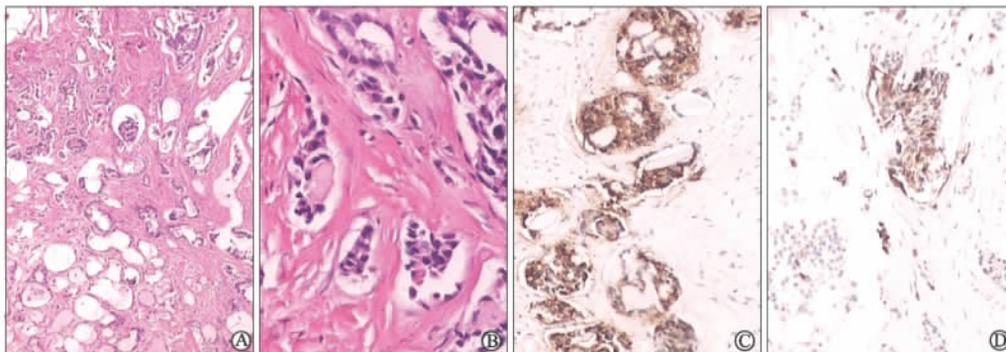


图1 卵巢甲状腺肿型类癌病理图片

A:类癌与甲状腺肿并存,两者有过渡现象; B:类癌成分中混有甲状腺滤泡,或类癌与甲状腺滤泡成分呈移行过渡; C:类癌细胞 CgA 免疫组化染色阳性; D:类癌细胞 CK19 免疫组化染色阳性。Original magnification: ×100(A); ×400(B); ×200(C,D)

[收稿日期] 2008-08-11 [接受日期] 2008-11-27

[作者简介] 高妍,硕士生. E-mail:deludeluboy_2001@hotmail.com

* 通讯作者(Corresponding author). Tel:021-81873592, E-mail:huin1956@yahoo.com.cn

2 讨论 根据1999年WHO卵巢生殖细胞肿瘤分类,甲状腺肿类癌(strumal carcinoid)属于生殖细胞肿瘤组中单胚层高度特殊性的畸胎瘤^[1],由不同比例的甲状腺组织和类癌组成,类癌成分可以很少,多为畸胎瘤的一个成分,大体为突向皮样囊肿囊腔的褐色结节。目前认为可能来源于原始型甲状腺滤泡旁细胞或来自类癌中的甲状腺分化,本例类癌与甲状腺肿并存,两者有过渡现象,并可见神经内分泌细胞逐渐浸润甲状腺组织并取代滤泡上皮细胞的现象,故兼有类癌的神内分特征和甲状腺肿形态特征,与文献报道一致^[2]。而卵巢甲状腺肿(struma ovarii)不同于甲状腺肿类癌,其肿瘤完全或主要由甲状腺组织构成,大体上即可辨识出甲状腺组织^[3]。免疫组化可选择神经内分泌细胞标[如神经特异性烯醇化酶(NSE)、铬粒素(CgA)、突触素(Syn)、Leu-7、降钙素(HCT)]和甲状腺组织标记[如Tg、甲状旁腺素相关蛋白(PTHrp)、甲状腺转录因子-1(TTF-1)]。

此类患者早期常无自觉症状,当瘤体较大时出现腹胀、腹痛,可能由于盆腔受压或牵扯腹膜引起。少数出现阴道不规则出血^[2,4],只有个别病例可出现特殊临床表现,如类癌综合征、多发性内分泌腺瘤病、甲状腺功能减低或亢进、高胰岛素性低血糖伴黑素沉着、严重便秘^[5]、男性化、子宫内膜增生。高凤春等^[6]曾报道1例同样有子宫肥大;赵宇清等^[7]也报道1例全子宫切除术后病理证实为“子宫局限性腺肌症,单纯萎缩性子官内膜,慢性宫颈炎”。本例合并子宫肥大及宫颈糜烂,术后病理证实为“子宫内膜单纯性增生过长伴局限性息肉形成,宫颈慢性炎伴鳞状上皮低级别上皮内瘤变(CINI-II)”。这是否与类癌成分分泌某种激素有关,值得探讨。

卵巢类癌的分期仍沿用卵巢癌FIGO分期。其治疗原则为早期手术切除以达到根治目的,预后较好。对于术中证实为I期且年轻并有生育要求的患者,可行患侧附件切除术;如为围绝经期患者或术中证实超过I期者,多行子宫+双侧附件切除术,也可加行大网膜+阑尾切除术。后者术后尚需进一步化疗。晚期患者预后差。

(志谢 感谢第二军医大学长海医院病理科吴丽丽副教授对本病例病理图片的耐心讲解和分析!)

[参考文献]

- [1] Tavassoli F A, Devilee P. 乳腺及女性生殖器官肿瘤病理学和遗传学[M]. 程红译. 北京:人民卫生出版社,2006:215.
- [2] 田扬顺. 妇科肿瘤临床病理学[M]. 北京:人民卫生出版社,2001:343.
- [3] Roth L M, Talerman A. The enigma of struma ovarii[J]. Pathology, 2007, 39:139-146.
- [4] 张祥盛, 张磊磊, 吴淑华, 张燕, 李冰. 卵巢甲状腺肿类癌临床病理观察[J]. 临床与实验病理学杂志, 2004, 20:49-52.
- [5] Shigeta H, Taga M, Kurogi K, Kitamura H, Motoyama T, Gorai I. Ovarian strumal carcinoid with severe constipation; immunohistochemical and mRNA analyses of peptide YY[J]. Hum Pathol, 1999, 30:242-246.
- [6] 高凤春, 李传征. 右侧卵巢类癌1例报道[J]. 医学理论与实践, 2005, 18:184-185.
- [7] 赵宇清, 朱瑾, 丰有吉. 卵巢甲状腺类癌伴严重便秘1例[J]. 现代妇产科进展, 2006, 15:240.

[本文编辑] 孙岩