

DOI: 10.3969/j.issn.1005-8982.2016.09.031

文章编号: 1005-8982(2016)09-0137-03

## 同时性卵巢和子宫内膜双原发癌 1 例

徐志宏<sup>1</sup>, 李芳<sup>2</sup>, 吴小华<sup>3</sup>, 赵喜娃<sup>4</sup>

(1. 河北医科大学第四医院 肿瘤内科, 河北 石家庄 050011; 2. 河北医科大学第四医院 病理科, 河北 石家庄 050011; 3. 白求恩国际和平医院 妇产科, 河北 石家庄 050000; 4. 河北医科大学第四医院 妇科, 河北 石家庄 050011)

**摘要:**目的 同时性卵巢和子宫内膜双原发癌发病率较低, 需依靠临床表现、病理及分子生物学特点相结合而最终确诊。**方法** 目前, 国内外的治疗原则是手术及术后辅助治疗。因卵巢癌预后较差, 首先要考虑以卵巢癌的治疗为主, 参照卵巢癌的治疗指南。**结果** 本例患者术前诊断为子宫内膜样腺癌 III C 期, 术后证实为同时性卵巢和子宫内膜双原发癌。**结论** 患者治疗中最大的遗憾是术中未切除大网膜, 留下术后复发的隐患。

**关键词:** 同时性; 卵巢癌; 子宫内膜癌; 双原发癌

**中图分类号:** R737

**文献标识码:** B

同时性卵巢和子宫内膜双原发癌在临床工作中较为少见, 经常被误认为子宫内膜癌转移至卵巢或卵巢癌转移至子宫, 为分享该病的诊断治疗经验及临床特点, 现就本院收治的同时性卵巢和子宫内膜双原发癌患者 1 例报道如下。

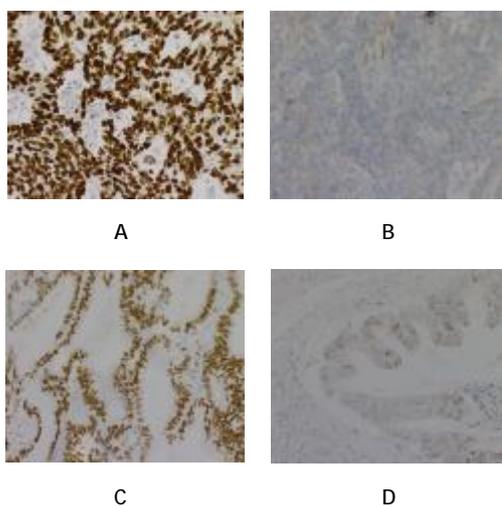
### 1 临床资料

患者女性, 62 岁, 绝经, 因阴道不规则出血 2 个月, 明显增多 1 周于 2015 年 9 月 5 日入本院妇科。妇科 B 超提示, 子宫长径 8.2 cm, 前后径 8.0 cm, 横径 6.0 cm, 形态规则, 子宫内膜增厚约 2.0 cm, 子宫肌层可探及 3.2 cm × 2.4 cm 包块, 突向宫腔, 右卵巢增大约 8.4 cm × 8.5 cm × 6.0 cm, 形状不规则, 与右侧盆壁粘连, 左卵巢正常。进一步查盆腔核磁共振提示, 子宫后壁占位, 大小约 7.2 cm × 4.5 cm × 4.0 cm, 右卵巢肿物约 8.0 cm × 6.0 cm × 5.5 cm, 左侧髂血管旁多发肿大淋巴结。妇科检查显示, 外阴形态正常, 阴道通畅, 内见少量白色分泌物; 宫颈萎缩, 光滑; 子宫后位, 增大如孕 8 周, 后壁饱满, 质软; 右侧卵巢增大, 大小约 8.0 cm, 质硬, 与子宫关系密切, 固定于右侧盆壁, 轻压痛, 左侧附件区未触及肿块, 子宫直肠窝未触及结节。患者既往无高血压及糖尿病病史, 家族中无恶性肿瘤病史。行分段诊刮术, 术后病理: 子宫内膜样腺癌, 分化 II 级。肿瘤标志物: 癌抗原

