

• 病例报告 •

原发性卵巢小细胞癌一例

王文翔 范文强 王倩青 陈彩霞

一、病例摘要

患者 59 岁，以“下腹疼痛伴双下肢疼痛 1 个月余”为主诉于 2009 年 10 月 21 日入河南省新乡市中心医院。患者已自然绝经 13 年，1 个月前无明显诱因出现下腹疼痛，为刺痛性质，无放射，同时伴有双下肢疼痛，无恶心、呕吐、阴道异常流血排液，下肢肿胀等不适。遂于当地医院予以对症治疗后无明显好转，外院 B 超检查发现盆腔实性占位，门诊以“盆腔肿瘤”收入院。患者自患病以来精神食欲差，大小便正常，体重无明显减轻。既往史：“高血压病”9 年，“糖尿病”9 年。无其他系统内科、外科病史。婚育史：22 岁结婚，孕 3 产 2，人工流产 1 胎，足月顺产 1 男婴、1 女婴。月经史：17 岁，7/30 d，量中等，无痛经史。查体：生命体征平稳。全身浅表淋巴结未扪及明显增大。双肺呼吸音清，心律齐。腹平软，肝脾肋下未触及。妇科检查：外阴已婚经产式，阴道畅，黏膜光滑，宫颈口脱出 0.5 cm 红色息肉样组织，质软，宫体触诊不清，右附件区可及 10 cm 实性包块，形态不规则，质硬，与子宫体分界不清。左侧附件区未扪及异常。10 月 22 日辅助检查：肺部 X 光：双肺未见明显异常。彩超：轻度脂肪肝，盆腔实性包块，盆腔积液（子宫前方探及大小约 98 mm×75 mm 不规则略强回声，内回声不均匀，可见片状液性暗区，下腹部可探及深约 40 mm 液性暗区）。实验室检查：血常规，肝肾功，凝血功能，大小便常规均未见异常。血清肿瘤标记物：CA₁₂₅ 42.45 U/ml，CA₁₉₉ 522.20 U/ml，AFP 4.33 U/ml。入院后行胃镜检查：食管炎，充血性胃炎伴胃多发息肉，（胃体上中部大弯侧见两枚长蒂样息肉，表面呈分叶状伴糜烂），行息肉活体检查病理示：（胃体上中部大弯）黏膜慢性炎，部分上皮伴增生并炎性渗出、坏死。结肠镜检查：大肠各段肠黏膜均正常。于 2009 年 10 月 31 日全麻下行“剖腹探查术”。术中所见：少量淡黄色腹水约 200 ml，肝胆胰脾、胃肠、腹膜、大网膜无病灶，子宫体小于正常，左附件区萎缩，右附件区实性肿物约 10 cm×9 cm，粘连于子宫右前方及膀胱，探查腹主动脉旁淋巴结肿大，呈团块状，约 12 cm×10 cm，粘连固定。右髂总有 2~3 个淋巴结，较固定，约 3 cm×2 cm，术中行“全子宫+双附件切除术+双侧骨盆漏斗高位结扎术”，术中冰冻快速病理提示：

右卵巢颗粒细胞瘤，遂行“大网膜切除术+阑尾切除术”，并取右髂血管处淋巴结送病理。腹主动脉旁淋巴结固定，与腔静脉及腹主动脉粘连，固定无法切除，术中与家属沟通告知病情及手术范围。术后病理：右卵巢小细胞恶性肿瘤，伴大量坏死，免疫组化结果：CD56（+），cgA（+），syno（+），CK（+），CD99（+），CD117（+），CK7（+），inhibin（-），PLAP（-），LCA（-），子宫内膜呈老年性改变，慢性宫颈炎，左附件区未见明显异常，慢性阑尾炎，大网膜未见肿瘤，（右髂血管旁）淋巴结可见癌转移。结合免疫组化及形态，诊断为右卵巢神经内分泌癌，倾向小细胞癌。腹水涂片未见癌细胞。病理切片送中国医学科学院肿瘤医院会诊：右卵巢形态及酶标结果提示为神经内分泌癌，伴大片坏死，散在小灶腺样结构，符合小细胞癌，子宫及阑尾未见癌，少许破碎的淋巴结未见癌。术后 10 d 血清 Ca：2.03 mmol/L。术后以 CBP：100 mg（d1~d5），VP-16：100 mg（d1~d5）方案化疗三个疗程，化疗间隔中数次突发脑血管意外，因经济原因放弃后续治疗。2010 年 12 月，电话随访尚健在。2011 年 5 月失访。

