

子宫内膜癌合并输卵管癌双原发癌1例并文献复习

李秋平, 郭璐璐, 李贝贝, 王 蓁*

青岛大学附属医院妇科, 山东 青岛
Email: mountain1963@163.com

收稿日期: 2021年1月3日; 录用日期: 2021年1月25日; 发布日期: 2021年2月7日

摘 要

本文回顾性分析我院腹腔镜手术治疗子宫内膜癌合并输卵管癌双原发癌1例, 结合其相关文献探讨该类型双原发癌的症状、诊断、治疗及预后。目前该类型双原发癌诊断主要依靠术后病理, 治疗上则以手术为主、化疗为辅, 如能早期发现并尽早行手术治疗, 患者预后较好。

关键词

子宫内膜癌, 输卵管癌, 腹腔镜手术

Double Primary Carcinoma of Endometrial Carcinoma with Fallopian Tube Carcinoma: A Case Report and Related Literature Review

Qiuping Li, Lulu Guo, Beibei Li, Zhen Wang*

Department of Gynecology, Affiliated Hospital of Qingdao University, Qingdao Shandong
Email: mountain1963@163.com

Received: Jan. 3rd, 2021; accepted: Jan. 25th, 2021; published: Feb. 7th, 2021

Abstract

In order to investigate its symptom, diagnosis, treatment and prognosis, we reported one double

*通讯作者。

primary carcinoma of endometrial carcinoma with fallopian tube carcinoma case that admitted in our hospital who accepted laparoscopic surgery. Nowadays, postoperative pathology becomes the most dependable diagnostic method of this type of double primary carcinoma, as surgery with chemical therapy far as its treatment. If early detection and early treatment are available, the prognosis of double primary carcinoma could be better.

Keywords

Endometrial Carcinoma, Fallopian Tube Carcinoma, Laparoscopic Surgery

Copyright © 2021 by author(s) and Hans Publishers Inc.

This work is licensed under the Creative Commons Attribution International License (CC BY 4.0).

<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>



Open Access

1. 前言

在我国女性生殖道恶性肿瘤中，子宫内膜癌的发病率位居榜首，其发病率随着近年来经济社会发展有明显升高趋势。原发性输卵管癌发病率极低，仅占妇科恶性肿瘤0.7%~1.8% [1]。而子宫内膜癌合并输卵管癌更为罕见，术前诊断困难大。本文回顾性分析我院收治的子宫内膜癌合并原发性输卵管癌1例，旨在总结其术前诊断及治疗方法。

2. 病例概况

患者为63岁女性¹，因“绝经10年，间歇性阴道流血3年”于2019年10月13日入院。患者10年前自然绝经，绝经后无异常阴道流血、流液，3年前无明显诱因出现间歇性阴道流血，量少，色鲜红，无异味，无异常阴道排液，无腹痛、腹胀等其他自觉不适，未重视，患者4天前于当地医院行宫腔镜检查示：宫腔内见大小约2 * 1.5 * 1 cm占位性病变，表面见粗大血管走行，表面局部呈菜花样，其根部位子宫腔前壁中下段，另于宫腔右后壁、后壁、宫底处间范围约1.5 cm、1.3 cm、0.8 cm不规则组织，宫腔内其余各部内膜均未见异常，双侧输卵管开口可见。宫腔镜下取样行活检病理示：(宫腔及子宫颈管)腺癌(中分化)。患者既往“高血压”病史10余年，“糖尿病”病史5年，平素规律服用降压、降糖药物。生育史：孕2产1。家族史：父母均已故，原因不详，2姐均健在，否认家族中有传染性疾病或遗传倾向疾病。

患者入院后完善相关术前检查，妇科查体：外阴发育正常，阴道通畅，内见少量暗红色血迹，宫颈外观点状出血，略肥大，子宫平位，略大，质软，无压痛，双侧附件区未扪及异常。妇科经阴彩超示：子宫大小4.1 * 4.2 * 3.5 cm，包膜光滑，外形规则，肌层回声欠均匀，单层内膜厚0.2 cm，宫腔内见2.6 * 2.5 * 0.9 cm液性回声，双侧附件区未探及异常回声，子宫直肠陷凹内未探及液性回声。肿瘤标志物：CA125、CA19-9、AFP、CEA、SCC均在正常范围内。

患者入院诊断为：子宫内膜癌(G2)，2型糖尿病，高血压(3级 很高危)，与患者及家属沟通后行腹腔镜子宫内腺癌分期手术。术中见：子宫大小、外形正常，与周围组织无粘连，双侧卵巢及输卵管外观未见明显异常，左侧附件与肠管及左侧盆壁粘连，子宫直肠陷凹未见异常，盆腔内未见明显腹水。遂行腹腔镜下筋膜外全子宫切除 + 双侧卵巢输卵管切除 + 盆腔粘连松解术 + 盆腔淋巴结清扫术。术后石蜡病理(如图1、图2所示)结果：1. (左、右输卵管)浆液性乳头状肿瘤，形态符合交界性浆液性肿瘤(微乳头亚

