肿瘤相关研究

DOI:10.13406/j.cnki.cyxb.001081

疑似异位妊娠腹腔镜术后意外诊断绒癌 1 例

刘颂平[1],殷新明[1],田　鑫[1],许　跃[2],石　琳[3]
（江苏大学第四附属医院 1. 妇产科;2. 病理科;3. 超声科,镇江　212001）

Chorioepithelioma accidentally diagnosed by laparoscopy for a presumed ectopic pregnancy:a case report

Liu Songping[1],Yin Xinming[1],Tian Xin[1],Xu Yue[2],Shi Lin[3]
(1. Department of Gynecology and Obstetrics;2. Department of Pathology;3. Department of Ultrasound, the Forth Affiliated Hospital of Jiangsu University)

【中图分类号】R711.74　　【文献标志码】B　　【收稿日期】2016-09-27

绒癌是一种高度恶性的滋养细胞肿瘤,早期症状无明显特异性,与异位妊娠相似,可能于腹腔镜探查中意外发现并诊断。现将我院 1 例疑似异位妊娠腹腔镜术后意外诊断绒癌报道如下。

1　病例介绍

患者:女,42 岁,因停经 2 月余,不规则阴道流血 1 月余于 2016 年 7 月 4 日入院。末次月经 2016 年 4 月 28 日,6 月 3 日开始无明显诱因出现阴道流血,量接近平时月经,4 d 干净,6 月 15 日开始再次阴道流血,量少,淋漓不净,无腹痛、发热等。既往体健,月经规则。生育史:0-0-3-0,2009 年因 2 次人流后继发不孕行宫腹腔镜联合手术。末次妊娠:2010 年 9 月,停经 2 月余出现阴道流血,诊断自然流产,行清宫术,术后月经正常,未避孕,未孕。妇科检查:外阴(-);阴道:畅,壁光滑,少量暗红色血迹;宫颈:光滑,无举痛;宫体:前位,正常大小;双附件:左侧增厚,无压痛,右侧(-)。辅助检查:β-HCG 21 843.0 mIU/mL(参考值 0~10 mIU/mL),B 超提示子宫大小 4.2 cm × 4.1 cm × 3.5 cm,内膜 8 mm,子宫后方略偏左侧可见一大小约 4.2 cm × 3.6 cm × 3.3 cm 中低回声区,内回声欠均匀(图 1)。胸部正侧位片正常。初步诊断:异位妊娠。7 月 5 日于全麻下行腹腔镜检查,术中见子宫大小形态正常,双侧输卵管、卵巢均未见明显异常,子宫直肠陷凹内偏左处有一 4 cm × 3 cm × 3 cm 大小紫蓝色肿块,与周围组织分界不清,内为陈旧性血块及机化样组织(图 2)。行诊刮术,刮出少许膜状物,肉眼未见绒毛组织,考虑腹腔妊娠,行病灶清除术,病灶与部分直肠壁分界不清,为避免肠管损伤,未强行清除,残留处注射氨甲喋呤 75 mg。术后监测血 β-HCG 变化:7 月 8 日 11 403.0 mIU/mL,7 月 11 日 4 633.0 mIU/mL。7 月 12 日病理结果汇报(经上海复旦大学附属妇产科医院病理科会诊):(宫腔)绒癌,部分绒癌高度退变,周围子宫内膜增生性改变。(盆腔)游离坏死和高度退变绒癌组织及大量血块,缺乏和周围组织的关系,符合脱落物特征(图 3、4)。免疫组化:AE1/AE3(+),HCG(-),HPL(个别+),HLA-G(+),β-catenin(个别膜+),GATA3(-),Ki-67(-),P63(-)。进一步行肺部及盆腹腔 CT 检查,未发现其他明显转移灶。诊断:绒癌(Ⅱ:10),立即开始 EMA-CO 方案化疗,目前 β-HCG 已恢复正常。

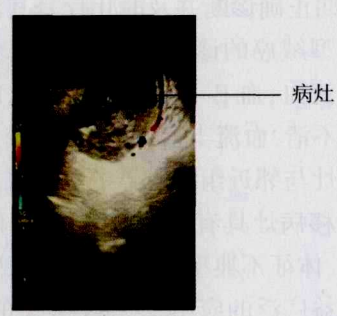


图 1　B 超下盆腔病灶

Fig.1　Pelvic metastatic lesion under ultrasound

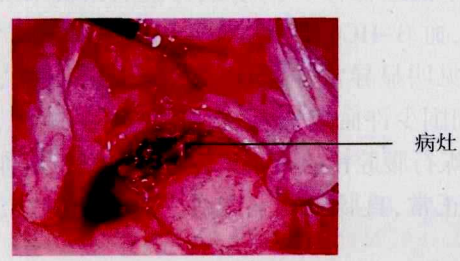


图 2　腹腔镜下盆腔病灶

Fig.2　Pelvic metastatic lesion under laparoscopy

作者介绍:刘颂平,Email:spliu0619@163.com,
研究方向:妇科肿瘤。

优先出版:http://www.cnki.net/kcms/detail/50.1046.R.20161215.1145.028.html
(2016-12-15)

