

卵巢透明细胞交界性肿瘤一例

· 病例报告 ·

李雨薇, 申 炜, 肖小月

作者单位: 530022 南宁, 广西医科大学第五附属医院(南宁市第一人民医院)放射科

作者简介: 李雨薇(1995-), 女, 大学本科, 医学学士, 住院医师, 研究方向: 医学影像学诊断。E-mail: 381677622@qq.com

通讯作者: 申 炜(1970-), 女, 大学本科, 学士学位, 主任医师, 研究方向: 妇产科及儿科磁共振诊断。E-mail: shengwei639@aliyun.com

[关键词] 卵巢肿瘤; 交界性; 透明细胞; 磁共振成像

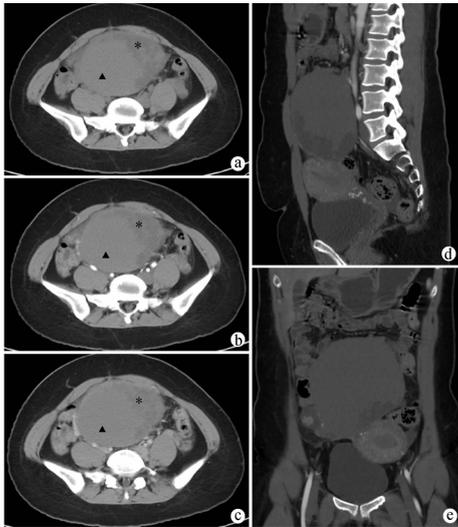
[中图分类号] R 730.262 [文章编号] 1674-3806(2020)12-1265-03

doi:10.3969/j.issn.1674-3806.2020.12.20

1 病例介绍

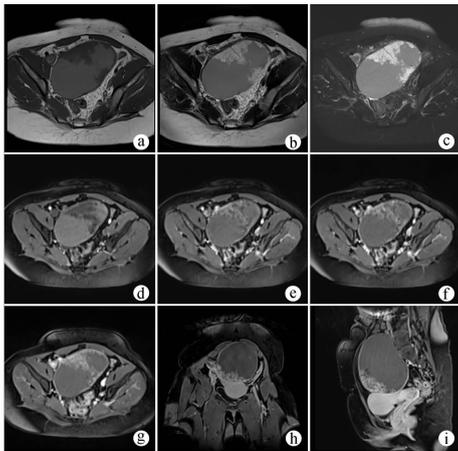
患者,女,31岁,因“月经未来潮2个月”至门诊就诊,门诊B超检查:盆腔混合性回声团(大小约11.9 cm×12.8 cm×9.2 cm,考虑来源于左侧卵巢,囊腺癌?)。平素月经规则,孕1产1,无腹胀腹痛,无异常阴道流血流液,无消瘦,大小便正常。体格检查:腹稍隆起,腹软,盆腹腔可扪及一包块,大小约13 cm×10 cm×10 cm,质中,无压痛及反跳痛,边界清,活动度欠佳,肝脾触诊不满意,肝肾区无叩痛,移动性浊音阴性,肠鸣音正常。妇检:外阴发育正常,阴道通畅,见中等量白色黏稠分泌物,有异味,无异常阴道流血,宫颈光滑,无举摆痛,子宫前位,正常大小,质中,压痛,无反跳痛。行实验室检查,异常肿瘤标志物(标本种类:血清):甲胎蛋白(alpha-fetoprotein, AFP)9.5 ng/ml,糖类抗原 CA199 > 700.0 U/ml,糖类抗原 CA125 125.4 U/ml。影像学检查:下腹部+盆腔CT(见图1)平扫示右侧下腹盆腔区一类椭圆形单房囊性等稍低密度影,大小约9.2 cm×12.1 cm×13.5 cm(前后×左右×上下),肿块密度欠均匀,CT值约49 Hu,内见不规则片状更低密度影,CT值约23 Hu。增强扫描,病灶边缘光滑,边界清楚,动脉期、静脉期CT值均约51 Hu,片状更低密度区动脉期、静脉期CT值分别约26 Hu和30 Hu,未见明确强化。邻近周围结构受压推移。子宫稍饱满,形态及实质密度均未见异常,两侧附件显示欠清。盆腔见少量液体密度影,未见明显肿大淋巴结。CT诊断意见:右侧下腹盆腔巨大类椭圆形占位病变,分析考虑右侧附件巧克力囊肿可能性大。盆腔MRI检查(见图2):子宫后上方可见一巨大囊实性肿块影并向上突入腹腔,病灶大小约12.2 cm×9.1 cm×11.8 cm,以囊性成分为主,实性成分主要位于病灶内前方及左下方,呈不规则团状,表面见小乳头状突起。病灶

