

# 卵巢恶性 Brenner 瘤 1 例

## Malignant Brenner tumor of ovary: a case report

陈 晗 黄成日<sup>(通讯作者)</sup> Chen Han, Huang Chengri<sup>(corresponding author)</sup>

(延边大学附属医院妇科 吉林延边 133000)

(Department of Gynecology, Affiliated Hospital of Yanbian University, Yanbian Jilin 133000)

关键词: 卵巢恶性 brenner 瘤、卵巢肿瘤、卵巢上皮性肿瘤、移行细胞癌;

Keywords: Ovarian malignant brenner tumor, ovarian tumor, ovarian epithelial tumor, transitional cell carcinoma

卵巢 Brenner 瘤是一种极为罕见的起源于卵巢表面上皮的转移性细胞肿瘤,分为良性、交界性及恶性三种类型。卵巢 Brenner 瘤仅占有卵巢肿瘤的 1.5%,大多为良性(95%~97%),交界性及恶性仅占 3%~5%<sup>[1]</sup>。卵巢恶性 Brenner 瘤(malignant Brenner tumor, MBT)更为罕见。因其临床症状、影像学特点和病理特征不明显使 MBT 难以与其他卵巢肿瘤区分,误诊率极高。MBT 需要靠术后病理来确诊,及时的发现与治疗该病对预后具有重要意义。通过对本例在我院诊治的 MBT 患者进行报道,并复习国内外相关文献,目的是尽可能地为妇科医师提供对 MBT 临床诊治的相关经验。

### 1 病例介绍

#### 1.1 患者基本情况

患者女性,46岁,因“体检发现盆腔包块2个月”入院,当时未予诊治。该患者曾于2000年行剖宫产术,G4P1。入院查体:外阴(-);阴道畅;宫体:前位、正常大小;附件:子宫左后方包块、结节样突起、硬、活动受限、右侧增厚。余未见明显异常。妇科超声示:双侧附件区各可见一个混合回声,右侧大小64×31mm,左侧大小69×32mm,边界欠清,形态不规则,实质部分可见较丰富的血流信号。盆腔内见深度为39mm游离暗区,内透声差,盆壁上可见多个弱回声凸起,较大位于宫颈后壁后方,大小26×12mm。左侧髂血管旁及腹主动脉前方可见几个低回声,最大16×10mm。腹腔内及髂血管旁淋巴结肿大,不排除卵巢癌可能。全腹增强CT示:子宫形态尚可,膀胱壁光整,双侧附件区各见不规则囊实性肿块影,右侧最大径约5.0cm,左侧最大径约4.7cm,实性部分强化。盆腔内见多发肿大淋巴结,最大径约2.0cm。双侧附件区不规则囊实性肿块影,考虑卵巢来源恶性肿瘤可能性较大。肿瘤标记物示:糖类抗原125(CA-125)304U/ml。TCT回报:(宫颈)非典型腺细胞,倾向于肿瘤。初步诊断为待查卵巢癌,因该病程较短,且发展迅速,病灶累及双侧卵巢,B超提示实质部分可见较为丰富的血流信号,伴有腹水,考虑卵巢恶性可能性大。

#### 1.2 治疗

结合辅助检查建议患者手术治疗,故行全子宫双附件切除术+阑尾切除术+大网膜切除术进行治疗,术中可见:腹

腔内淡黄色腹水约100ml,子宫稍大,左右两侧卵巢囊实性菜花分叶状,两侧均约8cm×9cm大小,两侧结肠侧位处肠壁见菜花样病灶,直肠壁见多发菜花样病灶,子宫直肠窝处多发菜花样病灶附着,大网膜游离缘处多发菜花样病灶、肠管、肠系膜、壁层腹膜见散在的病灶,腹主动脉旁淋巴结呈串珠样肿大,盆腔外淋巴结肿大,肝、脾表面未见病灶,术中冰冻病理报告为卵巢恶性肿瘤,向患者家属交待病情后行全子宫双附件切除术+阑尾切除术+大网膜切除术+腹主动脉旁淋巴结及盆腔淋巴结清扫术、减瘤术。

