

〔文章编号〕 1007-0893(2020)22-0197-02

DOI: 10.16458/j.cnki.1007-0893.2020.22.089

原发于子宫角的子宫内膜癌误诊子宫肌瘤变性 1 例报道

王 莉 张 蓉 刘舜辉* 陈潇洁 肖丽丽

(联勤保障部队第 909 医院, 福建 漳州 363000)

〔摘要〕 目的: 探讨原发于子宫角的子宫内膜癌的诊断要点, 降低误诊率。方法: 回顾性分析联勤保障部队第 909 医院收治的 1 例原发于子宫角的子宫内膜癌的临床资料。结果: 本例患者因绝经 2 年、左下腹痛半年就诊, 彩色多普勒超声提示宫腔内异常回声、考虑子宫内膜病变(恶性肿瘤可能性大), 左侧子宫角囊实性占位(肌瘤变性?), 病理显示宫腔刮出物符合子宫内膜样腺癌, 入院后完善相关检查, 初步诊断为子宫内膜癌、子宫肌瘤, 行全子宫+双附件+盆腔前哨淋巴结+阑尾+大网膜切除术。术后病理报告示左侧子宫角子宫内膜样腺癌, III 级伴部分梭形细胞分化, 肿瘤浸润子宫壁浆膜, 累及左侧输卵管(壁内段)。结论: 原发于子宫角的子宫内膜癌临床症状及影像学表现不典型, 对于绝经期子宫角占位的患者应考虑到多种疾病的可能, 结合患者病史(包括现病史、既往史)和实验室、影像学及病理检查有助于降低误诊率。

〔关键词〕 子宫内膜癌; 子宫角; 子宫肌瘤变性

〔中图分类号〕 R 737.33 〔文献标识码〕 B

子宫内膜癌, 又称子宫体癌, 是女性生殖道三大恶性肿瘤之一^[1], 原发于子宫角的子宫内膜癌罕见, 加上生殖道病变来源多样、盆腔脏器结构复杂, 不易与其他子宫角占位性病变相鉴别。本院近期收治 1 例原发于子宫角的子宫内膜癌患者, 误诊为子宫肌瘤变性, 现回顾性分析临床资料, 复习相关文献, 分析误诊原因, 加深子宫角占位性病变的认识, 拓展诊断思路。

1 病例资料

患者女, 60 岁, 绝经 2 年, 左下腹疼痛半年余就诊。平素月经规律, 无痛经史, 妇检见外阴发育正常, 已婚经产型, 阴道畅, 内见少量白色分泌物, 无异味, 宫颈常大, 表面尚光滑, 抬举痛明显, 无接触性出血, 子宫前位, 宫体大小正常, 压痛, 活动度一般, 双附件区未扪及明显异常。超声见子宫前位, 体积 61 mm×61 mm×38 mm, 左侧子宫角可见一范围约 39 mm×32 mm×25 mm 的囊实性肿块(见封三图 1), 边界不清楚, 形态欠规则, 包块周边可见较丰富血流信号显示, 阻力指数(resistance index, RI) 0.62; 宫腔内可见一大小约 16 mm×4 mm×11 mm 的中等回声团, 其边界不清楚, 形态欠规则, 内部回声不均匀, 内可见血流信号由前壁进入, RI 0.51。双侧卵巢大小、回声尚可。诊断: (1) 宫腔内异常回声团、有血供, 考虑: 子宫内膜病变、恶性肿瘤可能性大; (2) 子宫左侧子宫角囊实性肿块(肌瘤变性?)。糖类抗原(carbohydrate antigen, CA) 125 17.4 U·mL⁻¹, CA153 10.7 U·mL⁻¹, CA199

