

原发性升结肠卵黄囊瘤 1 例报道

Primary Yolk Sac Tumor in Ascending Colon: One Case Report

XIA Li-feng, LUO Ju-fang

夏利锋, 罗菊芳

(武警浙江省总队嘉兴江南医院, 浙江 嘉兴 314000)

主题词: 结肠肿瘤; 卵黄囊瘤; 病例报告

中图分类号: R735.3*5 文献标识码: B

文章编号: 1671-170X(2015)04-0353-02

doi: 10.11735/j.issn.1671-170X.2015.04.B021

卵黄囊瘤又称内胚窦瘤, 是一种由胚外结构(卵黄囊)发生的高度恶性生殖细胞肿瘤, 多发生于儿童, 大多起源于性腺, 约占原始生殖细胞肿瘤的 20%, 原发于升结肠者极为罕见, 本院近期收治 1 例升结肠卵黄囊瘤患者, 现报道如下并复习相关文献。

1 临床资料

患者, 女性, 33 岁, 民工, 因“右下腹痛 3 天”入院, 患者 2 个月前曾因右下腹痛在当地卫生院就诊, 检查后拟“阑尾脓肿”行抗感染、对症治疗后腹痛好转, 此次于 3d 前再次出现右下腹痛, 疼痛呈持续性, 伴恶心、呕吐, 腹泻、水样便, 无发热, 在当地卫生院治疗, 无明显好转, 入我院后查体: 腹部稍膨隆, 右下腹可触及一肿块, 约 7cm, 伴压痛, 无反跳痛及肌紧张, 直肠指诊未及肿块。查腹部彩超提示右下腹混合性包块(考虑阑尾脓肿), 全腹部 CT(Figure 1)提示回肠末端肠管扩张, 回盲部肠管增厚, 盆底积液, 血常规白细胞计数(WBC) $8.5 \times 10^9/L$, 经抗感染、对症治疗后未见明显好转, 复查腹部 CT 提示肠管扩张较前明显, 不全性肠梗阻表现, 即决定行剖腹探查。术中见升结肠中段有一直径约 8cm×7cm 肿块, 质地硬, 近端升结肠明显扩张, 呈闭袢性肠梗阻表现, 结肠右血管及肠系膜血管周围见多枚肿大淋巴结, 行右半结肠切除术+周围淋巴结清扫。病理巨检: 带部分回肠及结肠切除标本: 回肠长 11cm, 直径 3.5cm, 结肠长 25cm, 最大径 10cm, 距结肠侧切缘 8cm 处见一溃疡型隆起型肿块, 10cm×4cm, 周边肠壁增厚肠腔梗阻, 阑尾 1 条, 大网膜 1 块。诊断: (结肠) 溃疡型低分化腺癌, 浸润肠管全层, 上下切缘阴性, 肠周淋巴结 2/30 见癌转移, 大网膜阴性, 慢性阑尾炎。术后免疫组化检查显示, 瘤细胞 AFP(+), HCG(+), CK(+), CD30(+), Ki-67 瘤细胞阳性率约 30% (Figure 2, 3)。怀疑卵黄囊瘤, 追查肿瘤指标: AFP 224.64ng/ml, CA15-3 64.5U/ml, 免疫诊断: “升结肠”转移性卵

黄囊瘤, 建议重点检查女性生殖系统以寻找原发灶。术后复查全身性 PET/CT 未见 FDG 代谢增高灶, 血 HCG 78IU/L。因未发现有生殖系统病灶, 所以患者最终诊断为“原发性升结肠卵黄囊瘤”。术后给予全身静脉化疗, PVB 方案(长春新碱+



Figure 1 Result of abdominal CT

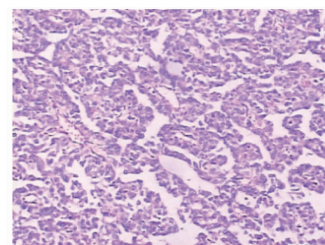


Figure 2 Immunohistochemical results (HE ×100)

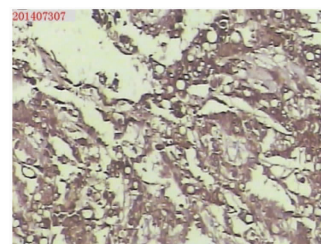


Figure 3 Immunohistochemical results (HE ×100)

