

## · 病例报告 ·

## 小儿巨大卵巢浆液性乳头状囊腺癌1例

吴水华 肖雅玲

小儿巨大卵巢浆液性乳头状囊腺癌临床罕见,作者近期收治1例,现报道如下:

患儿,女,12岁,因“腹胀半年、腹痛4d”入院。体查:腹部高度膨隆,呈蛙状腹,未见胃肠型及蠕动波,可见腹壁静脉曲张,腹部可扪及巨大肿块,边缘不清,质韧,全腹有压痛,无明显反跳痛,肝脾扪不清,双肾区无明显叩痛,移动性浊音(+/-),肠鸣音可闻及,无高调音。AFP 3.65 ng/mL。X线检查考虑腹部占位性病变。腹部B超检查提示中下腹部囊实性肿块,性质待定,不排除来源于卵巢的可能,考虑为畸胎瘤并破裂出血。全消化道造影提示中下腹部无钡剂分布区,邻近肠管稍受压、推移,空回肠聚集于左侧腹部,考虑腹腔占位性病变的可能性大;另外,胃容积稍小,且向内侧移位,胃食管反流。静脉肾盂造影未见异常。腹部CT检查提示腹部巨大囊实性病变,考虑为卵巢来源肿瘤、肿瘤破裂致大量腹水。

经完善术前检查与评估后行剖腹探查手术。取下腹部横切口进入腹腔,见腹腔有大量浑浊腹水,约500 mL,吸尽,

探查见肿瘤巨大,约20 cm×20 cm×20 cm,呈球状,囊实性,有包膜,边界清楚,肿瘤与大网膜、部分肠管壁粘连,分离粘连带,于肿瘤囊性部分无血管区切开囊壁,缓慢抽出混浊液体,约3 000 mL,留取10 mL送检,肿瘤明显缩小,将肿瘤暴露于切口外,见肿瘤来源于右侧卵巢,未见正常卵巢组织,右侧输卵管与输卵管伞肿胀,增粗,直径2 cm,子宫壁明显肿胀,完整切除肿瘤及病变卵巢与输卵管组织,探查左侧输卵管及卵巢无明显病变,有水肿,腹腔未见明显肿大淋巴结。病理检查结果:送检组织包膜完整,切开为囊实性,实质性组织呈菜花状改变,镜下见瘤细胞侵犯卵巢组织,未突破包膜,呈乳头状改变,瘤细胞增生活跃可见核分裂相,部分瘤细胞有明显异型,伴出血及多灶坏死。诊断为卵巢浆液性乳头状囊腺癌;送检大网膜组织中可见出血及炎症细胞浸润,未见肿瘤细胞,局部可见输卵管结构,未见肿瘤细胞侵犯。患儿术后恢复顺利,1周后出院,未予其他治疗,1个月后复诊,患儿无特殊不适,腹部彩超检查未见明显异常,AFP 6.01 ng/mL。典型照片见图1~4。

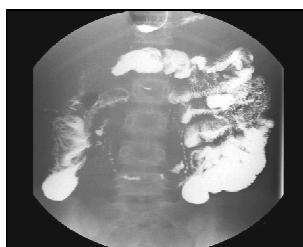


图1 中下腹无钡剂分布区



图2 腹部巨大囊实性病变

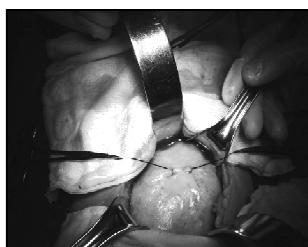


图3 肿瘤巨大,无法取出,予悬吊抽取囊内液



图4 巨型肿瘤完整切除

**讨论** 巨大卵巢浆液性乳头状囊腺癌在卵巢恶性肿瘤中占40%~60%,约半数为双侧。发病年龄40~60岁,本例年龄12岁,大多由浆液性乳头状囊腺瘤恶变而来,但也有一开始即为恶性者。肿瘤呈囊实性,部分为实体或乳头状,瘤体大小不一。常有出血坏死,囊内有混浊或血性液体。乳头状新生物质脆,囊壁常与周围组织粘连,有时见囊外表面有乳头状物形成。其组织起源于卵巢生发上皮的见解已为人们所接受,是来源于体腔上皮的一种卵巢肿瘤。其预后依组织分化程度不同而异,恶性度高者5年生存率小于20%。Oksejell等<sup>[1]</sup>报道卵巢囊腺癌手术的成功是决定预后的一个独立性因素。单纯手术治疗对一期卵巢癌患者的疗效较好,但如果病情已经较为严重,手术结合化放疗的综合治疗方法更为有效。严格按照手术病理分期决定手术方式及术

后化疗方案,可提高患者尤其是I期患者的5年生存率。因研究对象和统计学方法的差异,淋巴结转移、化疗和年龄等是否属于独立的预后因素尚不明确<sup>[2,3]</sup>,如何早期诊断卵巢癌,尤其在小儿卵巢恶性肿瘤是临床急需解决的问题。

## 参考文献

- 1 Oksejell H. Ovarian cancer stage IIIC, consequences of treatment level on overall and progression-free survival [J]. Eur J Gynaecol Oncol, 2006, 27 (3): 209~214.
- 2 Boudou, Rouquette P, Pautier P, et al. Prognostic and predictive factors in epithelial ovarian cancer [J]. Bull Cancer, 2009, 96 (4): 425~437.
- 3 Ayhan A, Gultekinm, Dursun, et al. Metastatic lymph node number in epithelial ovarian carcinoma: Does it have any clinical significance? [J]. Gynecol Oncol, 2008, 108 (2): 428~432.