

卵巢畸胎瘤并甲状腺肿类癌病例 2 例

杨汉胜 钟靖*

湖北省十堰市人民医院 湖北十堰 442000

摘要：卵巢畸胎瘤合并卵巢甲状腺类癌是一种单皮畸胎瘤，约占卵巢畸胎瘤的5%，不到所有卵巢肿瘤的1%。其临床表现包括无症状卵巢肿块、腹部不适、甲状腺毒症、腹水、CA125升高、甚至转移，表现出不可预测的生物学特性具有重叠良性和恶性特征的行为。目前对该病的报道较少，且大多为病例报告^[1]。本文通过回顾性分析展示2例卵巢畸胎瘤并甲状腺肿类癌的临床治疗资料，结合文献对其临床表现、诊断治疗及预后随访进行复习，现报道如下：

关键词：卵巢畸胎瘤；甲状腺类癌

1. 病例报告

病例1：57岁，女性，19岁结婚，孕2产2，顺产2次，体检发现盆腔包块1天；患者绝经8年，绝经后无异常阴道出血。1天前体检查子宫附件彩超示：子宫形态、大小正常，切面径：4.90×5.23×4.15cm，轮廓规整，肌层回声不均匀，后壁近宫底见一1.73×1.43cm低回声结节（4型），界欠清，内膜厚0.38cm，宫颈厚2.12cm。宫颈血流信号无明显增多。双侧卵巢显示不满意，盆腔见一11.61×8.73×7.50cm混合回声包块，囊性为主，内可团状高回声，未见明显血流信号。包块左侧另见一7.22×6.45cm混合回声包块，界清，内液不清，可见短线征回声及片状高回声，包块周边可探及少量血流信号。陶氏腔未见明显积液回声。提示盆腔混合回声包块（附件来源可能，畸胎瘤？）子宫肌瘤（Figure a）；妇科检：外阴：已婚型；阴道：畅，少许分泌物；宫颈：光滑；子宫：子宫后方可触及鹅蛋大小包块。附件：左侧附件区增厚，无压痛，右侧附件未及包块及压痛。入院后肿瘤标志物：CA12-5 49.560U/ml，CA19-9 33.250U/ml，Cyfra21-1 4.200ng/ml；全腹部增强扫描：盆腔包块，考虑畸胎瘤，来源于附件可能性大。盆腔钙化。子宫前上方囊实性包块（Figure c、d）。行腹腔镜经腹全子宫切除术+腹腔镜双侧卵巢和输卵管切除术，检查右侧卵巢囊肿多房，部分畸胎瘤样外观，部分囊腔呈实性质韧组织，左侧卵巢包块质地极硬，将双侧附件包块分别送快速病理切片；右侧附件包块病理报为：1.畸胎瘤 2.小圆细胞肿瘤，部分有异型性，性索间质或生殖来源恶性肿瘤不能除外，最终诊断需常规充分取材或进一步免疫组化确定；与患者家属告知病情，要求扩大手术范围，决定进

一步行盆腔淋巴清扫术+阑尾切除术+大网膜切除术；术后病检示（右侧输卵管卵巢）1.卵巢恶性肿瘤，结合免疫组化，考虑畸胎瘤，类癌伴甲状腺肿（大小4.8×3.5cm），其中局灶类癌成分可见粘液分化，大部分粘液腺体分化尚可，提示肿瘤预后不良（Figure b）。2.输卵管慢性炎，未见肿瘤累及。免疫组化：24-03841-7:PCK(+),CK7(散在+),Syn(+),CgA(+),CD56(+),INSM1(+),TTF-1(+),TG(+),MCM2(30%),P53(80%+),Ki67(LI3%),CK19(+),PAX-8(-),PR(-),CK20(-),villin(+),ER(-),CD10(-),CDX-2(+),EMA(+),OCT4(-),CD117(+),AFP(-),hcG(+),D2-40(-),VIM(+),CD99(+),Calretinin(+),WT-1(-),SALL4(-),PLAP(-),Inhibin-a(-),GPC-3(-),CK5/6(-),P63(-),P40(-)。（左侧输卵管卵巢）1.输卵管副中肾管囊肿。2.镜下见分化成熟的骨组织、牙釉质及牙本质，符合畸胎瘤。（全子宫）1、萎缩子宫颈内膜组织。2、慢性宫颈炎，纳氏囊肿形成。（阑尾）阑尾组织慢性炎。（盆腔淋巴结）检及淋巴结24枚呈反应性增生，未见肿瘤转移（0/24）。术后随访患者查体及辅助检查未见明显异常。