收稿日期: 2014-06-07; 修回日期: 2014-08-16

博来霉素+顺铂),术后3个月血AFP降至正常,术后6个月复查发现肝脏转移瘤,未行病理检查。后患者家属放弃治疗,失访。

2 讨论

2.1 组织学特征

卵黄囊瘤又名内胚窦瘤,1959年由Teilum^[1]提出并命名,人类无内胚窦结构,但研究发现卵黄囊瘤组织与小鼠胎盘的內胚窦结构相似,故命名为内胚窦瘤,又因在超微结构中发现人类胚胎的卵黄囊与其相似,并从免疫组化研究中得到证实,故称为卵黄囊瘤。绝大部分发生在30岁之前,罕见情况下发生在绝经后妇女,且多伴发卵巢上皮性肿瘤^[2]。根据文献报道,卵黄囊瘤多发生于性腺(睾丸、卵巢)及骶尾部,也可发生在生殖细胞从卵黄囊迁移至生殖嵴的中线路径上,包括纵隔、后腹膜、阴道、外阴、心脏、侧脑室等^[3]。其机制可能是生殖细胞从卵黄囊向生殖嵴移行过程中有些细胞停留,受到某种刺激后显示出生长和分化能力。也可发生在远离中线者,如本例发生于升结肠,极为罕见。其机制可用生殖细胞迷走或胚胎早期原条紊乱来解释。

卵黄囊瘤的特征性组织学表现:①疏松的网状结构,是本瘤的特征性表现;②S-D小体,即为“肾小球血管样”样结构,或称内胚窦结构;③透明小体;④腺样结构;⑤乳头状和囊状结构;⑥分泌AFP。在生殖细胞肿瘤中,只有卵黄囊瘤能产生AFP。AFP在卵黄囊瘤的诊断、鉴别诊断中具有重要价值,其还可用于术后追踪病情。

2.2 影像学特征

卵黄囊瘤的发病部位多在人体中轴上,其他部位极为少见,且以小儿及青少年性腺多发,纵隔、阴道卵黄囊瘤也不少见,发生于升结肠者,国内报道甚少。卵黄囊瘤多为单发的圆形或椭圆形肿块,体积较大,平均可达14cm,本例10cm×4cm。肿瘤可呈实性或囊实性,CT表现密度不均,增强后明显不均匀强化。卵黄囊瘤可对周围组织直接侵犯或出现远处血行转移,CT上表现为与周围组织分界不清,也可出现淋巴结转移^[4]。本例CT上表现为升结肠囊实性肿块及回盲部肠管扩张,虽未侵犯周围组织,但已有淋巴结转移。

2.3 诊断与鉴别诊断

原发于升结肠的卵黄囊瘤极为罕见,容易误诊。该病早期不易察觉,可有轻微腹痛、便血、大便性状改变等,症状多不典型。肿瘤增大时可出现腹部包块、肠梗阻症状或肿瘤压

迫症状,如压迫输尿管出现肾积水,位于盆腔者可有压迫直肠、膀胱引起的排便、排尿异常症状^[5]。肿瘤较大时可出现肿瘤内部坏死,临床表现为腹痛、发热,易误诊为阑尾脓肿,晚期可侵犯周围组织。其鉴别诊断有阑尾脓肿、肠癌、胃肠道间质瘤、肠道憩室、肠结核等。腹部CT可见肿块影,但对诊断无特异性。血清中AFP升高应考虑本病可能,但确诊需要细胞学检查。

2.4 治疗和预后

一般认为,卵黄囊瘤的恶性程度高,预后差,平均生存期为6个月至1年。卵黄囊瘤的治疗以化疗为主,但发生于肠道者有肠梗阻的风险,所以建议尽早手术切除,术后辅以化疗,常用方案为PEB方案^[6]。强调早诊断、早治疗。本例发病过程不典型,曾误诊为“阑尾脓肿”,一度延误治疗,最终通过免疫组化确诊。发生于肠道且未定期体检者,发现症状时多为中晚期,且有肠梗阻可能,术前不易确诊。

综上所述,卵黄囊瘤恶性程度高,不易早期发现,术前不易诊断,预后差,治疗方法需待进一步研究。

参考文献:

- [1] Teilum G. Endodermal sinus tumors of the ovary and testis. Comparative morphogenesis of the so-called mesonephroma ovarii(Schiller) and extra embryonic(yolk sac-allantoic) structures of the rat's placenta[J]. Cancer, 1959, 12: 1092-1105.
- [2] Kurman R, Ellenson LH, Ronnett BM. Blaustein's pathology of the female genital tract [A]. Talerma A, Vang R. Germ cell tumors of the ovary[M]. 6th Edition. New York: Springer-Business, 2011. 855-864.
- [3] Haibin Z, Yue J, Yaxian X. Primary yolk sac tumor of the omentum: a case report and literature review[J]. Eur J Gynaecol Oncol, 2010, 31: 682.
- [4] Liu QY, Huang Li, Lin XF, et al. Clinical manifestation and MRI features of vaginal endodermal sinus tumors in four children[J]. Pediatr Radiol, 2013, 43(8): 983-990.
- [5] Choi YS, Lin HC, Yeh TC, et al. Primary diaphragmatic yolk sac tumor and review of the literature[J]. J Pediatr Hematol Oncol, 2011, 33(2): e77-e79.
- [6] Parvahy U, Balakrishnan KR, Ranjit MS, et al. Primary intracardiac yolk sac-tumor[J]. Pediatr Cardiol, 1998, 19(60): 495-497.