

CA₁₂₅异常升高的卵巢良性肿瘤伴盆腔炎一例报告

Benign ovarian tumor with abnormal CA₁₂₅ elevation complicated with pelvic inflammation; a case report

余丽敏 (浙江武警总队医院妇科, 嘉兴 314000)

[关键词] CA₁₂₅; 卵巢肿瘤; 盆腔炎

[中图分类号] R 737.31; R 711.33

[文献标识码] B

[文章编号] 0258-879X(2007)09-0940-01

1 临床资料 患者,女,76岁,因“反复头晕10年余,左侧肢体乏力8年,加重10d”入我院内科,诊断为:(1)高血压病3级极高危,(2)冠心病,(3)频发房性早搏、I度房室传导阻滞,(4)脑出血后遗症。入院后测体温:38.4℃,查血常规提示:WBC $7.1 \times 10^9/L$, HGB 127 g/L,中性比 0.803,查AFP、CEA、CA50、CA19-9,补体C₃、C₄,抗“O”、类风湿因子、生化常规均正常范围,铁蛋白468.08 ng/ml,CA₁₂₅ 974.6 U/ml,下腹部增强CT提示:腹水、右侧附件区囊性占位。腹水未找到癌细胞,经静脉抗炎、利尿等综合治疗后,体温、血常规均正常,腹水明显减少。因患者近期有消瘦史,每2~3个月10 kg,CA₁₂₅异常升高974.6 U/ml,CT提示右侧附件区囊性占位,患者家属有手术要求,转入妇科。行全身PET-CT检查,提示:右侧卵巢囊性占位,考虑囊腺瘤,囊壁局部FDG代谢增高。排除手术禁忌证后剖腹探查,术中见:盆腔积液约300 ml,盆腔内充血、水肿明显,大网膜与横结肠粘连成团,网膜、侧腹膜、盆底后腹膜浆膜表面可见多发粟粒样小结节,色苍白,子宫前位,萎缩明显,右侧附件可见一约10 cm×8 cm大小囊肿,包膜完整,未见明显卵巢实质,与周围组织粘连明显,左侧附件已萎缩,故决定行:“右侧附件切除+网膜结节活检术”。手术顺利,常规病理提示:卵巢浆液性囊腺瘤,输卵管未见异常,网膜慢性炎症结节。术后9 d拆线,复查CA₁₂₅ 225.8 U/ml。

2 讨论 CA₁₂₅是上皮性卵巢癌最敏感的标记物,但由于其分布广泛,所以CA₁₂₅的特异性并不强,但敏感性很高,目前普遍认为是妇科恶性肿瘤的一个较好的肿瘤标记物,并作

为监测肿瘤预后的指标。有研究认为:以35 U/ml为正常值界值,血清CA₁₂₅检测卵巢上皮癌的敏感性和特异性分别为96.4%和84.5%,若以65 U/ml为界值,测其敏感性和特异性分别为92.9%和93.1%。虽然子宫内膜异位症患者CA₁₂₅也可高于正常范围,但一般低于100 U/ml;尤其CA₁₂₅>300 U/ml,应考虑卵巢上皮癌特别是浆液性腺癌可能。如果为绝经后妇女CA₁₂₅明显增高(>100 U/ml),应高度怀疑卵巢恶性肿瘤可能。本病例患者绝经25年,CA₁₂₅异常升高至974.6 U/ml,PET-CT检查提示:右侧卵巢囊性占位(考虑囊腺瘤),术后常规病理为卵巢浆液性囊腺瘤,网膜慢性炎症结节。术后1周复查CA₁₂₅ 225.8 U/ml。本患者CA₁₂₅的异常升高,考虑与盆腔炎症、卵巢浆液性囊腺瘤有关,血清CA₁₂₅升高的机制不清,生化因素(如补体激活、组织胺释放、纤维蛋白降解产物产生等)、巨大肿瘤的机械刺激或大量腹水致腹内压增加,可能是CA₁₂₅升高的原因;此外有学者认为大网膜、肠系膜的间皮细胞也高表达CA₁₂₅。

盆腔包块伴胸腹水伴CA₁₂₅水平升高,在术前大都被诊断为晚期恶性肿瘤;其实它们虽有恶性肿瘤的表现,但没有确诊的证据,细胞学检查找不到恶性细胞;对于这些患者应结合影像学检查综合考虑,而不是盲目诊断为卵巢癌。

[收稿日期] 2007-07-04

[修回日期] 2007-07-30

[本文编辑] 曹静

[作者简介] 余丽敏,主治医师. E-mail: WJYLM707@126.com