囊性部分以T1WI及T2WI-FS呈稍高信号为主,实性部分T1WI呈稍低信号,T2WI-FS呈高信号,病灶边缘光滑,边界清楚。动态增强扫描,病灶实性成分呈逐渐强化改变,并可见由右侧卵巢动脉供血并行止于病灶右前处的实性成分内,双侧子宫静脉明显增粗并走行扭曲。子宫受压向下方移位,盆腔内见少量积液信号影。MRI诊断意见:盆腹腔巨大囊实性肿块,倾向右侧附件来源的肿瘤,浆液性囊腺瘤?性索间质瘤?行腹右附件切除术+肠粘连松解术,盆腔见黄色腹水,量约50 ml,部分大网膜与腹壁、子宫前壁粘连。子宫常大,表面光滑,右卵巢增大,大小约15 cm×15 cm×12 cm,表面光滑,血管丰富。右侧输卵管及左侧附件外观未见明显异常。上腹腔器官未见异常,腹膜光滑。切开右侧卵巢肿瘤,内见大量黄绿色脓性囊液,囊壁内可见片状乳头状赘生物凸起。病理检查:(1)大体观。送检囊实性肿物一个,大小约11 cm×11 cm×3 cm,囊壁厚0.5~1.2 cm,囊内壁可见实性肿块呈乳头状凸起,大小约9 cm×8 cm×3 cm,切面灰白实性质中。(2)镜下(见图3)。肿瘤呈囊实性,实性间质部分呈纤维瘤样,主要由少量纤维母细胞、纤维细胞及大量胶原纤维构成,局部伴透明样变及水肿改变。腺体为圆形至椭圆形,分布相对均匀,位于纤维瘤样间质中,囊肿和腺体被覆立方、靴钉样或扁平形细胞,伴透明或嗜酸性胞质,中度核异型性,核分裂像可见,部分衬覆上皮复层化,腔内充满肿瘤细胞。免疫组化:瘤细胞表达波形蛋白vimentin(+),糖类抗原CA125(-)、癌胚抗原(carcinoembryonic antigen, CEA)(-),雌激素受体(estrogen receptor, ER)(-),Ki-67 8%(+),配对盒基因8(Pax-8)(-),孕激素受体(progesterone receptor, PR)(-),肿瘤基因WT1(-)。病理诊断:(右侧附件)卵巢透明细胞交界性肿瘤。



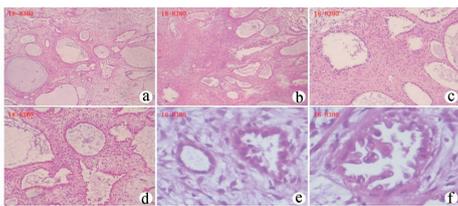
①盆腔 CT 平扫；②③CT 增强扫描；④动脉期矢状位；⑤动脉期冠状位示邻近周围结构受压推移

图 1 CT 影像学表现



①T1WI、②T2WI、③T2WI-FS，轴位示盆腔巨大囊实性肿块影，包膜光滑完整清楚，病灶以囊性成分（粗箭头处）为主，T1WI、T2WI 及抑脂序列呈稍高信号；实性成分（细箭头处）主要位于病灶内前方及左下方，呈不规则团状，表面见小乳头状突起，T1WI 呈稍低信号，T2WI 及抑脂序列呈高信号，右侧卵巢内侧缘与病灶紧贴。动态增强扫描④~⑥轴位、⑦冠状位、⑧矢状位示病灶实性成分呈逐渐强化改变，子宫受压向下方移位

图 2 MRI 影像学表现



①②纤维瘤样间质背景中见腺体或小囊肿分布 (HE × 40)；③④腺体和囊肿被覆立方、靴钉样或扁平形细胞 (HE × 100)；⑤⑥靴钉样细胞，胞浆透明或呈嗜酸性，部分细胞核深染，位于胞质顶端，突向囊腔内 (HE × 400)