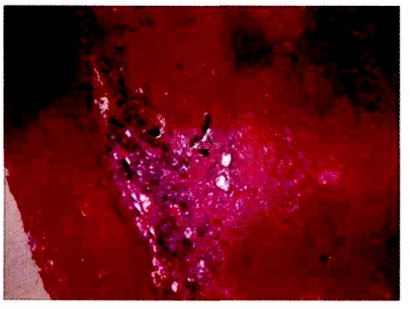


图 3 盆腔病灶病理(HE,40×)

Fig.3 Pelvic metastatic lesion under microscope(HE,40×)

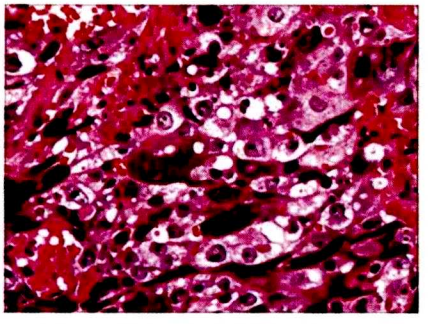


图 4 盆腔病灶病理(HE,400×)

Fig.4 Pelvic metastatic lesion under microscope(HE,400×)

2 讨 论

绒癌是一类继发于正常或异常妊娠后的恶性妊娠滋养细胞肿瘤(gestational trophoblastic tumor, GTN),早期正确诊断并及时化疗是其治疗成功的关键[1-2]。典型绒癌的诊断并不困难,患者多停经后不规则阴道流血,血 β-HCG 异常升高,B 超提示子宫病灶边界不清,血流丰富,MRI 可以较为清晰地反映盆腔内病灶与邻近组织脏器的关系,CT 对于发现肺部微小转移病灶具有较高诊断价值,但是部分患者由于症状、体征不典型容易引起误诊[3]。随着腹腔镜在妇科日益广泛的应用,一些不典型的 GTN 患者可能在腹腔镜探查手术中意外发现并诊断。

本例患者有不孕病史,停经后出现不规则阴道流血,血 β-HCG 升高,术前 B 超宫内未见孕囊,肌层未见明显异常,盆腔内有中低回声肿块,边界尚清,周围少许血流,并无典型绒癌临床表现,疑似异位妊娠行腹腔镜检查。腹腔镜下见双侧输卵管卵巢外观正常,直肠子宫陷凹有一紫蓝色肿块,诊刮组织肉眼未见绒毛,故考虑原发性腹腔妊娠或输卵管妊娠流产继发腹腔妊娠可能。最终术后病理结果确诊为绒癌,进一步化疗。该病例提示腹腔镜在鉴别不典型的 GTN 中具有一定价值,可以达到快速诊断、减少误诊和不必要化疗的目的,其有效性和安全性目前亦已得到初步论证[4]。

GTN 为唯一一个无须组织病理依据即可临床诊断的妇科恶性肿瘤,多经血行转移。该患者宫腔内诊刮组织及盆腔内子宫直肠陷凹病灶均经手术取得标本,病理确诊为绒癌,盆腔内转移病灶病理检查符合脱落物特征,考虑宫内病灶经输卵管播散至盆腔可能。回顾该病例诊治过程,存在以下不足,值得今后借鉴。术前对于异常升高的 β-HCG 未引起足够重视,未进一步行 MRI 协助诊断,而是直接考虑常见病、多发病进行腹腔镜探查。接下来在腹腔镜手术过程中探及子宫直肠陷凹紫蓝色肿块,考虑为腹腔妊娠病灶存在一定缺陷。当时病灶中为陈旧性血块及机化样组织,似为活性不高的组织,而患者术前 β-HCG 高达 21 843.0 mIU/mL,两者表现不符,此时应考虑妊娠滋养细胞肿瘤可能。文献报道[5],异位妊娠患者中 β-HCG>10 000 mIU/mL 多见于活胎,除活胎以外的异位妊娠患者血 β-HCG 异常升高者比较少见,血清 β-HCG>50 000 mIU/mL 的可能性小于 0.1%。因此,当血 β-HCG 升高>10 000 mIU/mL 时,在排除宫内妊娠及活性较强的异位妊娠后应高度警惕 GTN。

参 考 文 献

[1] 肖长纪,向 阳. 耐药性妊娠滋养细胞肿瘤治疗的研究进展[J]. 中华妇产科杂志,2015,50(9):712-714.

[2] 陈金娟,易晓芳. 低危型妊娠滋养细胞肿瘤耐药、复发相关因素的研究进展[J]. 国际妇产科学杂志,2016,43(3):327-330.

[3] 于海林,奚美丽,李 俊,等. 高危型妊娠滋养细胞肿瘤的评估与治疗[J]. 中国癌症杂志,2015,25(7):529-534.

[4] 郭 琦,冯凤芝,向 阳,等. 疑似异位妊娠腹腔镜手术后意外诊断的妊娠滋养细胞肿瘤患者的预后[J]. 生殖医学杂志,2016,25(4):310-314.

[5] 岑 慧,柯珮琪,费 慧,等. 恶性滋养细胞肿瘤 14 例误诊分析[J]. 实用医学杂志,2011,27(17):3230-3232.

(责任编辑:冉明会)