125 (cancer antigen 125, CA 125) 110 u/ml, 癌抗原 153 (cancer antigen 153, CA153) 40.0 u/ml。术前诊断为子宫内膜样腺癌 III<sub>C1</sub>(cT<sub>3a</sub>N<sub>1</sub>M<sub>0</sub>) 期。2015 年 9 月 10 日在全身麻醉下行腹腔镜下探查 + 子宫内膜癌全分期术, 术中见子宫略增大, 后壁饱满, 表面光滑, 右卵巢 7.0 cm × 8.0 cm 实性肿物, 与右侧盆壁粘连, 左侧盆壁髂血管旁及腹主动脉左侧可触及较大质硬淋巴结。左侧附件及腹腔其他脏器未见异常, 遂腹腔镜下行全子宫切除 + 双附件切除 + 盆腔淋巴结清扫术 + 腹主动脉旁淋巴结清扫术。术后病理结果: 肿物位于子宫后壁, 大小 3.5 cm × 2.0 cm, 子宫内膜样腺癌, 分化 II 级, 侵及肌层(子宫壁全层近 1/2 处), 宫颈管未受侵犯, 宫颈为慢性炎症; 右卵巢浆液性乳头状腺癌, 高级别, 大小约 6.0 cm × 7.0 cm; 左卵巢及双侧输卵管未见肿瘤; 盆腔淋巴结转移(3/15), 腹主动脉旁淋巴结转移(2/4)。免疫组织化学法(Immunohistochemistry, IHC): 内膜部位雌激素受体(estrogen receptor, ER)强阳性(+++), 孕激素受体(progesterone receptor, PR)强阳性(+++), CA125 弱阳性(+), P53 弱阳性(+), 卵巢及淋巴结部位 ER 阴性(-), PR 阴性(-), CA125 弱阳性(+), P53 强阳性(+++)(见附图)。结合术中所见及病理结果, 术后修正诊断为: ①右卵巢浆液性乳头状腺癌 III<sub>C</sub>(pT<sub>1</sub>N<sub>1</sub>M<sub>0</sub>) 期; ②子宫内膜样腺癌 I<sub>B</sub>(pT<sub>1b</sub>N<sub>0</sub>M<sub>0</sub>) 期;

收稿日期: 2015-11-23

术后肿瘤标志物恢复至正常:CA125 25 u/ml,CA153 15.0 u/ml。术后紫杉醇 + 卡铂(paclitaxel-carboplatin, TC)方案化疗 6 个疗程,目前该患者定期化疗及密切随访中。



A: 卵巢 P53; B: 卵巢 ER; C: 子宫内膜 ER; D: 子宫内膜 P53

附图 免疫组织化学法结果 (链酶菌抗生物素蛋白 - 过氧化物酶连接法 × 20)

## 2 讨论

同时性卵巢和子宫内膜双原发癌在妇科恶性肿瘤中较为少见<sup>[1]</sup>。ROBIN 等<sup>[2]</sup>报道的同时性卵巢和子宫内膜双原发癌的发生率仅约为 0.4%。随着对双癌认识的加深及病理技术的发展, WILLIAMS 等<sup>[3]</sup>报道的 1974 ~ 2005 年卵巢和子宫内膜双原发癌的发生率为 2.3%, CHIANG 等<sup>[4]</sup>回顾性分析 1998 ~ 2005 年同时性卵巢和子宫内膜双原发癌的发生率为 2.6%, 两者报道的发生率相近。

