

原发性子宫内膜异位起源肝样腺癌

邱健鸿, 徐丽莹

【关键词】 腺癌; 子宫内膜异位症; 甲胎蛋白; 磁共振成像

【中图分类号】 R730.261; R711.71; R73-3; R445.2 【文献标志码】 D

【文章编号】 1000-0313(2023)10-1353-02

DOI:10.13609/j.cnki.1000-0313.2023.10.024

开放科学(资源服务)标识码(OSID):

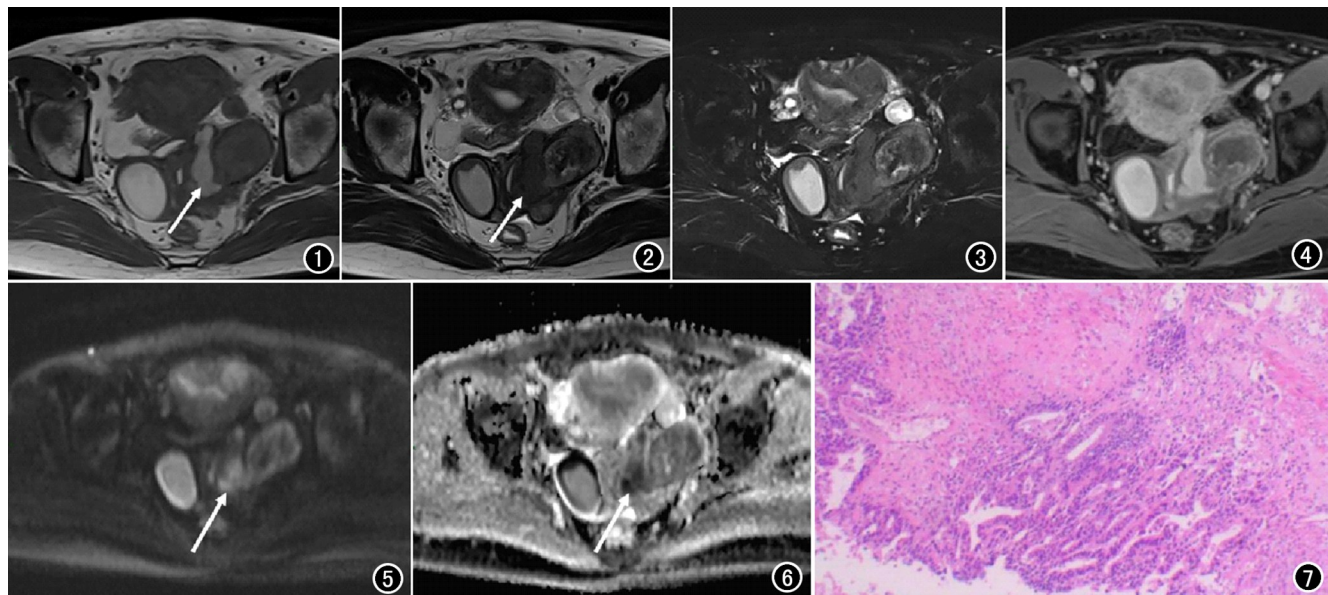


图1 盆腔 T₁WI 平扫:肿块呈混杂信号影,内见条片状短 T₁ 信号影(箭)。图2 T₂WI 示肿块信号不均,短 T₁ 信号对应部位呈短 T₂ 信号影(箭)。图3 脂肪抑制 T₂WI 未见明显信号减低区。图4 增强后肿块呈不均匀强化。图5 DWI(b=1000)示肿瘤局部呈高信号(箭)。图6 ADC 示肿瘤对应部分呈低信号(箭)。图7 术后病理示肿瘤平滑肌组织内见腺癌浸润伴大片坏死(HE×40)。

病例资料 患者,42岁,女。实验室检查 AFP 4267.76 ng/mL;CA199 45.95 U/mL。盆腔 MRI 示子宫后方偏左侧一不规则肿块影,信号不均匀,呈 T₁WI、T₂WI 混杂信号影,大小约 11 cm×6 cm×5 cm,肿块与子宫后壁分界欠清(图1~3)。增强:肿块呈不均匀轻度强化(图4)。DWI:盆腔肿块实质部分呈弥散受限高信号,对应 ADC 值减低(图5、6)。术中见子宫后方肌瘤样组织与子宫后壁致密粘连,双侧附件未见明显异常。病理结果:肿瘤平滑肌组织内见腺癌浸润伴大片坏死(图7)。免疫组化检测,肿瘤细胞:PAX8(-),CK7(+),CK(+),ER(-),PR(-),

Ki-67(Li:80%),P53(突变型),WT-1(-),P16(局部+),P504S(灶+),NapsinA(-),HNF1β(-),VIM-ENTIN(-),calretinin(-),CK5/6(-),EBER(原位杂交)(-),CD56(灶+),CgA(-),SYN(-),GATA-3(-),S-100(-),SALL4(+),Glypican-3(灶+),AFP(+),EMA(-),CK19(+),Hepatocyte(灶+),Arginase-1(灶+),CK8/18(+),MOC31(+). 考虑肝样腺癌。鉴于镜下见子宫内膜异位症图像,考虑肿瘤来源于子宫内膜。