¹ 本病案报道已取得该患者知情同意。

型)/非浸润性低级别浆液性癌,未见明确浸润;2. 子宫腺肌症;3. 子宫内膜样腺癌,中分化,肌层浸润 < 1/2,未累及宫颈管,脉管癌栓(-);4. 送检双侧盆腔淋巴结内未见肿瘤累及;5. 腹腔冲洗液涂片内未发现肿瘤细胞;6. 免疫组化:WT-1(+),P16(部分+),CA125(+),Pax-8(-),ER(++、60%),PR(-),P53(+、5%),Ki-67阳性率40%,D2-40及CD31示脉管癌栓(-)。术后诊断:子宫内膜癌(IA G2),输卵管癌(IB G3),2型糖尿病,高血压(3级 很高危)。患者术后恢复好,术后第8天予以白蛋白紫杉醇+奈达铂方案第1疗程静脉化疗,截稿时患者已完成化疗共6个疗程,持续随访未见化疗副反应及肿瘤复发迹象。

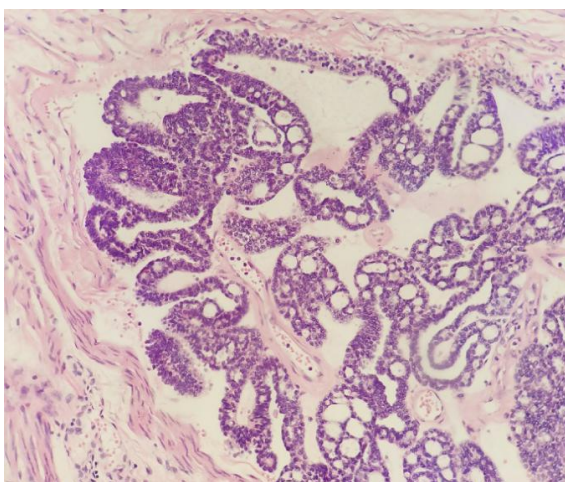


Figure 1. Fallopian tube carcinoma

图 1. 输卵管癌灶

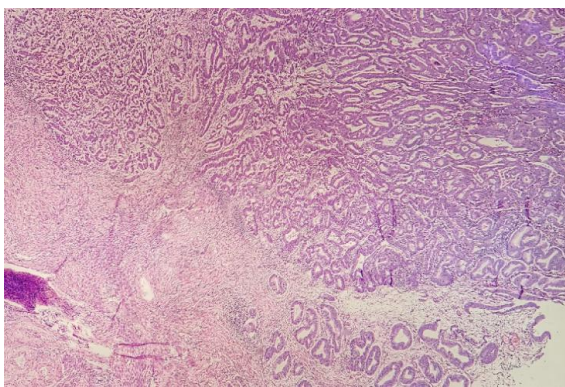


Figure 2. Endometrial carcinoma

图 2. 子宫内膜癌灶

3. 讨论

3.1. 子宫内膜癌

子宫内膜癌在我国女性生殖系统恶性肿瘤发病率中居首位,且发病的年轻化趋势日益明显,其高危因素包括肥胖、糖尿病、绝经延迟等[2];子宫内膜癌的早期症状不甚明显,以不规则阴道流血为主要表现,诊断方法目前主要包括子宫内膜活检、影像学检查、血清肿瘤标志物检测等;子宫内膜癌如能早期发现并治疗,大部分患者预后较好,但晚期、低分化的子宫内膜癌患者预后往往不佳。近年来随着宫腔镜检查的发展和普及,宫腔镜对子宫内膜状况直接检视、活检和病理学检查逐渐成为筛查子宫内膜癌高

危人群、早期发现和准确诊断子宫内膜癌及其先兆的最佳方法[3]。分期手术目前仍是子宫内膜癌主要治疗手段,其标准分期手术式为:全子宫切除+双侧附件切除+盆腔淋巴结清扫+腹主动脉旁淋巴结切除(术中切取子宫后行剖视,并留取腹腔冲洗液),术后根据患者病理分期、分化程度等相关预后因素决定是否追加放化疗。

3.2. 原发性输卵管癌

原发性输卵管癌在生殖系统恶性肿瘤中非常罕见,患病人群主要为绝经后妇女,其5年生存率在30%~50%左右,确诊时的分期是主要的预后影响因素,因此早期诊断尤为重要。输卵管癌的临床表现包括腹痛、阴道排液、盆腔包块等[4],但仅有不足20%患者出现此三联征,加之许多患者缺乏体格检查意识,因此输卵管癌的误诊、漏诊率较高,早期诊断亦因其发病隐匿、临床表现缺乏特异性等原因而变得困难重重。输卵管癌的CT、MRI影像特征包括附件区腊肠型包块、包含囊壁结节的囊实性包块、多房性包块等。超声下可探及附件包块内血流改变,如动脉血流阻力降低等,因此影像学检查对于判断肿块的位置、大小及性质等术前评估具有一定帮助[5][6]。输卵管癌的治疗原则亦以分期手术为主,其中I期I级者术后无需追加放化疗,而化疗方案以紫杉醇联合铂类为主。

