

4 例原发性阑尾腺癌误(漏)诊为卵巢癌的临床分析

蔡云朗¹, 吴迪², 蒋欣茹², 任慕兰¹, 靳激扬³, 冯源⁴

(¹东南大学附属中大医院妇产科, 江苏 南京 210009; ²东南大学医学院妇产科学系, 江苏 南京 210009; ³东南大学附属中大医院影像科, 江苏 南京 210009; ⁴东南大学医学院影像科学系, 江苏 南京 210009)

[摘要] 目的:探讨原发性阑尾黏液腺癌的临床特征及诊疗方法,以期帮助提高术前诊断正确率减少误(漏)诊的发生。方法:回顾性分析近十年以来东南大学附属中大医院的 4 例术前诊断为卵巢癌的阑尾癌和同期国内文献报告的 7 例共 11 例临床病理资料。结果:阑尾癌患者的临床表现均以 B 超发现或自觉盆腔肿物为主,或伴有腹痛、消瘦等消化道症状。术前诊断均为卵巢肿瘤行开腹手术,术后经病理检查确诊为阑尾腺癌。辅助检查中 B 超、CT 检查有一定价值,但不具有特异性,肿瘤血清学指标中,癌胚抗原(CEA)水平有所增加。手术为首选治疗方法,术后辅以化疗可改善预后。结论:原发性阑尾癌误(漏)诊为卵巢癌的原因是发病隐匿,不具有特征性症状,影像检查鉴别意义不大,当中老年女性以右下腹包块为首发症状时需要考虑到阑尾来源肿瘤的可能,CEA 水平增加对阑尾腺癌的诊断有一定鉴别诊断价值。

[关键词] 原发性阑尾黏液腺癌;术前误诊;卵巢癌

[中图分类号] R735.3

[文献标志码] B

[文章编号] 1007-4368(2014)01-064-03

doi:10.7655/NYDXBNS20140115

原发性阑尾腺癌是一类极为罕见的阑尾恶性肿瘤,有研究者统计发现原发性阑尾肿瘤的发病率极低,占同期阑尾切除术标本的 0.08%~0.20%。阑尾腺癌临床的首发表现常为腹痛、腹胀等消化道症状及阴道出血等^[1],不具有特异性,很容易与阑尾炎^[2]、卵巢癌^[3]、恶性胃肠道外间质瘤等^[4]相混淆。由于发病罕见,加之临床症状、体征不典型,影像学检查不特异,造成诊断易出现偏差,难以鉴别,目前有关阑尾腺癌的国内外文献不多,与卵巢癌相混淆的病例更为少见。在复习近十年 7 例误诊为卵巢癌的阑尾腺癌文献资料的基础上,现将东南大学附属中大医院妇科同期出现的 4 例误诊为卵巢癌的阑尾腺癌病例资料进行总结分析,希望能够帮助提高术前诊断率并减少误(漏)诊的出现。

1 病例资料

本院术前诊断为卵巢癌的阑尾癌 4 例,患者年龄最大为 76 岁,最小为 44 岁,平均年龄 62.75 岁。首发症状均不典型,2 例以腹痛为首发症状,另 2 例无明显症状,仅体检发现下腹部包块。4 例患者查体时均发现下腹可及包块,体积较大,但边界不清,性质及来源难以明辨。

相关影像学检查结果:术前超声检查发现盆腔均有大小不等的囊实混合性包块,最大直径约 15

cm,以右附件区为主,盆腹腔有中等量透声差的液体回声。CT 检查并没有给出特异性的诊断,本组有 2 例 CT 提示病变倾向于卵巢来源。病变结构的特殊性及部位的隐匿性使得 CT 结果存在误差,组织间的粘连及肿瘤压迫组织的变形进一步加大诊断难度。

辅助检查:4 例患者中,3 例的血清学资料提示患者的癌胚抗原(CEA)指标均有所增高,分别为 13.36、118.90、13.68 ng/ml;2 例的 CA-125 增高,分别为 93.86、93.86 U/ml;1 例 CA19-9 指标增高为 40.14 U/ml,其他指标无明显异常。

所有患者均行剖腹探查,盆腹腔腹膜、胃、肠管、大网膜表面均有大量淡黄色胶冻状黏稠液体附着,子宫表面、卵巢输卵管表面均有结节状黏液性病灶,右附件区与结肠回盲部粘连形成包块,根据术中探查的具体情况,术中快速冰冻结果,行盆腹腔病灶切除+阑尾切除术+子宫附件切除术+病变肠管切除。1 例于术后紫杉醇静脉滴注+顺铂腹腔灌注化疗后行右半结肠切除+腹腔温热化疗+大网膜切除。术后病理均提示了阑尾恶性黏液性肿瘤,累及子宫附件和肠管。肿瘤免疫组化检查结果显示:P53 有 2 例阳性,1 例阴性;Ki67 有 3 例 30%阳性,1 例 5%阳性;CK20 有 4 例阳性,无阴性;CDX2 有 4 例阳性,无阴性;Villin 有 2 例阳性;CEA 有 2 例阳性;