目前, 同时性卵巢和子宫内膜双原发癌的病因与发病机理尚不十分清楚, 主要分为以下几种学说: ①癌基因突变学说, 卵巢和子宫内膜对癌基因的易感区域相同; ②延伸的苗勒氏管系统学说, 输卵管、卵巢的表皮、宫颈和子宫内膜起源于相同的胚胎组织<sup>[5]</sup>; ③性激素学说, 两器官都存在雌激素受体和孕激素受体的表达, 在相同的刺激因素的作用下, 两者有可能同时恶变; ④子宫内膜异位癌变学说, 子宫内膜样癌最常见的病理类型为起源于内膜异位症的肿瘤, 与同时性卵巢和子宫内膜双原发癌的最常见病理类型相同。异位和在位的子宫内膜均表达 ER、PR, 有同时发生恶变的可能<sup>[6]</sup>。

本例患者术前诊断为子宫内膜样腺癌 III<sub>c1</sub> 期,

术后证实为同时性卵巢和子宫内膜双原发癌。查阅文献, ULBRIGHT 等<sup>[6]</sup>提出鉴别子宫内膜癌伴卵巢转移与同时性卵巢和子宫内膜双原发癌的标准为: ①卵巢直径 < 5 cm; ②卵巢呈多发小结节状, 双侧卵巢受累; ③子宫肿瘤浸润到深肌层; ④输卵管受累; ⑤血管受累。如果病理组织标本中均未发现上述指标, 则诊断为卵巢和子宫内膜双原发癌, 诊断子宫内膜癌合并卵巢转移则需要符合 ≥ 2 条上述指标。SCULLY 等<sup>[7]</sup>归纳总结出的卵巢和子宫内膜双原发癌的诊断标准现已被大家广泛采用, 其中前 5 项为主要诊断标准, 具体包括: ① 2 个肿瘤比较孤立; ② 分别位于子宫内膜和卵巢 2 个部位; ③ 病变位于原发部位或存在微小的转移病变; ④ 不浸润子宫肌层或只浸润浅肌层; ⑤ 无血管或淋巴管受侵。该例患者根据上述两套标准可以临床诊断为双原发癌, 但遗憾的是因临床经验不足, 术中未能及时送病理。ZAINO 等<sup>[8]</sup>根据组织类型状态将卵巢和子宫内膜双原发癌分为 3 组: A 组为两者病理均为子宫内膜样癌; B 组为两者病理均不为子宫内膜样癌, 但两者病理类型相同, 例如浆液性乳头状腺癌、透明细胞癌等; C 组为两者为完全不同的组织学病理类型。其中同时性卵巢和子宫内膜双原发癌的病理以两者均为子宫内膜样癌多见, 约占 60%, 且发现时多为 I 期, 约占 59%。总之, 同时性卵巢和子宫内膜双原发癌必须依靠临床表现、病理及分子生物学特点相结合而最终确诊。

由于同时性卵巢和子宫内膜双原发癌发病率较低, 缺乏大样本的前瞻性临床研究, 目前没有明确的指南指导治疗。目前, 国内外的治疗原则是手术及术后辅助治疗<sup>[9-10]</sup>。手术方式为全子宫双附件、阑尾、大网膜切除及盆腹腔淋巴结清扫术<sup>[10]</sup>。由于缺乏诊治经验, 本院该例患者治疗最大的遗憾是术中未切除大网膜。术后的辅助治疗包括化疗和放疗。因卵巢癌预后较差, 所以首先要考虑以卵巢癌的治疗为主, 参照卵巢癌的治疗指南, I<sub>A</sub> 期不伴有危险因素的患者无需辅助化疗; I<sub>B</sub> ~ II 期并伴有危险因素的患者和分期较晚的卵巢癌患者首选以铂类为基础的化疗方案。子宫内膜癌患者术后需要接受放疗的指征为: 子宫肌层侵犯 > 50%, 分化差, 分期较晚有卵巢输卵管、阴道、膀胱或直肠受累的患者, 有淋巴结转移, 透明细胞癌, 浆液性乳头状癌。放疗范围应包括全盆腔放射治疗。根据该患者的术后病理及分期, 术后需要接受辅助化疗, 不需要放疗。