讨论 肝样腺癌(hepatoid adenocarcinoma, HAC)是一种罕见的肝外恶性肿瘤,肝样腺癌是一种组织学上类似于肝细胞癌的肿瘤^[1]。据报道 HAC 可发生在胃肠道、胰腺、肺、卵巢、胆囊、子宫等。这些部位中胃是 HAC 最常见部位^[2]。组织学上 HAC 具有与肝细胞癌相似的形态学和免疫组织化学特征^[3]。原

发于子宫内膜异位症的 HAC 十分罕见,目前只有 1 篇由子宫内膜异位症起源的卵巢透明细胞癌合并 HAC 报道^[4]。HAC 患者的显著特点是肿瘤细胞可分泌甲胎蛋白,血清 AFP 水平可用来监测该疾病的发生、发展及预后情况^[5]。少部分病例报道中 HAC 患者无明显 AFP 升高^[6]。

鉴别诊断①卵黄囊瘤:以实性为主的囊实性肿块,肿瘤血供丰富,肿瘤内易出现出血及坏死。CT 平扫一般呈等低混杂密度,MRI 平扫 T₁WI 呈等低信号,T₂WI 呈不同程度的高信号,CT 及 MRI 增强肿瘤显著强化,其特征性表现为亮点征(肿瘤内部明显强化的小点状或管状影)或血管流空信号^[7]。②无性细胞瘤:好发于儿童及青年女性,CT 平扫呈不规则混杂稍低密度影,MRI 表现为 T₁WI 呈等低信号,T₂WI 呈等或稍高信号,纤维血管分隔在 T₁WI 和 T₂WI 呈典型低信号。增强检查特征性表现为实性肿块内见明显强化的条索状分隔^[8-9]。③子宫内膜异位症:表现为局部增厚软组织影,类似于肿瘤性病变,T₁WI 多为中等信号,含出血时呈高信号,T₂WI 呈低信号。增强扫描病灶不均匀强化^[10]。④子宫肌瘤:浆膜下子宫肌瘤及阔韧带子宫肌瘤表面仅覆盖少许肌壁和浆膜,在部分切面上可与子宫分离,酷似盆腔或卵巢肿块。肌瘤其密度及信号取决于有无变性,当肌瘤存在变性时,T₂WI 呈等高混杂信号,DWI 上呈高信号,ADC 值较低,增强后呈明显不均匀强化^[11]。

综上所述,原发性盆腔子宫内膜异位症起源的 HAC 十分罕见,临床及影像学表现缺乏特异性,当发现伴随血清甲胎蛋白明显升高时应考虑 HAC 可能。目前该疾病治疗方法一般采取以手术治疗为主,放化疗为辅的综合治疗。HAC 具有高度侵袭性,恶性程度

高,易早期转移,预后差的特点^[12]。因此早期诊断及治疗对其预后具有重要意义。

参考文献:

- [1] Kato K, et al. Primary hepatoid adenocarcinoma of the uterine cervix[J]. Int J Gynecol Cancer, 2007, 17(5): 1150-1154.
- [2] 黄爱娜, 陆健, 曾蒙苏, 等. 胃外肝样腺癌的影像学诊断[J]. 放射学实践, 2022, 37(9): 1092-1097.
- [3] Xia R, et al. Hepatoid adenocarcinoma of the stomach: current perspectives and new developments [J]. Front Oncol, 2021, 11: 633916.
- [4] Takahashi Y, et al. Alpha-fetoprotein producing ovarian clear cell carcinoma with a neometaplasia to hepatoid carcinoma arising from endometriosis: a case report [J]. J Obstet Gynaecol Res, 2011, 37(12): 1842-1846.
- [5] Wu QY, et al. Endometrial hepatoid adenocarcinoma: a rare cause of elevated serum α -fetoprotein [J]. J Obstet Gynaecol Res, 2014, 40(3): 873-877.
- [6] Lin J, et al. Non- α -fetoprotein-producing adrenal hepatoid adenocarcinoma: A case report and literature review [J]. Medicine (Baltimore), 2018, 97(39): e12336.
- [7] 谢紫东, 王成名, 卢绍路. 卵黄囊瘤的 CT、MRI 诊断与误诊分析 [J]. 中国性科学, 2019, 28(7): 15-19.
- [8] 廖江, 陈加优, 郑祥, 等. 卵巢无性细胞瘤的影像学表现与病理对照研究 [J]. 临床放射学杂志, 2020, 39(12): 2486-2489.
- [9] 孙群维, 史铁梅, 杨思, 等. 卵巢无性细胞瘤临床病理与影像学表现对照研究 [J]. 中国医学影像学杂志, 2013, 21(7): 549-551.
- [10] Foti PV, Farina R, Palmucci S, et al. Endometriosis: clinical features, MR imaging findings and pathologic correlation [J]. Insights Imaging, 2018, 9(2): 149-172.
- [11] 宋杰, 曹子龙, 王春立, 等. 浆膜下蒂状粘液变性子宫肌瘤的 MRI 诊断及鉴别诊断 [J]. 放射学实践, 2021, 36(1): 108-111.
- [12] 殷敏, 杨佳欣. 原发性卵巢肝样腺癌 1 例 [J]. 肿瘤学杂志, 2022, 28(3): 243-245.

(收稿日期: 2022-09-30 修回日期: 2023-01-08)