二、讨论

原发性卵巢小细胞癌（ovarian small cell carcinoma, SCC）是一种罕见的常伴有高钙血症的高度恶性肿瘤。自 1982 年 Dickersin 等^[1]报道了 11 例高钙血症型卵巢小细胞癌后，卵巢小细胞癌（肺型）最早于 1992 年由 Eichhorn 等^[2]提出。由于其少见，组织形态又为未分化型，故其肿瘤类型及组织来源一直不能确定，治疗效果不佳。

卵巢小细胞癌临床表现上没有特异性，常见的有腹胀，腹痛，下腹包块，腹水，绝大多数肿瘤发生在单侧卵巢，左右两侧的发生率几乎相等。据报道，约 2/3 患者伴有高钙血症。本例患者术前血钙值未查，术后正常。病理诊断是确诊的标准，组织学上卵巢 SCC 易于性索间质肿瘤、生殖细胞肿瘤混淆。本例 SCC 患者术中行快速病理报告为右卵巢颗粒细胞瘤，术后石蜡病理为卵巢小细胞癌，肺型。初筛排除肺小细胞癌转移，老年女性，血钙水平正常，镜下小圆形，核均匀深染，未见明显核仁，无大细胞灶，支持系肺型原发性卵巢小细胞癌。同时肿瘤细胞呈免疫组织化学有助于诊断及鉴别诊断。卵巢上皮来源的肿瘤 EMA 呈阳性表达，而小细胞癌有 1/3 呈阳性表达。且 12% 小细胞癌内存在黏液上皮，因此，认为其来源上皮细胞的可能性比较大。本例患者血清中 CA₁₂₅ 轻微上升，也支持这种

doi: 10.3969/j.issn.1672-1861.2012.01.023

作者单位：453000 河南省新乡市中心医院妇科（王文翔、王倩青、陈彩霞）；风湿免疫科（范文强）
通信作者：陈彩霞 Email: wxwang_2006@yahoo.cn

观点。免疫组化神经内分泌肿瘤标记物: Syn、CgA 阳性表达, 提示肿瘤细胞具有嗜银性。光镜下见: 右卵巢大片坏死, 散在小灶腺样结构, 部分起源于卵巢神经内分泌细胞。本例患者值得注意的是 CA₁₉₉ 升高明显, 在排除胃肠道肿瘤后, 手术治疗后, 术后化疗过程中 CA₁₉₉ 正常范围内。具体原因不详。

卵巢 SCC 是恶性程度高, 侵蚀性强, 易复发, 预后差的肿瘤。治疗原则仍然是手术为主, 辅以放疗及化疗。手术方式采用肿瘤细胞减灭术, 包括全子宫及双附件切除术、盆腹腔种植瘤减灭术、腹膜后淋巴结清扫术^[3]。对于原发性卵巢小细胞癌, 化疗是一项重要的辅助性治疗手段。用过的化疗方案有 PAC, VAC, PVB, PEB 等, 强调多药联合应用。近年来, 文献报道使用 6 药联合方案^[4]。这些药物为顺铂+长春新碱+环磷酰胺+平阳霉素+表柔比星+依托泊苷, 取得了较好疗效, 但皆为个案报道, 化疗毒副作用尚无统计学意义。目前至今没有关于何种化疗方案最有效的结论性建议。Baeyens 等^[5]报道一例 17 岁卵巢小细胞癌 IA1 期采用放射治疗后 10 年仍健在, 对卵巢小细胞癌的治疗, 预后有了新的希望。

参 考 文 献

- [1] Dickersin GR, Kline IW, Scully RE. Small cell carcinoma of the ovary with hypercalcemia: a case report of eleven cases. *Cancer*, 1982, 49: 188-197.
- [2] Eichhorn JH, Young RH, Scull RE. Primary ovarian small cell carcinoma of pulmonary Type, A clinicopathologic, immunohistologic, and flow cytometric analysis of 11 cases. *Am J Surg Pathol*, 1992, 16: 926-938.
- [3] 连利娟. 林巧稚妇科肿瘤学. 4 版. 北京: 人民卫生出版社, 2006: 692-698.
- [4] Hamiton S, Beattie GJ, Williams AR. Small cell carcinoma of the ovary: a report of three cases and review of the literature. *J Obstet Gynaecol*, 2004, 24: 169-172.
- [5] Baeyens L, Amar S, Vanden Houte K, et al. Small cell carcinoma of the ovary successfully treated with radiotherapy only after surgery: case report. *Eur J Gynaecol Oncol*, 2008, 29: 535-537.

