

腹膜假粘液瘤 3 例分析

赵 敏

(合肥市第二人民医院病理科,安徽 合肥 230011)

中图分类号:R656.4

文献标识码:B

DOI: 10.3969/j.issn.1006-1959.2018.22.059

文章编号:1006-1959(2018)22-0191-02

腹膜假粘液瘤(pseudomyxoma peritonei, PMP)是一种罕见的疾病,临床医师对其认识、了解很少,因其临床表现不同、可发生部位很多、组织来源不明,甚至是不是肿瘤、原发还是继发都有争议,病理学诊断上还有更多的问题,因为假粘液瘤在病理学的组织形态、免疫表型、基因改变上都不一致,因此,目前对该病认识不清,争论很多,临床和病理误诊率高^[1,2]。本文就近年来我科诊断 PMP 的 3 个病例进行分析报道,有利于临床、病理医师对该病的认识、诊断和治疗。

1 临床资料

1.1 病例 1 女,48 岁,2 年前因双侧卵巢囊肿行卵巢囊肿剥除术,患者术后恢复良好,近半年出现月经不规则,半年前 B 超提示双侧卵巢囊肿再发,直径 5 cm,并查血 CA125 轻度升高,1 月前复查 B 超卵巢包块明显长大。有绝育史、阑尾切除术及双侧卵巢囊肿剥除手术史。查体:腹平,左下腹可及包块,压痛(-),反跳痛(-),无移动性浊音。妇检:宫体平后位,饱满,左附件可及直径 8 cm 大小囊性包块,活动可,无压痛,右侧附件区明显增厚,无压痛。B 超:盆腔内囊性回声,左侧 84 mm×65 mm,右侧 65 mm×37 mm,考虑双侧卵巢囊腺瘤。术中见:双侧卵巢囊性包块,左侧直径 7 cm,右侧直径 9 cm,表面均见有粟粒样结节,子宫前壁、膀胱底部表面、后穹窿、直肠表面、大网膜均见广泛粟粒样结节,大网膜部分区域呈饼状粘连,盆腔轻度粘连。行全子宫+双侧附件+大网膜切除术,病理诊断:双侧卵巢粘液囊腺瘤伴腹膜假粘液瘤(累及双侧输卵管、子宫浆膜、大网膜、子宫直肠凹),住院 15 d。

1.2 病例 2 女,68 岁,无明显诱因下出现腹部疼痛不适,呈慢性钝痛,逐渐加重 1 d,病程中无恶心、发热、腹泻等,胃纳欠佳,既往有高血压病史(控制尚可),数年间有脑梗塞病史。查体:腹壁平坦,未见肠形和蠕动波,右下腹部压痛阳性,无肌紧张,无反跳痛,双肾区无叩击痛。彩超检查:腹腔、盆腔未见明

显肿块。拟诊“急性阑尾炎”入院。在全麻下行腹腔镜下手术,术中探查腹腔,见阑尾偏硬,表面网膜覆盖,局部粘连明显,阑尾与盲肠壁粘连,局部分离后可见胶冻样物,阑尾、盲肠表面及网膜、腹腔内多处见胶冻样物,行阑尾切除术+大网膜切除术。病理诊断:阑尾粘液囊肿伴腹膜假粘液瘤。术后无并发症,切口愈合佳,住院 7 d。

1.3 病例 3 女,62 岁,患者近 2 月无明显诱因下出现上腹胀、有嗝气,无反酸及烧灼感,食量减少。近 1 月自觉大便变细,2~3 次/d,不成形,无粘液脓血,近 2 月消瘦明显,前来就诊。查体:腹膨,无胃肠型,全腹柔软,肝脾触诊不满意,全腹无压痛,未及包块,肝浊音界存在,肝上界位于右锁骨中线第五肋间,肝区无叩痛,腹部移动性浊音阳性,肠鸣音弱,无气过水声。腹腔、盆腔 CT 可见大量积液,腹水肿瘤指标显示:CA199>1902.0 U/ml,CA125 548.0 U/ml,CEA>1065.0 ng/ml。PET-CT 检查结论:大网膜弥漫性增厚,腹膜后多发中小淋巴结影,考虑腹膜及淋巴结多发转移瘤。住院后给予抗感染、支持对症治疗,针对腹水行腹腔镜下腹腔探查术。术中见:腹腔约 3000 ml 浑浊淡血性腹水,腹水间有絮状物,全腹腔脏器及网膜、壁腹膜均有水肿结节状物,网膜挛缩僵硬,未见肿瘤状病变,选取病变典型的网膜及盆腔肿块切除送病理检查。病理诊断:腹膜假粘液瘤,免疫组化标记提示阑尾或胃肠道来源可能。住院 43 d。

