维普资讯 http://www.cqvip.com

文章编号:0253 - 3626(2004)04 - 0556 - 02

卵巢移行细胞癌 3 例

肖 琳,唐良菡

(重庆医科大学临床学院妇产科,重庆 400016)

卵巢移行细胞癌(transitional cell carcinoma,TCC)是一类来源于卵巢表面上皮向尿路上皮衍化形成的肿瘤,其组织形态类似于移行上皮且缺乏典型的 Brenner 瘤成分。卵巢 TCC 发病率低、恶性程度高、预后差,对其正确诊断、合理治疗及预后评估,都有待妇产科医师的进一步探索和研究。现就我院 1985 年 1 月至 2003 年 1 月间收治的 3 例卵巢 TCC 患者作回顾性分析,并探讨其临床特点、治疗方法及预后。

1 临床资料

1.1 一般情况

自 1985 年 1 月至 2003 年 1 月间,我院共收治 3 例卵巢 TCC 患者,术前诊断为卵巢肿瘤,术后病理证实为卵巢移行细胞癌。病人均为绝经后妇女,已婚已产,年龄 55~68 岁。

1.2 临床表现及辅助检查

3 例患者中有两例表现为阴道不规则流血,1 例表现为下腹胀痛;妇科检查均在附件区扪及质硬、压痛包块。辅助检查:CA125 均增高(155.8~440 U/ml,CA125<35U/ml 为正常值标准);B 超均探及附件区直径 6cm~8cm 中低回声团。

1.3 术中术后情况

术中探查见腹水 50~300ml(其中 2 例为草黄色腹水,1 例为血性腹水),卵巢包块 6cm~8cm 直径大小,与周围较粘连,大网膜、子宫直肠陷凹、直肠浆膜见粟粒样转移灶。其中病例 3 大网膜有种植。手术范围、术后治疗、随访见下表。

表 1 手术范围、术后治疗、随访

	手术范围	术后化疗	术后存活
病例 1	双附件 + 癌灶切除	CP 方案 (1 疗程)	5 个月
病例 2	全子宫 + 双附件 + 大网膜切除	CEP 方案 (5 疗程)	8 个月
病例 3	全子宫 + 双附件 + 大网膜切除 + 盆腔淋巴结清扫	CAP 方案 (25 疗程)	3 年 9 个月

2 讨 论

2.1 发病率

卵巢 TCC 较少见,过去将其归为卵巢恶性或增生性 Brenner 瘤,但该肿瘤的病理学形态、生物学行为均不同于恶性或增生性 Brenner 瘤,Austin 等 1987 年首次提出该肿瘤为一种独立的卵巢上皮来源肿瘤。Silva 等[1]统计卵巢 TCC 占卵巢上皮性癌的 9.4%,其中卵巢单纯性 TCC1.1%,卵巢 TCC 合并局灶性浆液性腺癌、宫内膜样癌、来分化癌者 5.1%,其他类型卵巢癌伴部分 TCC 者 1.1%。本组 3 例均为单纯性 TCC,占我院同期卵巢上皮性癌新发病例(266 例)的 1.1%。

2.2 临床特点

卵巢 TCC 患者多为中老年女性,绝经期后为发病高峰年龄。早期无明显症状,就诊时多为晚期,常表现为腹胀、腹痛,部分有阴道流血。本组 3 例中有 2 例因阴道流血就诊,而阴道流血在其他卵巢癌中并不常见,因此,卵巢癌患者出现阴道流血的原因以及它是否提示 TCC 还有待进一步研究。

2.3 病理[2]

2.3.1 巨检:肿瘤直径由 2cm~30cm 不等,实性为主,实性区为灰白色,质较软,可有出血坏死,缺乏砂粒体及钙化;常伴有散在囊腔,囊液呈草黄色,囊内壁不规则,可有乳头状赘生物。

2.3.2 光镜:卵巢 TCC 大多数为中低分化,其组织形态与膀胱移行细胞癌类似,常伴有灶状鳞状上皮分化或腺性分化(即腺腔或细胞内有粘液),但不能找到 Brenner 细胞巢。部分卵巢 TCC 可同时存在浆液性、粘液性、宫内膜样性、未分化或混合细胞癌成分。

2.3.3 免疫组化:卵巢 TCC 的免疫组化表型与膀胱移行细胞癌有明显区别。Ordonez[3]通过对 15 例卵巢 TCC、20 例膀胱 TCC、20 例卵巢浆液性癌和 10 例卵巢子宫内膜样癌进行免疫组化分析,发现卵巢 TCC 和卵巢浆液性癌、卵巢子宫内膜样癌相似,TM、CK20、CEA 表达很低或无,而这三者在膀胱 TCC 中却高表达。Riedel[4]等也发现,卵巢 TCC 中 OC125 表达较高,但 CK13、CK20 表达很少。

2.4 鉴别诊断

2.4.1 卵巢恶性 Brenner 瘤(MBT):剖面常有钙化点,而卵巢 TCC 罕见;卵巢恶性 Brenner 瘤常有良性和(或)增生性上皮成分,H 与恶性成分有移行区域,而卵巢 TCC 却无良性 Brenner 上皮巢;TCC 的预后较 MBT 为差,更具侵袭性。多数学者认为 MBT 一般由良性 Brenner 瘤恶变而来,而 TCC