病例2：患者，72岁，孕6产4，顺产4次，人流2次，绝经20年，绝经后无阴道出血及阴道排液；既往史：肝硬化病史多年，口服扶正化瘀胶囊、水飞利宾、门冬氨酸片；有抑郁症病史6年，口服利培酮片（2片）；否认“结核、肾炎、高血压、糖尿病”等病史，否认食物及药物过敏史。偶有外阴疼痛不适，无白带增多及外阴瘙痒。患者感腹部胀痛来我院就诊，行子宫超声检查提示子宫切面径：3.75×4.57×2.62cm，轮廓规整，肌层回声不均匀，见多发强回声团，三维超声显示：内膜厚1.63cm，呈团块样，范

围约 2.22 × 2.98 × 1.43cm，内回声不均，宫颈厚 2.40cm。双侧卵巢显示不满意。左侧附件区见一 4.58 × 3.75cm 低回声包块，界清，形态规则，内回声不均，未探及明显血流信号；右侧附件区见一 8.78 × 5.49cm 囊实性包块，界清，形态欠规则，内见多发无回声区，实性部分可探及血流信号，RI: 0.49。腹盆腔见片状积液回声，盆腔液深 6.77cm，肝周液宽 0.53cm，脾周液宽 1.17cm，左侧腹液深 3.17cm，右侧腹液深 2.86cm。查全腹部增强扫描提示双侧附件区畸胎瘤首先考虑复查：如上述，右侧肿块较大，考虑恶性肿瘤。符合肝硬化、脾大影像表现，请结合临床。肝右叶小囊肿。右侧肾上腺腺瘤伴脂肪化生首先考虑，较前相仿。腹盆腔积液较前增多。查肿瘤标志物：糖类抗原 CA12-5 946.80U/ml。告知患者及家属治疗方案后，行腹腔镜经腹全子宫切除术 + 腹腔镜双侧卵巢和输卵管切除术，术后予以预防感染及补液对症支持治疗。术后病检提示：（左侧输卵管卵巢）囊壁样结构，未见内衬上皮，囊壁由玻璃样变性的纤维结缔组织构成，部分区域钙化，灶状淋巴细胞浸润，囊内见大量脂质，考虑成熟性囊性畸胎瘤。（右侧输卵管卵巢）卵巢甲状腺肿，输卵管未见特殊。免疫组化：24-13284-7:CD56(+),TTF-1(+),CK7(+),TG(+),Syn(-),Ki67(低增殖)。（全子宫）1、萎缩性子宫内膜，子宫内膜息肉。2、慢性宫颈炎，纳氏囊肿。3、残余输卵管未见特殊。腹水细胞学提示：镜下见大量胶质样物，未见细胞成分。术后随访患者辅助检查未见明显异常。

2.2 讨论

卵巢类癌是一种分化良好的神经内分泌肿瘤，类似于胃肠道肿瘤。是女性生殖道最常见的原发性肿瘤，发病率是类癌发病率的 1%，几乎均发生于畸胎瘤内，尤其是皮样囊肿，通常发生在绝经后，三分之一患者出现类癌综合征。这是一种比较特殊的分型，在卵巢恶性肿瘤中大约为 0.1%^[2]。根据肿瘤生长方式及所在部位可分为 3 型：①瘤壁结节型：位于囊肿壁内，突向囊腔，偶可见瘤组织弥漫性分布，囊壁粗糙增厚；②单纯型：几乎均为类癌组织，切面呈灰黄色实性、囊实性胶冻样；③混合型：合并多胚层成熟性畸胎瘤、Brenner 瘤或囊腺瘤。根据肿瘤组织学表现可分为 4 型：岛状型、梁状型、甲状腺肿型及黏液型，其中以岛状型最为常见，其次为梁状型和甲状腺肿型。卵巢甲状腺类癌患者多合并有畸胎瘤，其中混合型常含有畸胎瘤，最常见的为皮样囊