2.86 U·mL⁻¹, 癌胚抗原(carcinoembryonic antigen, CEA) 1.30 ng·mL⁻¹。进一步行诊断性刮宫, 病理显示宫腔刮出物符合子宫内膜样腺癌伴部分梭形细胞分化。完善术前检查, 择期行全子宫+双附件+盆腔前哨淋巴结+阑尾+大网膜切除术, 术中见子宫增大如孕 40 天大小, 表面光滑, 子宫左侧子宫角处可见一隆起, 直径约 3 cm。切开后宫底见一粗糙区域, 范围 0.5 cm×0.5 cm; 左子宫角见一结节, 直径 3 cm, 边界不清, 切面灰白灰黄色, 实性, 质中(见封三图 2)。术后病理回报: 左侧子宫角子宫内膜样腺癌, III 级伴部分梭形细胞分化, 肿瘤浸润子宫壁浆膜, 累及左侧输卵管(壁内段), 免疫组化染色: 肿瘤细胞雌激素受体(estrogen receptor, ER) (+++)、癌胚抗原(carcinoembryonic antigen, CEA) (灶+)、糖类抗原 125(carbohydrate antigen 125, CA125) (+)、波形蛋白(Vimentin) (+)、孕激素受体(progesterone receptor, PR) (-)、抑癌基因 P16(部分+)、抑癌基因 P53(散弱+)、抑癌基因 WT-1(-)、CD10(-)、细胞增殖抗原 Ki-67 约 75%; 右侧子宫角及左、右侧宫旁组织未见癌累及; 子宫内膜呈萎缩性改变, 子宫内膜息肉; 左侧盆腔前哨淋巴结(0/2)、右侧盆腔前哨淋巴结(0/11)未见癌累及; 双侧卵巢萎缩性改变、未见癌累及; 阑尾慢性炎症改变; 大网膜未见癌累及。现术后紫杉醇及卡铂化疗 2 个疗程, 一般状态尚可。

2 讨论

2.1 概述

子宫内膜癌多发生于绝经后妇女, 以 55~60 岁年龄组

〔收稿日期〕 2020-08-25

〔作者简介〕 王莉, 女, 主治医师, 主要从事超声科工作。

〔*通信作者〕 刘舜辉(E-mail: 1493620001@qq.com)

最多, 以来源于子宫内膜腺体的腺癌最常见, 常以绝经后阴道出血、流血等症状前来就诊。早期子宫内膜癌超声多无特殊异常所见, 中晚期超声表现可见子宫体积增大、子宫内膜增厚、呈息肉样或乳头状突向宫腔, 回声不均匀, 与肌层界限不清, 彩色血流示增厚的内膜及受累的肌层血供丰富, 呈低阻型血流频谱^[2]。本例患者术前宫腔刮出物及术后左侧子宫角肿块病理结果均显示为子宫内膜样腺癌, 考虑到两者病理类型相同, 左侧子宫角肿瘤范围更大, 并已浸润肌壁浆膜及左侧输卵管间质部, 遂认为肿瘤原发于左侧子宫角、向宫腔蔓延的可能性大, 原发于子宫角的子宫内膜癌罕见。

2.2 误诊分析

(1) 患者无阴道流血、流血等典型症状, 虽有发现宫腔占位, 但以为病变处于早期阶段, 仅局限于宫腔, 未能与子宫角的占位性病变相联系, 想当然的以为是两种不同的病变, 忽略观察子宫角占位与宫腔占位的连续性, 造成误诊;

(2) 影像学上无明显特征性表现, 不易与其他子宫角占位性病变, 如子宫肌瘤变性、子宫肌腺症、原发性输卵管癌等相鉴别; (3) 子宫内膜癌原发于子宫角临床罕见, 经验不足, 思维局限。