作者介绍:肖 琳(1973-),女,住院医师,硕士。

维普资讯 http://www.cqvip.com

一开始即为恶性。

2.4.2 转移性 TCC：卵巢转移癌多来自胃肠道，来自泌尿系统 TCC 较少见。Young 等[5]提出支持卵巢原发 TCC 的依据有：a 泌尿系 TCC 与卵巢 TCC 的发生相隔 3 年；b 泌尿系肿瘤无侵润或仅有浅表侵润；c 卵巢肿瘤成分中出现浆液性、粘液性等其他苗勒管上皮分化。支持卵巢转移性 TCC 的依据有：a 双卵巢受累；b 泌尿系肿瘤侵犯浆肌层以上；c 卵巢表面有肿瘤种植；d 肿瘤的腺管侵润明显。

2.5 治疗及预后

目前卵巢 TCC 的治疗与其他卵巢上皮性肿瘤一样，仍以手术为主、辅以化疗，对放疗不敏感。铂类仍为化疗的首选药物，有效率达 90% 以上。一般认为，卵巢 TCC 较其他类型卵巢上皮性癌对化疗敏感，常伴有较好的预后[6]。本组病例均在术后进行化疗，药物以顺铂、环磷酰胺为主。其中病例 3 虽期别最晚（Ⅲ期），但坚持化疗（25 次：第 1 年每月 1 次，第 2 年每 3 月 1 次，此后每半年 1 次），存活时间最长；反之，病例 1 仅在术后化疗 1 次，后未在化疗，5 个月后肿瘤复发死亡。这也提示了化疗对卵巢 TCC 的有效性。

参 考 文 献

[1] Silva EG, Robey - Cafferty SS, Smith TL, et al. Ovarian carcinomas with transitional cell carcinoma pattern[J]. Am J Clin Pathol, 1990;93(4):457 - 465.

[2] 陈乐真. 妇产科诊断病理学[M]. 第 1 版，北京：人民卫生出版社，2002;298 - 300.

[3] Ordonez NG. transitional cell carcinomas of the ovary and bladder are immunotypically different[J]. Histopathology, 2000;36(5):433 - 438.

[4] Riedel I, Czernobilsky B, Lifschitz - Mercer B, et al. Brenner tumors but not transitional cell carcinomas of the ovary show urothelial differentiation[J]. Virchows Arch, 2001;438(2):181 - 191.

[5] Young RH, Scully RE. Urothelial and ovarian carcinomas of identical cell type: problems in interpretation. a report of three cases and review of the literature[J]. Int J Gynecol Pathol, 1988;7(3):197 - 211.

[6] Hollingsworth HC, Steinberg SM, Silverberg SG, et al. Advanced stage transitional cell carcinoma of the ovary[J]. Hum Pathol, 1996;27(12):1267 - 1272.

（上接第 550 页）

金淋巴瘤[J]. 临床耳鼻咽喉科杂志，2002;16(9):469 - 470.

[2] Andrew C, Lawrence G, Richard L. Distinguishing Non - Hodgkin Lymphoma From Squamous Cell Carcinoma Tumors of the Head and Neck by Computed Tomography Parameters[J]. Laryngoscope, 2002;112(6):1097 - 1083.

[3] Petrlla T, Delfau - Larue MH, Caillot D, et al. Nasopharyngeal lymphomas: futher evidence for a natural killer origin[J]. Hun Pathol, 1996;27:827 - 833.

[4] 李甘地. 免疫组织化学在淋巴瘤诊断和鉴别诊断中的应用[J]. 中华病理学杂志，1997;26(3):182 - 183.

（上接第 555 页）

嗽为唯一临床症状。[3]4）不重视必要的辅检，如支气管激发试验或支气管扩张试验。

CVA 被误诊为感染性疾病的较多，故抗生素使用时间长且档次高，品种更换频繁，造成抗生素的滥用及患者费用的增加。因此在临床工作中，应提高对 CVA 的认识。CVA 经长期随访，其中约有一半的患者会发展成典型的哮喘[4]因此 CVA 患者应早诊断，早期正规治疗。处理慢性咳嗽患者时，应除外如：后鼻部分泌物滴流、慢性支气管炎、胃食道返流等病的同时行支气管激发或舒张试验、过敏原试验等，提高确诊率，减少误诊，必要时可诊断性治疗。

参 考 文 献

[1] 钟南山，徐 军. 哮喘发病机制及诊断进展[J]. 中华结核和呼吸杂志，1995;18(3):136 - 139.

[2] 顾忠民，马忠森，李 勃. 咳嗽变异性哮喘 20 例临床分析[J]. 吉林医学，2002;23(6):352 - 353.

[3] 李明华，段凯生，朱栓立. 哮喘病学[M]. 北京：人民卫生出版社，1998;494.

[4] 黄克武. 咳嗽变异性哮喘[J]. 中国临床医生，2003;31(1):4 - 5.