Mucin-5AC有2例阳性,1例阴性;CK7有4例阴性,无阳性。

2 讨论

2.1 阑尾腺癌误诊为卵巢癌的原因分析

阑尾腺癌在临床上比较少见,最早报道见于1882年^[5]。阑尾黏液腺癌起病隐匿,早期可无任何症状,晚期可以为腹痛、腹胀、腹部包块、腹腔积液,甚至出现肠梗阻、尿路梗阻等症状,病程可数月甚至数年。少部分病例(25%)可因肿瘤并发感染而出现阑尾炎症状^[6]。当以盆腔包块为主要表现而消化道症状不明显时与妇科卵巢肿瘤不易区分,往往被误诊为卵巢来源的肿物而首诊于妇产科^[3]。

本组中患者以B超发现或自觉盆腔肿物为主,伴有腹痛、消瘦,临床表现不具特异性,辅助检查盆腹部B超结果模糊,病灶定位不明确,虽可以判断病变肿块大致位于右下腹,但难以鉴别阑尾还是卵巢来源,由于患者为中老年女性,故首先考虑妇科肿瘤的可能;CT检查结果同样存在迷惑性,本组有2例CT提示病变倾向于卵巢来源。病变结构的特殊性及其部位的隐匿性使得CT结果存在误差。复习同期文献资料:7例误诊的阑尾癌,1例63岁患者以腹胀为首发症状,2例有较多量腹水,盆腹腔多量囊实混合性包块,腹膜及肠管表面多量转移病灶,5例病例的具体病例资料不详^[6-8]。值得注意的是,本组病例中,有3例检查过血清学肿瘤指标,显示CEA水平增高,CA19-9水平1例增高,CA-125水平2例增高,这提示CEA水平出现增高有可能提示病变来源于阑尾,具有重要价值。

有研究表明结肠镜^[9]和X线钡剂双重造影检查^[6]对阑尾癌的诊断有一定临床意义,但其特异性及灵敏度不高,同样难以明确阑尾癌的诊断,提高卵巢癌的诊断特异性更为重要。

近年国外内学者对卵巢癌的术前诊断投入了大量的研究,有研究发现HE4在正常卵巢和其他组织中不表达或呈低表达,但在上皮性卵巢癌组织中高表达^[10],血清中HE4检测卵巢癌的敏感度明显高于CA-125^[11],HE4与CA-125联合应用进一步提高了卵巢癌诊断的准确性^[11-12]。也有学者研究恶性肿瘤特异生长因子(TSGF)及D-二聚体^[13]、溶血磷脂酸^[14]、血清卵泡抑素^[15]、MMP-9等^[16]血清学标志物与CA-125联合应用于卵巢癌诊断,可以提高卵巢癌诊断灵敏度及特异性。影像学方面提出MRI对于卵巢癌的术前诊断有一定的价值,对卵巢癌的诊断

性诊断有较高的准确性,术前行MRI检查可以初步确定卵巢癌的分期^[17]。

提高阑尾癌的术前诊断,减少将阑尾癌误诊为卵巢癌,应该提高对阑尾癌的敏感性,强化右下腹部肿块有可能为阑尾癌的观念,重视血清CEA增高患者;另一方面提高卵巢癌的诊断特异性,通过血清CA125联合HE4检查排除非卵巢癌的患者。

2.2 阑尾腺癌的处理原则及误诊病例的治疗

阑尾癌的治疗首选手术。黏液囊腺癌若包膜完整,一般不发生腹腔种植,如果囊肿破裂,可在腹腔内广泛播散种植,形成腹膜假黏液瘤;对于黏液囊腺癌,完整切除肿瘤极其重要,患者可获临床治愈。若术前明确诊断为阑尾腺癌则术者在手术操作中更须谨慎,避免医源性囊肿破裂,腹腔播散种植,形成腹膜假黏液瘤,争取完整切除阑尾病灶提高生存率,故术前的正确诊断意义重大。

本院采用妇科和普外科合作手术治疗,在剖腹探查过程中发现阑尾病变或受累,考虑为肿瘤转移至阑尾而行盆腹腔病灶切除+阑尾切除术+全子宫附件切除术,经过病理检查明确阑尾腺癌的诊断。

2.3 术后诊断中免疫组化的分析

鉴别原发性与转移性卵巢上皮性癌的标志物是CK20/CK7,有研究指出CK7高表达提示原发卵巢上皮癌可能性大,CK20在原发卵巢癌中表达率比较低^[18]。在本组4例病例中CK20均为阳性,CK7均为阴性,据此可以判断本组病例中原发卵巢癌的可能性较小。本组病例中所有表明肠源性肿瘤的标记物如Villin、CDX2、CEA阳性率均较高,更进一步证明是肠源性原发灶。因此,CK20、Villin、CDX2和CEA的高表达提示肿瘤原发于肠道的可能性大,对确诊阑尾癌有较高的价值。