肿或成熟性实性畸胎瘤，合并黏液性囊腺瘤的报道比较少见^[3]。本文报道的患者术后病理为卵巢恶性肿瘤，结合免疫组化，考虑畸胎瘤，类癌伴甲状腺肿（大小 4.8 × 3.5cm），其中局灶类癌成分可见粘液分化，大部分粘液腺体分化尚可，提示肿瘤预后不良。该病好发年龄在 20~80 岁的女性，中位年龄 50 岁，其中 40 岁以上的发病者最为常见，约占 66%。卵巢类癌主要分为原发性和转移性，原发性的卵巢类癌患者大多数可能没有特定的体征或症状，大部分病例都是偶然发现^[4]，确诊有赖于术后的病理诊断。多数原发性卵巢类癌病变局限于一侧卵巢，表现为畸胎瘤内实性结节或者实性黄灰色肿物，镜下肿瘤细胞大部分呈条索状，团巢状排列，细胞核呈卵圆形，垂直于细胞索的长轴排列，核染色质细腻，胞质嗜酸性，其间掺杂腺体成分，边缘还可见少许滤泡样结构。转移性卵巢类癌病变多累及双侧的卵巢，肿瘤通常为实性，但偶尔为囊性或在皮样囊肿内形成结节。切面通常灰黄灰褐色，如果伴有黏液，则切面有光泽。患者通常没有不适症状和体征，当肿瘤生长的足够大时，则可能出现盆腔受压及牵涉痛。近年来，有报道指出部分患者出现了药物不能缓解的严重便秘问题，本文患者既往无便秘病史，本病在术前确诊比较困难，通常需要借助术前辅助检查评估，术后病检来确诊^[5]。岛状类癌呈实性巢状，周围常有腺泡，如果扩张则呈腺状或管状。在小梁状类癌中，细胞形成平行的带状、索状或小梁状。细胞均匀一致，圆形至椭圆形，胞浆呈粉红色，细胞核位于中心，染色质呈胡椒盐状。细胞底部部可见红褐色的嗜银颗粒。甲状腺类癌由岛状或小梁状类癌与甲状腺滤泡密切混合或并列连接组成。约 40% 的病例可见局灶性胃肠型黏液腺。高分化的黏液性类癌由漂浮在黏液池中的小腺体 / 腺泡组成，衬覆压缩核的杯状细胞和柱状细胞，部分可见神经内分泌颗粒^[6]。甲状腺肿类癌患者的肿瘤标记物大多为正常或轻度增高^[7]，本文所报道的患者术前肿瘤标记物表现为个别指标升高。本文患者 CgA (灶 +)，Syn (+)，CD56 (灶 +) 支持类癌的诊断。本文病例镜下特征符合卵巢甲状腺类癌，同时伴成熟性囊性畸胎瘤。目前认为卵巢甲状腺类癌的预后较好，大多数临床分期为早期，手术通常可达到较好的治疗效果，术后随访 12 个月，患者查腹部 CT、肿瘤标志物无复发和转移迹象。