2 讨论

对于 PMP 的认识,目前较多人认为来源于阑尾原发肿瘤^[3],但不同的理论非常之多,对该病的认识也在不断地研究中。因此,病理医师要明确诊断非常困难,除了讨论 PMP 与阑尾、卵巢肿瘤的相关性^[4],还有一些个案和少数量的案例报告也可见于其他部位,如输卵管、胃、大肠、胆管、肺、乳腺、胰腺、胆囊小肠和膀胱肿瘤。在诊断过程中需做大量的鉴别诊断。明确的病理诊断需要细胞学检查,组织学检查、多项免疫组织化学检查,结合临床及影像学检查等多方面分析且通过鉴别诊断,才能确诊。

该疾病可表现为腹腔一处、多处或弥漫性胶冻

作者简介:赵敏(1965.4-),女,安徽合肥人,本科,主任医师,研究方向:肿瘤病理

样组织,可有腹膜表面和网膜上粘液种植,显微镜下见到大量粘液性物质,细胞成分有多有少不一致,细胞基本没有异形。由于太多的病变和肿瘤可见粘液性物质,因此诊断和鉴别诊断困难,可能需要考虑到:①粘液瘤;②阑尾粘液腺瘤;③卵巢粘液腺瘤;④大肠、肺、乳腺、胰腺、胃、胆囊、胆管、输卵管、小肠和膀胱等文献报道过的可发生部位的原发肿瘤;⑤神经纤维瘤、平滑肌瘤、纤维瘤等软组织肿瘤的大量粘液变。在鉴别和排除了上述近 20 种可能的原发的腺瘤和含粘液的肉瘤,最终才能明确诊断。

本文报告的前 2 个病例分别与卵巢、阑尾相关,临床病理上共同特点是:卵巢、阑尾有粘液性肿瘤,腹腔、盆腔及网膜上多处粘液性病灶。卵巢肿瘤患者行两次手术,手术时间相隔在 2 年左右,该病例可能由于第 1 次手术切除粘液性囊腺瘤时,包膜有裂口或对周围组织保护不好,囊腔内粘液性物质漏入腹腔而造成播散种植形成腹膜假粘液瘤;阑尾手术病例有可能阑尾囊肿本身有破溃,粘液性物质和上皮细胞漏出播散,也可能有第 2 原发肿瘤而形成腹膜假粘液瘤,目前理论上都有可能,无法明确。第 2 个病例术前临床症状和各项检查均提示恶性肿瘤多处转移,术中见病变更加广泛,无法手术切除,难以

进一步检查明确肿瘤来源。

该文报告的 3 个病例临床表现、手术所见、病理来源均有不同,可以说,腹膜假粘液瘤是一个临床术语,是对一类肿瘤种植形式的描述性诊断。虽然肿瘤上皮细胞病理显微镜下检查形态异形不明显,生物学行为温和,报告为良性,但因肿瘤细胞播散范围广、部位多,难以彻底消除,因此,肿瘤易多次复发,致使患者腹腔、盆腔内多脏器粘连、变形,发生肠粘连梗阻等病变,最后消瘦、衰竭,往往愈后不佳,有时可能引起患者死亡^[5]。

参考文献:

- [1]胡小苗,肖宝来.腹膜假粘液瘤 15 例诊治体会[J].长江大学学报(自科版),2013,10(15):21-23.
- [2]赵联霞,余献增.阑尾粘液腺瘤伴腹膜假粘液瘤超声误诊 2 例[J].全科医学临床与教育,2011,09(2):225-226.
- [3]杨永红,季语祝,王安群,等.腹膜假黏液瘤临床病理分析[J].实用医院临床杂志,2014,11(6):86-88.
- [4]张玉洁,张丽容,杜强.女性腹膜假粘液瘤 10 例临床病理分析[J].中国伤残医学,2014(7):191.
- [5]J. 罗塞著,回允中,译.阿克曼外科病理学[M].第 9 版.沈阳:辽宁教育出版社,1999:764.

收稿日期:2018-8-28;修回日期:2018-9-8

编辑/张建婷