图 3 病理学表现

2 讨论

2.1 卵巢肿瘤中最常见的是卵巢上皮性肿瘤，根据《卵巢恶性肿瘤诊断与治疗指南(第四版)》中的 2014 年 WHO 卵巢肿瘤组织学分类，浆液性、黏液性、内膜样、透明细胞、Brenner 瘤等类型属于上皮性肿瘤范畴^[1]。肿瘤上皮成分由透明细胞(胞浆含丰富的糖原和类脂质成分，镜下呈空泡状、透明状)及散在间隔分布在透明细胞中的鞋钉样细胞(细胞底窄顶大，胞浆少，核大深染)构成^[2]的归为透明细胞型肿瘤。透明细胞型肿瘤约占卵巢上皮性肿瘤的 6%，按肿瘤分化程度的不同可分为良性、交界性、恶性，大多数是腺癌，而交界性和良性肿瘤均非常罕见^[3]。到目前为止对卵巢透明细胞交界性肿瘤的相关文献报道比较少见，且绝大多数为临床及病理报道，而少见影像学报道^[4]。目前对无间质浸润的透明细胞腺纤维瘤样肿瘤伴腺上皮异型性的最新命名为卵巢透明细胞交界性肿瘤^[5]，其多为单侧发生，患者发病年龄多在 30~86 岁，绝经后妇女常见^[6](但国内有报道显示，良性的卵巢囊性腺纤维瘤或卵巢腺纤维瘤的高发人群已转变为育龄期妇女，且发病年龄日益年轻化^[7]，可以成为本病的发病基础)，预后一般良好。与其他卵巢上皮性肿瘤类似，本病缺乏特殊的临床表现，肿瘤较小时多无症状，常在妇科检查或 B 超检查时发现腹部包块而就治疗，肿瘤增大时多表现为邻近脏器的压迫症状，如下腹不适、腹痛腹胀、尿急等，也可表现为月经周期的改变、阴道不规则流血^[8]。

2.2 本例患者属育龄期女性，因月经周期改变就诊，妇科检查及 B 超检查发现盆腔包块，肿瘤标志物 AFP、CA125 及 CA199 均升高，CT 及 MRI 检查提示盆腔巨大占位，病灶紧贴右侧卵巢内侧缘，肿瘤以囊性成分为主，内含呈不规则团状的实性成分，实性成分表面见小乳头状突起，内未见钙化灶，首先倾向考虑卵巢上皮性来源的肿瘤。MRI 动态增强扫描可见其实性成分逐渐强化，并显示了虽然肿瘤由右侧卵巢动脉供血，但其血供不丰富；双侧子宫静脉明显增粗并走行扭曲但未见血管腔内瘤栓，未见肿瘤向周围组织侵犯及淋巴结转移等恶性征象，应考虑肿瘤分化程度介于良性、恶性之间。卵巢腺纤维瘤样肿瘤的实性成分在组织学上常具有较多的增殖纤维间质，一般在 MRI 扫描 T2WI 上呈低信号，本例肿瘤的实性成分在 T2WI-FS 上呈高信号，可能与纤维间质水肿有关^[8]，与病理所见相符合。

2.3 本病比较罕见，在临床表现及影像学表现上均没有特异性，主要诊断还是以术后病理检查为金标

准。本例患者的临床表现具有卵巢肿瘤的部分共同点但没有特征性,从影像学检查的角度看,常规B超检查的分辨能力及探查范围有局限性,对于本例只能提示盆腔有一来源不明的混合性回声团。CT检查对成分比较复杂的软组织结构的观察与诊断也有一定的不确定性,并且本例的CT增强扫描未能准确采集到适宜的延迟期图像,本例CT检查误诊为巧克力囊肿。MRI检查对软组织成分的敏感性更高,对病灶的定位更为准确,但对于这类罕见疾病亦未能明确。最终从术后的病理组织学分析来看,本例肿瘤病理组织类型比较典型,于纤维瘤样间质的背景中,见圆形或椭圆形的腺体或小囊肿分布(符合卵巢上皮性的腺纤维瘤样肿瘤表现);囊内被覆靴钉样或扁平形细胞,胞浆透明或呈嗜酸性,部分细胞核中度异型,可见核分裂像,部分腺腔衬覆细胞层次增加(倾向交界性)。综合考虑作出卵巢透明细胞交界性肿瘤的准确诊断。