研究提示, 同时性卵巢和子宫内膜双原发癌

患者的总体预后较好<sup>[3,11]</sup>,根据美国妇科肿瘤学组的报道,同时性卵巢和子宫内膜双原发癌的5和10年生存率分别为85%和81%<sup>[1]</sup>。同时值得关注的是,病理类型的状况对预后有很大影响,两者为不同病理类型的双原发癌预后要明显差于两者病理类型均为子宫内膜样腺癌的患者<sup>[9]</sup>。据报道,分期、病理分化程度、子宫内膜癌是否伴有子宫肌层的浸润,以及患者年龄均是双原发癌的重要预后因素<sup>[12-13]</sup>。虽然该病的总体预后较好,但该患者两个部位组织学类型不同,结合分期及患者年龄,推测术后复发风险较高,应积极治疗密切随访。

#### 参 考 文 献:

- [1] ZAINO R, WHITNEY C, BRADY M F, et al. Simultaneously detected endometrial and ovarian carcinomas—a prospective clinicopathologic study of 74 cases: a gynecologic oncology group study[J]. *Gynecol Oncol*, 2001, 83(2): 355-362.
- [2] ROBIN F E, ROBERTA K N, JONATHAN T B. Synchronous primary neoplasms of the female reproductive tract[J]. *Gynecologic Oncology*, 1989, 33(3): 335-339.
- [3] WILLIAMS M G, BANDERA E V, DEMISSIE K, et al. Synchronous primary ovarian and endometrial cancers: a population-based assessment of survival[J]. *Obstetrics and Gynecology*, 2009, 113(4):783-789.
- [4] CHIANG Y C, CHEN C A, HUANG C Y, et al. Synchronous primary cancers of the endometrium and ovary[J]. *International Journal of Gynecological Cancer*, 2008, 18(1): 159-164.
- [5] VAN NIEKERK C C, BULTEN J, VOOIJS G P, et al. The association between primary endometrioid carcinoma of the ovary and synchronous malignancy of the endometrium[J]. *Obstet Gynecol Int*, 2010, DOI: 10.1155/2010/465162.
- [6] ULBRIGHT T M, ROTH L M. Metastatic and independent cancers of the—125—Medical Innovation of China Vol.12, No.23 Aug, 2015 endometrium and ovary: a clinicopathologic study of 34 cases[J]. *Hum Pathol*, 1985, 16(1): 28-34.
- [7] SCULLY R E, YOUNG R H. Metastatic tumor of the ovary[M]. 3rd ed. New York: Springer, 1991: 742.
- [8] ZAINO R, WHITNEY C, BRADY M F, et al. Simultaneously detected endometrial and ovarian carcinomas—a prospective clinicopathologic study of 74 cases: a gynecologic oncology group study[J]. *Gynecol Oncol*, 2001, 83(2): 355-362.
- [9] LIM Y K, PADMA R, FOO L, et al. Survival outcome of women with synchronous cancers of endometrium and ovary: a 10 year retrospective cohort study[J]. *J Gynecol Oncol*, 2011, 22(4): 239-243.
- [10] KANEKI E, ODA Y, OHISHI Y, et al. Frequent microsatellite instability in synchronous ovarian and endometrial adenocarcinoma and its usefulness for differential diagnosis[J]. *Hum Pathol*, 2004, 35(12): 1484-1493.
- [11] CALDARELLA A, CROCETTI E, TADDEI G L, et al. Coexisting endometrial and ovarian carcinomas: a retrospective clinicopathological study[J]. *Pathol Res Pract*, 2008, 204(9): 643-648.
- [12] 楼寒梅, 楼洪坤, 吴梅娟. 子宫内膜与卵巢双原发癌临床病理分析[J]. *中华肿瘤杂志*, 2006, 28(8): 617-620.
- [13] 陈飞, 沈铿, 郎景和, 等. 子宫内膜和卵巢原发性双癌的临床特点及预后因素分析[J]. *中华医学杂志*, 2005, 85(18): 1257-1260.

(童颖丹 编辑)