3.3. 原发性双癌的诊断

在临床中,原发性输卵管癌的术前诊断往往困难重重,在症状上极易与卵巢癌、输卵管妊娠、转移性输卵管癌等疾病混淆,而子宫内膜癌合并原发性输卵管癌极为罕见,大多数现有病例记载多为术中或术后病理意外发现[7][8]。因此,临床中考虑原发性双癌时需与原发性子官内膜癌并输卵管转移相鉴别:在子宫剖视及病理大体标本中,可发现内膜癌灶明显大于输卵管癌灶,且镜下见内膜与输卵管处病灶组织类型与分化程度相同。而该患者术后石蜡病理结果显示:输卵管癌灶病理类型为微乳头亚型浆液性癌,子宫内膜癌灶病理类型为腺癌,且大体标本与镜下均见双侧输卵管浆膜完整,故我们认为该患者为原发性双癌。

近期有研究表明[9],双原发癌的发病机制可能为微卫星不稳定性(mismatch instability, MSI)与环境因素、基因突变等多种因素的共同作用,且由于MSI延长了患者生存期,第二原发癌的发病率也有所增加。即使合并多种原发性恶性肿瘤,在治疗方案上与单种原发性恶性肿瘤相差不大[10];无论子宫内膜癌或输卵管癌,根据2018年NCCN指南,二者仍以手术治疗为主,手术方式为广泛全子宫切除+双附件切除+盆腔淋巴结清扫+腹主动脉旁淋巴结切除,术中留取腹腔冲洗液,并根据术中探查情况,必要时切除大网膜和阑尾,术后根据FIGO分期、病理类型及其他影响预后的高危因素决定术后化疗方案(以紫杉醇+铂类为基础)。

总之,子宫内膜癌合并输卵管癌原发性双癌在临床中发病率极低,术前诊断困难大,非常容易误诊或漏诊,术前需对病情进行仔细评估,并充分利用影像学检查、血清肿瘤标志物等辅助检查帮助诊断;此外,术中探查及子宫剖视亦举足轻重,必要时切取双附件行术中冰冻病理检查。目前所掌握的研究资料显示[11],与输卵管转移性癌患者、子宫内膜转移性癌患者相比较,原发性双癌患者预后较好,然而子宫内膜癌合并输卵管癌原发性双癌在人群中发病率极低、研究样本量小,具体的手术方式、化疗方案对预后的影响还需行大样本量研究进一步探索。

参考文献

- [1] Koo, Y.J., Kwon, Y.S., Lim, K.T., et al. (2011) Paraaortic Lymphadenectomy for Primary Fallopian Tube Cancer. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 112, 18-20. <https://doi.org/10.1016/j.ijgo.2010.07.025>
- [2] 张乃恽, 吴成, 廖秦平. 子宫内膜癌的现状和筛查[J]. 中华临床医师杂志, 2011, 5(3): 804-809.

- [3] 王璐, 赵俊磊. 研究宫腔镜在子宫内膜癌临床分期诊断中的诊断价值[J]. 中国保健营养, 2020, 30(27): 95-96.
- [4] 孙泓泓, 包灵洁, 易晓芳, 等. 101 例原发性输卵管癌临床特点及预后影响因素分析[J]. 中国癌症杂志, 2019, 29(9): 723-729.
- [5] 徐莉. 原发性输卵管癌的超声诊断[J]. 影像研究与医学应用, 2020, 4(16): 11-12.
- [6] 王良炯, 黄静, 邓生德, 等. 原发性输卵管癌的 MRI 表现[J]. 实用放射学杂志, 2015, 31(11): 1807-1809, 1813.
- [7] Purbadi, S., Andika Santawi, V., Tjahjadi, H., *et al.* (2020) Case Report: Unpredictable Nature of Tubal Cancer. *Annals of Medicine and Surgery*, **51**, 44-47. <https://doi.org/10.1016/j.amsu.2020.01.002>
- [8] Rexhepi, M., Trajkovska, E., Ismaili, H., *et al.* (2017) Primary Fallopian Tube Carcinoma: A Case Report and Literature Review. *Open Access Macedonian Journal of Medical Sciences*, **5**, 344-348. <https://doi.org/10.3889/oamjms.2017.044>
- [9] Wodarz, D. and Zauber, A.G. (2015) Cancer: Risk Factors and Random Chances. *Nature*, **517**, 563-564. <https://doi.org/10.1038/517563a>
- [10] 李双弟, 万小平. 合并其他恶性肿瘤的诊断与处理[M]//王建六. 子宫内膜癌. 北京: 北京大学医学出版社, 2010: 298-302.
- [11] 邓泽文, 赵祎琪, 罗古坡, 等. 子宫内膜和卵巢原发性双癌与原发性子官内膜癌伴卵巢转移的临床特征及分析[J]. 四川大学学报, 2019, 50(2): 268-271.