



子宫内膜透明细胞癌致子宫坏死并腹腔感染及结肠广泛坏死1例

我们收治了1例以不明原因闭经为首发症状，伴子宫坏死、腹腔感染、结肠广泛坏死的年轻子宫内膜透明细胞癌患者，比较罕见，现报告如下。

1 临床资料

患者女性，36岁，因停经1年，腹痛、腹胀5 d于2001年3月1日入院。入院前1年无明显诱因出现停经，曾在外院多次查尿妊娠试验均为阴性，未行特殊诊治。2001年2月24日出现下腹部胀痛，伴出冷汗、乏力，持续5 min后自行缓解。次日晚又出现相同症状。既往月经规则，量中等，无痛经。1997年在外院上塑料T型节育环。末次月经2000年2月17日。

入院查体：全身浅表淋巴结未触及肿大，心肺检查未见异常。腹部高度膨隆，腹围89 cm，下腹部和左上腹部轻压痛，肌紧张和反跳痛不明显，移动性浊音(+)。双肾区和脾区叩痛(+)，肠鸣音存在，偏弱。妇科检查：阴道内可见少量淡黄色白带，有臭味，内有血丝，宫颈呈紫蓝色，宫颈举痛(+)，子宫触诊不清，耻骨联合上可触及一100 mm×100 mm大小质硬包块，表面欠光滑，活动差，压痛(+)，双侧附件区触诊不清。肛诊：直肠粘膜光滑，直肠前壁可触及质硬肿块，指套无带血。辅助检查：白细胞 $26.1 \times 10^9/L$ ，中性粒84%。血生化：钾2.56 mmol/L，白蛋白24 g/L，血沉第1小时75 mm，第2小时101 mm。肿瘤标志物CA125（癌抗原125）72.3 U/m，组织多肽抗原3.1 $\mu\text{g/L}$ ，甲胎蛋白、癌胚抗原正常。B超：盆腔未见正常子宫图像，下腹部可探及一102 mm×84 mm实性不均质包块，边界不规则，内部回声不均，包块中央可见节育环强回声。双侧卵巢显示不清，腹腔可见大量游离液性暗区，最深暗区62 mm。CT诊断：子宫肌瘤合并钙化，腹腔积液，乙状结肠梗阻扩张。入院后给予抗炎（罗氏芬加替硝唑）、纠正电解质紊乱和低蛋白血症治疗，病人一般情况、腹水和腹痛未见明显好转，腹围增大到98 cm，低蛋白血症难以纠正。

3月10日在全麻下行剖腹探查术。术中见腹腔内有大量金黄色恶臭脓液，共抽出脓性腹水7 600 ml。子宫体部明显增大，宫底部呈火山口样坏死破裂，组织呈炭黑样，双侧附件未见明显异常；腹直肌后鞘、腹膜、盲肠、升结肠、降结肠和乙状结肠坏死；脾、肾隐窝和结肠旁沟均有大小不等的脓肿。术中考虑为子宫坏死、破裂，引起腹腔炎，继之引起结肠坏死、破裂，弥漫性腹膜炎和麻痹性肠梗阻。行子宫次全切除、大网膜切除、大部分结肠并行小肠造瘘术。

腹水细胞学检查报告：见大量中性粒细胞，未见癌细胞。腹腔脓液培养结果：大肠埃希氏菌和粪肠球菌。术后病理报告：子宫内膜透明细胞癌伴子宫大部坏死，癌组织侵及部分宫颈组织；部分结肠组织淤血及梗死；大网膜弥漫性炎症，未见癌转移。免疫组化：癌细胞上皮细胞膜抗原(+++)，波形蛋白(-)，肌动蛋白(-)。

术后根据细菌培养结果，选用敏感抗菌素（泰能加万古霉素），感染得到有效控制，患者拒绝行化疗，于2000年3月30日出院。

子宫内膜透明细胞癌为，多见于绝经后老年妇女。年轻女性生殖系统发生的透明细胞癌与母亲孕期服用雌激素(乙烯雌酚)史有关，与性生活和生育无密切关系。大部分病人的症状是绝经后阴道流血或不正常子宫出血[1]。子宫内膜透明细胞癌病理级别高，病变晚期者常有深部侵犯。本例患者母亲怀孕时是否服用雌激素不明，患者本人无雌激素应用史。患者年仅36岁，以不明原因的闭经为首发症状，比较罕见。虽然癌组织浸润穿透子宫肌层并引起坏死，导致腹腔感染、结肠广泛坏死，临床分期已达到III期，但切除的大肠和大网膜组织均未见癌转移灶，心、肝、脾等部位也未见转移，腹腔积液细胞学检查也未查到癌细胞，可见部分子宫内膜透明细胞癌的恶性程度不高。

子宫内膜透明细胞癌的治疗以手术切除为首选，术后辅以化疗和放疗[2]。手术范围包括广泛性子宫切除加盆腔淋巴结清扫；化疗采用VPC或APC方案；放疗采用⁶⁰Co体外加腔内放射治疗。因术中无法证实为子宫癌性坏死，未能行子宫全切加双侧附件切除。在二次手术(肠吻合术)中，建议患者切除双侧附件和残余宫颈，加放疗、化疗。

参考文献：

- [1] Atkinson HF, Hernandez E. 临床妇科病理学[M]. 北京：人民卫生出版社，1998. 272-3.
- [2] 谭道彩，梅卓贤. 妇科肿瘤学[M]. 广州：广东人民出版社，2000. 107-10.

参考文献：

- [1] Atkinson HF, Hernandez E. 临床妇科病理学[M]. 北京：人民卫生出版社，1998. 272-3.
- [2] 谭道彩，梅卓贤. 妇科肿瘤学[M]. 广州：广东人民出版社，2000. 107-10.