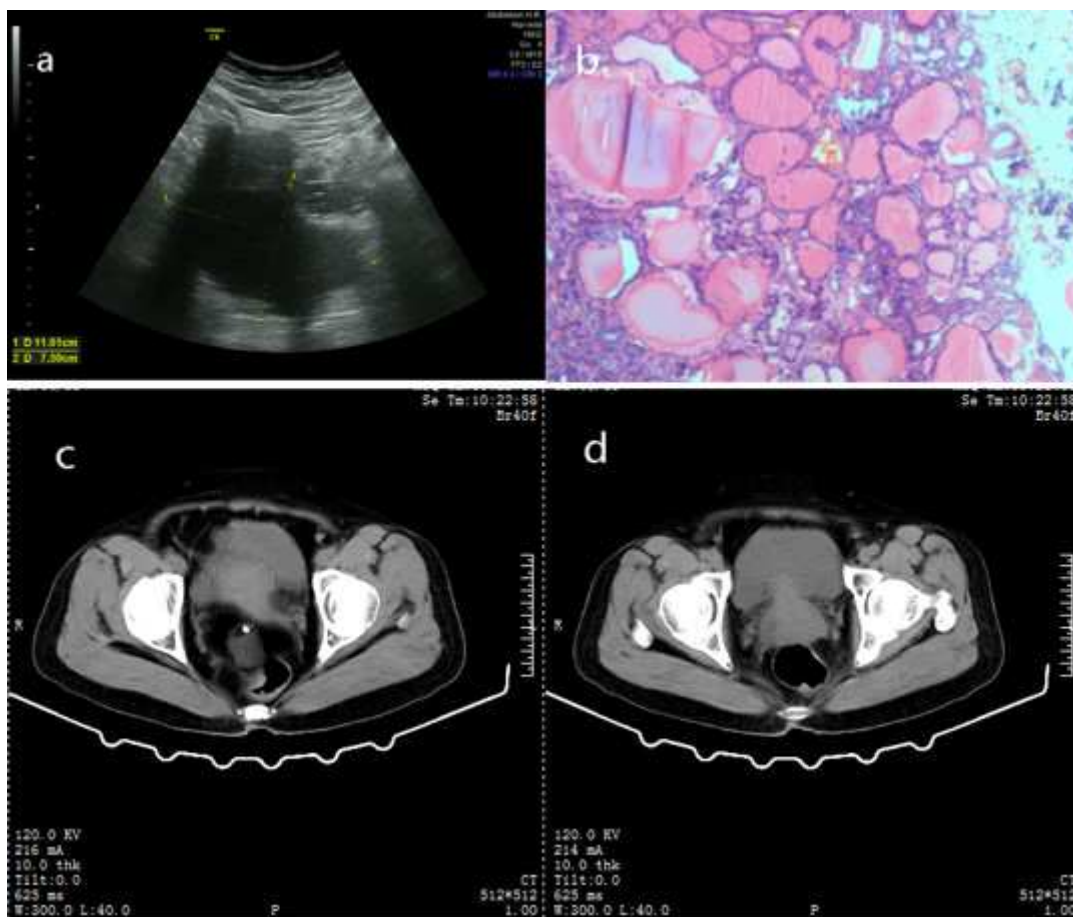


Figure 1 a. 阴式彩超示囊性肿物; b. 病检所见类癌; c. 增强 CT 扫描所示囊肿; d. 增强 CT 扫描所示盆腔包块

参考文献:

[1] 何松明, 洪莉. 卵巢甲状腺肿类癌的研究进展. 医学综述 2017,23(21):4246-4250.

[2] Choi HY, Pak MG, Park J-W. Fortuitously detected primary ovarian carcinoid tumor: A case report. *Medicine* 2023;102:31(e34391).

[3] 田明, 孔秋, 候晓晓, 苗劲蔚. 良、恶性卵巢甲状腺肿的临床和病理特征分析. 首都医科大学学报, 2022,43(3):344-349.

[4] 王梦萍, 袁静萍, 饶洁. 卵巢甲状腺肿类癌伴成熟性囊性畸胎瘤临床病理学观察并文献复习. 中国组织化学与细

胞化学杂志, 2023,32(2):183-185.

[5] 张铃, 秦伟. 卵巢甲状腺肿类癌合并卵巢黏液性囊腺瘤一例. 2021,32(17):2301-2302.

[6] 王晨晨, 宋芳, 肖川, 沈铭红, 周晓军, 吕京滢. 卵巢甲状腺肿类癌临床病理特征并文献复习. 2020,27(19):1590-1597.

[7] 夏伟豪, 周伟, 陈文静, 周毅惠. 原发性卵巢成熟性囊性畸胎瘤合并甲状腺肿类癌一例报告. 2019,46(6):709-712.

作者简介:

杨汉胜 (1988—), 男, 硕士研究生, 从事妇产科工作 10 年, 研究方向为妇科内分泌和肿瘤。