(收稿日期: 2011-09-22)

胎儿心率过缓致孕妇诊断系统性红斑狼疮一例

陈蔚琳

一、病例摘要

患者 33 岁, 孕 1 产 0, 末次月经 2009 年 7 月 30 日, 预产期 2010 年 5 月 7 日。因“孕 20 周常规产检 B 超提示胎心率 70 次/分”于 2009 年 12 月 20 日来北京协和医院就诊。既往体健, 月经规律, 早孕期无放射线及毒物接触史, 孕期平顺, 无明显口腔溃疡及脱发, 无发热皮疹, 口干眼干, 雷诺现象及光过敏现象。查体: 体温 36℃, 心率 85 次/分, 呼吸 25 次/分, 血压 129/78 mm Hg (1 mm Hg=0.133 kPa), 颜面部无皮疹及红斑, 口腔无溃疡, 双手各指不肿, 心肺(一), 腹部膨隆, 宫底于脐耻之间, 胎心率 73 次/分, 律齐。入院后行胎儿超声心动检查: 心脏结构正常。常规生化检查: 血常规正常 (WBC $5.91 \times 10^9/L$, NEU 73%, RBC $3.81 \times 10^9/L$, Hb 117 g/L, PLT $242 \times 10^9/L$)。尿蛋白(一)。肝肾功能正常 ALT 25 U/L, AST 14 U/L, TP 79 g/L, ALB 40 g/L, TBIL 7.9 $\mu\text{mol/L}$, DBIL 1.9 $\mu\text{mol/L}$, ALP 127 U/L, K 4.1 mmol/L, Na 134 mmol/L, CL 102 mmol/L, Cr 56 $\mu\text{mol/L}$, BUN 2.89 mmol/L, GLU 4.3 mmol/L, UA 185 $\mu\text{mol/L}$, ESR 86 mm/h, CRP 8.28 mg/dl (0~8)。RF 334 U/ml (0~20)。抗双链 DNA 抗体(一), 抗核抗体 1:64,

抗平滑肌抗体 (SMA)、抗线粒体抗体 (AMA)、抗胃壁细胞抗体 (PCA)、抗肝肾微粒体抗体 (HRA)、抗线粒体抗体 (IgG 型) 均(一)。抗 SSA 抗体 1:64, 抗 SSB 抗体 1:4。补体: CH 50 66.1 U/ml (26~55) C3 146 mg/dl (60~150) C4 40.4 mg/dl (12~36)。免疫科考虑孕妇患结缔组织病, 系统性红斑狼疮可能性大, 交代妊娠风险, 患者坚决要求继续妊娠。于孕 25 周始予口服强的松 20 mg (Qd)。孕 34 周复查 CH 50 64.7 U/ml, C3 124 mg/dl, C4 28.2 mg/dl。患者无不适主诉并继续服药。孕 35⁺4 周因“胎膜早破”再次入院, 胎心率 75 次/分, 胎心监护见图 1。要求剖宫产, 孕 36 周剖宫产一活男婴, 手术当日及术后 3 d 使用琥珀酸氢考 100 mg (Q12h), 后继续强的松 20 mg (Qd)。产后溴隐亭退奶。术后 7 d 拆线出院并在风湿免疫科继续治疗。新生儿 APGAR 评分好, 转重症监护室

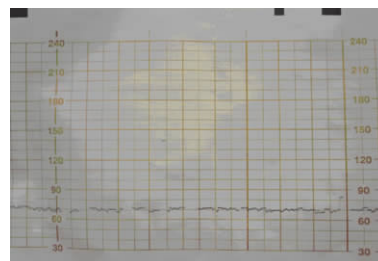


图 1 35⁺4 周胎心监护图

doi: 10.3969/j.issn.1672-1861.2012.01.024

作者单位: 100730 中国医学科学院、中国协和医科大学北京协和医院妇产科