2.4 影像学检查对卵巢肿瘤诊断仍有较高的特异性和准确性,对肿瘤的定位及良恶性鉴别诊断、指导临床手术方案的制定等均有重要意义。本病在影像学上应与下列卵巢肿瘤相鉴别。(1)浆液性囊腺瘤:属良性的卵巢上皮性肿瘤,单侧常见,MRI表现常为多房的肿块,边界清楚,T1WI呈低信号,T2WI呈高信号,壁和间隔薄、均匀,厚度一般<3mm,内可见数量、大小、分布不一的乳头状突起,增强扫描肿瘤囊壁、间隔及壁结节明显强化^[9]。(2)Brenner肿瘤:亦属卵巢上皮性肿瘤,CT表现典型者为密度不均匀的软组织肿块,可呈实性、囊性或囊实性,伴多形性钙化^[10]。MRI表现因其有大量纤维间质,与卵巢纤维瘤十分类似,T1WI呈等信号,T2WI呈均匀低信号,增强扫描实性成分多呈轻-中度强化,肿瘤的特征性表现为实质内广泛的不定形钙化^[11],据此可鉴别。(3)性索-间质肿瘤:源于原始性腺中性索及间质组织的肿瘤。多数为良性,最常见为纤维瘤,MRI表现T1WI呈低信号、T2WI呈低信号为主,

内常见散在的片状高信号的水肿或囊变,增强后无明显强化或轻度延迟强化。少数为恶性,最常见多房囊性的颗粒细胞瘤,各房大小不等,囊间分隔厚薄不一,无结节状或乳头状突起,囊液T1WI呈等低混杂信号、T2WI呈混杂高信号,常伴出血,增强检查囊壁及分隔明显强化^[12]。

参考文献

- 1 中国抗癌协会妇科肿瘤专业委员会. 卵巢恶性肿瘤诊断与治疗指南(第四版)[J]. 中国实用妇科与产科杂志,2018,34(7):739-749.
- 2 张慧娟. 卵巢交界性腺纤维瘤及囊腺纤维瘤的病理诊断[J]. 实用妇产科杂志,2005,21(10):586-588.
- 3 曹 钟,钟佳良,杨志勇,等. 原发性卵巢良性透明细胞腺纤维瘤1例并文献复习[J]. 临床与实验病理学杂志,2014,30(8):923-925.
- 4 王端福,杨 明,赵 蕊,等. 卵巢交界性透明细胞腺纤维瘤1例[J]. 中国医学创新,2012,27(9):9.
- 5 顾伟勇,张丽虹,张 浩,等. 卵巢透明细胞交界性肿瘤临床病理学观察[J]. 中华病理学杂志,2018,47(8):622-626.
- 6 陈光利,王征宇,张效平,等. 卵巢交界性透明细胞腺纤维瘤1例的临床报告[J]. 求医问药,2011,9(8):203.
- 7 陈继明,高红艳,李 沁. 卵巢囊性腺纤维瘤的临床与病理特点[J]. 现代肿瘤医学,2015,23(3):421-423.
- 8 鲁 钊,单 明,温 锋,等. 卵巢囊性腺纤维瘤的CT及MRI诊断[J]. 中国临床医学影像杂志,2013,24(8):575-578.
- 9 乔敏霞,时惠平,秦 丹,等. 卵巢囊腺瘤的MRI诊断及鉴别诊断[J]. 中国CT和MRI杂志,2014,12(4):29-31.
- 10 初占飞,赵 静,邓卫红. 卵巢Brenner瘤的CT表现[J]. 临床放射学杂志,2018,37(3):442-444.
- 11 邵翠贞. 卵巢良性Brenner瘤MRI表现1例[J]. 中国临床医学影像杂志,2016,27(4):303-304.
- 12 赵书会,强金伟,张国福,等. 卵巢性索-间质肿瘤的MRI诊断及病理对照研究[J]. 中国医学计算机成像杂志,2012,18(5):431-435.

[收稿日期 2019-10-09][本文编辑 刘京虹 韦 颖]

本文引用格式

李雨薇,申 炜,肖小月. 卵巢透明细胞交界性肿瘤一例[J]. 中国临床新医学,2020,13(12):1265-1267.