提高卵巢癌的诊断准确性是减少误(漏)诊阑尾癌的重要手段,术前能诊断阑尾癌可以避免手术过程中对肿物的医源性损伤,提高患者预后。更重要地是,误(漏)诊病例的存在再次提醒妇产科医师在疾病诊断及鉴别诊断过程中要更为严谨,对以盆腔包块为主要表现的患者要警惕阑尾癌的可能,不可忽略阑尾癌的存在。

[参考文献]

- [1] 王子平,钱洪,杨秋敏,等. 12例阑尾腺癌临床治疗分析[J]. 中国肿瘤临床,2004,31(10):557-559
- [2] Hata K, Michowitz M, Baratz M, et al. Unusual presentation of carcinoma of the vermiform appendix: a report of two cases[J]. J Surg Oncol, 1984, 25(1):263-267

[3] 陈娟,朱兰,吴斌,等. 易误诊为妇科肿瘤的阑尾黏液肿瘤 25 例临床研究 [J]. 中华医学杂志, 2011, 91(23):1637-1639

[4] 高雨农,蒋国庆,刘静贤,等. 恶性胃肠道外间质瘤误诊为卵巢癌 3 例分析[J]. 中华妇产科杂志, 2005, 40(5): 339-341

[5] Andersson A, Bergdahl L, Boquist L, et al. Primary Carcinoma of Appendix[J]. Ann Surg, 1976, 183(1):53-57

[6] 魏振军,梁浩. 阑尾黏液腺癌临床资料回顾性调查分析[J]. 人民军医, 2007, 50(10):604-605

[7] 周映群, 生秀杰. 阑尾黏液性腺癌误诊为卵巢癌 1 例 [J]. 实用医学杂志, 2011, 27(18):3450-3450

[8] 邹芳,廖秦平. 误诊为卵巢癌 12 例病例分析[J]. 中国综合临床, 2000, 16(3):233-235

[9] 方志恒,钱振. 结肠镜结合磁共振检查诊断阑尾癌一例[J]. 中华消化内镜杂志, 2011, 28(2):114

[10] Hellstrom I, Rayeraft J, Hayden-Ledbetter M, et al. The HE4 (WFDC2) protein is a biomarker for ovarian carcinoma[J]. Cancer Res, 2003, 63:3695-3700

[11] 颜彦,柳洲,刘大庆,等. CA125、HE4 及 OPN 联合检查对卵巢癌的诊断价值[J]. 中国临床医学, 2013, 20(4):440-442

[12] 王懋杰,齐军,王海,等. 人附睾蛋白 4 与糖类抗原 125 联合检测在卵巢癌诊断中的应用价值 [J]. 中华肿瘤杂志, 2011, 33(7):540-543

[13] 庄月珍,郑霖,王荣龙. CA125、TSGF 及 D-二聚体联合检测在卵巢癌诊断的临床意义 [J]. 吉林医学, 2013, 34(28):5767-5768

[14] 梁宏峰,张浩,马秀岩. 溶血磷脂酸及 CA125 在卵巢癌诊断中的价值对比分析[J]. 中国综合临床, 2011, 27(4):348-350

[15] 陈芳芳,任平,于宏,等. 血清 FS 及 CA125 用于卵巢癌诊断的比较研究 [J]. 中国实验诊断学, 2012, 16(8):1410-1413

[16] 梁彬,郭政东,李云慧. 血清和尿液中 MMP-9 水平的检测在卵巢癌诊断中的意义 [J]. 中国肿瘤临床, 2013, 40(5):287-289

[17] 罗新,陈永连,郭永梅. MRI 在卵巢癌定性诊断及分期中的应用价值 [J]. 实用妇产科杂志, 2010, 26(12):903-905

[18] 孙红敏,苑中甫. 原发及转移性卵巢上皮性癌组织中 Villin、CDX2、CK7 和 CK20 的表达及其临床意义 [C]. 郑州大学, 2007

[收稿日期] 2013-10-22

科技出版物中阿拉伯数字的书写规则

1. 为使多位数字便于阅读,可将数字分成组,从小数点起,向左或向右每 3 位分成 1 组,组间留空隙(约为一个汉字的 1/4),不得用逗号、圆点或其他方式。
2. 纯小数必须写出小数点前用以定位的“0”。
3. 阿拉伯数字不得与除万、亿及法定计量单位词头外的汉字数字连用。如 453 000 000 可写成 45 300 万或 4.53 亿或 4 亿 5 300 万,但不能写成 4 亿 5 千 3 百万;三千元写成 3 000 元或 0.3 万元,但不能写成 3 千元。
4. 一个用阿拉伯数字书写的数值,包括小数与百分数,不能拆开转行。
5. 表示用阿拉伯数字书写的数值范围,使用波浪号“~”。如 10%~20%, (2~6)×10³ 或 2×10³~6×10³, 30~40 km。

(本刊编辑:接雅俐)