### 2 结果

术后病理回报为双附件上皮来源的恶性肿瘤,结合HE形态考虑恶性brenner瘤,送检淋巴结内见癌转移(10/28):腹主动脉旁4/11、左闭孔0/2、左髂内1/4、左髂外2/2,右闭孔2/4、右髂外1/5;免疫组化结果:CK20(-),CK7(+),ER(+),PR(+),Vimentin(-),P16(+),P63(-),P53(+),Ki-67(30%-40%),WT-1(-)。现可明确诊断为卵巢恶性brenner瘤IIIc期。术后给予辅助化疗,方案为多西他赛120mg.v.d1+450mg卡铂.v.d2。患者术后6程辅助化疗结束后,病灶较前无明显缩小,遵上级医院建议,化疗方案更改为紫杉醇脂质体240mg.v.d1+卡铂450mg.v.d2,因个人原因,2程后未继续化疗。

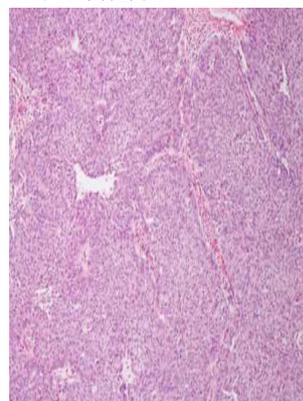


图 A MBT (HE×100)

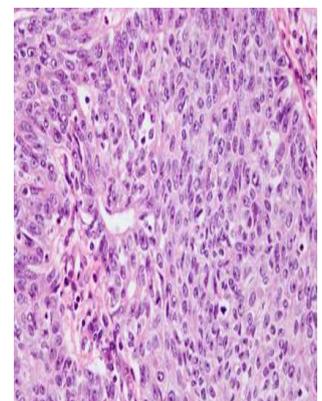


图 B MBT (HE×400)

注:图A增生纤维组织内可见巢状肿瘤细胞浸润。图B肿瘤细胞有异性,可见核分裂像。

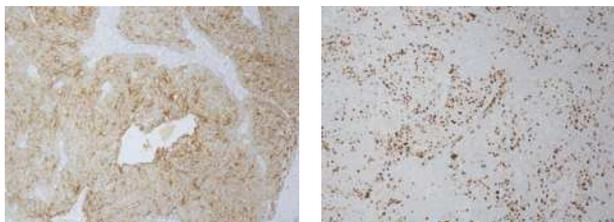


图 C 免疫组织化学染色 x100 (CK-7) 图 D 免疫组织化学染色 x100 (Ki-67)

注: 图 C 为 CK-7 阳性表达。图 D 为 Ki-67 阳性表达。

### 3 讨论

卵巢的移行细胞癌来自卵巢表面上皮, 分为 TCC (卵巢移行细胞癌 Transitional Cell Carcinoma, TCC) 或 BT (Brenner Tumor), Brenner 肿瘤名称来源于 1907 年 Brenner 发现并对其进行描述, 后因此命名<sup>[2]</sup>, 是一种卵巢纤维上皮源性肿瘤, 仅占卵巢肿瘤的 1.5%~2.5%<sup>[3]</sup>, 大部分为良性。国内外关于卵巢 Brenner 肿瘤的报道较少, 主要为个案报道。

MBT 最早由 Claés von Numers 于 1945 年进行报道<sup>[2]</sup>, MBT 与大多数卵巢恶性肿瘤类似, 临床症状不典型, 且十分少见, 好发于 50~70 岁左右的女性, 约占卵巢肿瘤的 0.3%~0.7%<sup>[4]</sup>。多数患者以腹痛或腹部包块就诊, 少数患者以偶发阴道出血、子宫内膜增生过长等症状为主, 主要是由于卵巢肿瘤中的间质细胞产生激素所致<sup>[5]</sup>。

目前虽无可靠的肿瘤标志物用于诊断 MBT, 但根据临床病例分析显示该病患者 CA-125、CA-19-9、HE4、CEA 及 SCC 均有可能表现为升高, 但 CA-125 在 30%~70% 的病例中

表现为升高<sup>[5]</sup>。此外, 增强 CT 或磁共振成像在术前诊断各类转移细胞肿瘤的效果有待考证。根据魏晓光等报道, 多数病例均依靠术后病理明确诊断<sup>[6]</sup>。因此, 明确诊断需要依靠手术切除卵巢肿瘤后行组织病理学进一步评估。