2.3 鉴别诊断

(1) 子宫肌瘤变性: 包括子宫肌瘤肉瘤样变或囊性变, 一般发生于40岁以上女性, 临床上可表现为腹部包块、下腹痛、原有子宫肌瘤增长迅速等症状^[3-4], 肉瘤样变时还可以出现不规则阴道出血; 患者年纪较大, 绝经2年, 有腹痛病史, 子宫发现实性肿块占位, 且肿块周边及内部血供较丰富, 应考虑到子宫肌瘤肉瘤样变可能, 但因患者无明确子宫肌瘤病史, 故无法对肿块生长速度进行评价。(2) 子宫腺肌症: 子宫腺肌症为女性常见病, 由子宫内膜腺体及间质侵入子宫肌层所导致, 患者症状以月经量增多、经期延长、痛经等为主^[5-8], 病变局限时呈瘤样, 边界不清, 瘤内亦可见液区, 液区透声一般较差, 常见于30~50岁经产妇^[9-10], CA125可升高。本例患者无明显痛经史, CA125正常范围, 故考虑肌腺症的可能性小。(3) 原发性输卵管癌: 原发性输卵管癌临床罕见, 通常发生于绝经后女性, 术前诊断率仅为0%~10%, 大多数在术后组织病理检查中意外发现; 典型症状为输卵管癌“三联征”: 阴道排液、腹痛和盆腔肿块, 但仅不足15%的患者存在典型的输卵管癌“三联征”^[11]。当输卵管癌发生于间质部时亦可在子宫角处形成肿块, 此

时由于其发病年龄相似、临床表现不典型、辅助检查手段有限等原因, 鉴别诊断有很大难度。(4) 如果患者为育龄期妇女, 还应与子宫角或输卵管间质部妊娠相鉴别, 可询问有无停经史及查血人绒毛膜促性腺激素(human chorionic gonadotropin, HCG)来鉴别。

2.4 防范措施

对于发现子宫角占位的患者, 应开拓思路, 不要局限于常见病、多发病, 完善相关检查, 结合病史、症状及体征, 综合分析做出诊断。特别是对于绝经后子宫角占位的患者, 应仔细观察病变的内部回声、血供情况, 结合既往病史, 对于包块突然变大、血供丰富、血流阻力呈低阻的病变应高度怀疑恶性的可能。

[参考文献]

- (1) 俞梅, 向阳, 马晓欣, 等. 子宫内膜癌筛查规范建议(J). 中华妇产科杂志, 2020, 55(5): 307-311.
- (2) 王纯正, 徐智章. 超声诊断学(M). 北京: 人民卫生出版社, 2008: 395-396.
- (3) 马红英, 卢一艳, 房敬阳. 输卵管癌肉瘤超声误诊为子宫肉瘤样变1例(J). 临床超声医学杂志, 2019, 21(3): 181, 185.
- (4) 解平. 曼月乐联合米非司酮治疗子宫腺肌症的效果(J). 中国现代药物应用, 2020, 14(7): 160-162.
- (5) 丰有吉, 沈铿. 妇产科学(M). 北京: 人民卫生出版社, 2010: 353-355.
- (6) Kalampokas E, Sofoudis C, Boutas I, et al. Primary fallopian tube carcinoma: a case report and mini-review of the literature(J). Eur J Gynaecol Oncol, 2014, 35(5): 595-596.
- (7) 刘福军, 凌斌, 梁静, 等. 腹腔镜子宫肌瘤手术发现子宫恶性肿瘤15例的临床分析(J). 中日友好医院学报, 2017, 31(5): 270-273, 278.
- (8) 赵万成, 杨清. 分碎术在次全子宫切除术中用于未预料子宫恶性肿瘤病例对照研究(J). 现代妇产科进展, 2015, 27(12): 919-922.
- (9) 董卫红, 王泽华. 子宫内膜癌常见漏诊、误诊原因回顾及分析(J). 中国医师杂志, 2015, 17(4): 494-497.
- (10) 刘萍. 全子宫切除术后标本中疾病构成的相关分析(J). 山东医学高等专科学校学报, 2014, 36(4): 271-273.
- (11) 李凤琼, 冯琳, 韩春花. 子宫内膜癌误诊为黏膜下子宫肌瘤1例(J). 中外妇儿健康, 2011, 2(9): 137.