需要与 MBT 鉴别的肿瘤是 TCC, TCC 被认为是临床病理学行为更具有侵袭性的高级肿瘤。虽然它们的发病机制和肿瘤分级并不相同, 但 TCC 和 BT 具有共同的组织学特征, 这使得对该类肿瘤明确诊断更具有挑战性<sup>[7]</sup>。因此通过免疫组化标志物有助于区分 TCC 和各类型 BT。MBT 细胞通常过表达 CK7, 并且缺乏 p16 表达, 而 TCC 细胞则过度表达 p16。有一些证据支持 p63 表达阳性可作为 MBT 的特征。从组织学上讲, MBT 的诊断需要区分出良性或恶性上皮成分, 同时伴有细胞异型性、基质浸润和坏死<sup>[8]</sup>, 所以最终诊断仍需结合组织病理学及免疫组化标记<sup>[9]</sup>。

临床上对该病的治疗方法与其他卵巢上皮性肿瘤相同, 目前手术治疗是卵巢 MBT 的最根本治疗方法, 由于该病十分罕见, 只能基于个别病例报告、病例回顾分析为如何治疗此类患者提供信息。有研究表明, 肿瘤组织局限于卵巢的女性里, 5 年疾病特异性生存率为 94.5%, 而侵犯卵巢外的女性生存率仅 51.3%<sup>[10]</sup>。鉴于报告的病例数量有限, 因此无法在大型临床试验中研究化疗的疗效, 目前尚无用于治疗 MBT 的标准化化疗方案。一项小型回顾性研究显示, 术后使用铂类化疗药物加紫杉醇可获益生存<sup>[11]</sup>。

综上所述, 由于 MBT 在临床上确为少见, 该报告通过对本例患者的病情分析及明确分期诊断, 加强妇科医师对 MBT 的认识, 同时为进一步了解该病发病机制与病情进展提供些许帮助。

### 参考文献:

- [1]童嘉宁, 张洛英, 王爱华. 双侧卵巢恶性 Brenner 瘤 1 例报告[J]. 中国实用妇科与产科杂志, 2020,36(10):1030-1032.
- [2]Balasa R W, Adcock L L, Prem K A, et al. The Brenner tumor: a clinicopathologic review.[J]. Obstetrics and gynecology, 1977,50(1):120-128.
- [3]毕玉晰, 李洋洋, 蒋杰, 等. 卵巢恶性 Brenner 瘤一例报告并文献复习[J]. 国际妇产科学杂志, 2018,45(04):473-476.
- [4]Verma J H K, Gupta M, Halder S, et al. Material engineering in Cylindrical Surrounding Double Gate (CSDG) MOSFETs for enhanced electrostatic integrity and RF performance[C]. 2014. IEEE, 2014.
- [5]Gezginç K, Karataylı R, Yazıcı F, et al. Malignant Brenner tumor of the ovary: analysis of 13 cases[J]. International Journal of Clinical Oncology, 2012,17(4):324-329.
- [6]魏晓光, 张爱青, 王威, 等. 卵巢 Brenner 瘤的超声诊断研究[J]. 中国超声医学杂志, 2021,37(05):574-576.
- [7]Tavassoli F A. Pathology and genetics of tumours of the breast and female genital organs[J]. World Health Organization Classification of Tumours, 2003.
- [8]Ingin R J, Andola S K, Zubair A A. Transitional cell carcinoma of the ovary: case series and review of literature[J]. Journal of clinical and diagnostic research: JCDR, 2014,8(8):D7.
- [9]邹海蛟, 陈辉, 生秀杰. 卵巢恶性 Brenner 瘤伴交界性黏液性肿瘤 1 例报告并文献复习[J]. 中国实用妇科与产科杂志, 2017,33(12):1308-1310.
- [10]Nasioudis D, Sisti G, Holcomb K, et al. Malignant Brenner tumors of the ovary: a population-based analysis[J]. Gynecologic oncology, 2016,142(1):44-49.
- [11]Han J, Kim D, Lee S, et al. Intensive systemic chemotherapy is effective against recurrent malignant Brenner tumor of the ovary: An analysis of 10 cases within a single center[J]. Taiwanese Journal of Obstetrics and Gynecology, 2015,54(2):178-182.