

文章编号:1005-6947(2006)09-0650-04

· 胃癌专题研究 ·

胃癌卵巢转移:附17例报告

马振海, 滕玥, 戴冬秋, 徐惠绵, 陈峻青

(中国医科大学附属第一医院 肿瘤外科, 辽宁 沈阳 110001)

摘要: **目的** 探讨胃癌卵巢转移的临床病理特点、诊断方法和治疗经验。**方法** 回顾分析33年间17例经手术治疗及病理证实的胃癌卵巢转移患者的临床资料。**结果** 胃癌卵巢转移患者的平均年龄48.41岁,常以卵巢转移灶为首发表现。超声检查以混合性肿块或实质性肿块为主要表现,多伴有腹腔积液,双侧卵巢转移多见(13例)。该病术前诊断困难,本组术前误诊率64.7%。本组均采用手术治疗,但预后较差,平均生存时间仅11.6个月。**结论** 胃癌卵巢转移预后差,对于双侧卵巢肿瘤患者应注意检查胃部情况。根治性切除原发灶的同时一并切除子宫及双附件,术后采取综合治疗有助于改善预后。

关键词: 胃肿瘤/病理学; 肿瘤转移; 卵巢肿瘤/继发性

中图分类号: R735.2; R735.37

文献标识码: A

Diagnosis and treatment of gastric cancer with ovarian metastasis: a report of 17 cases

MA Zhen-hai, TENG Yue, DAI Dong-qiu, XU Hui-mian, CHEN Jun-qing

(Department of Oncology, the First Affiliated Hospital, China Medical University, Shenyang 110001, China)

Abstract: **Objective** To investigate the clinical and pathological characteristics, diagnosis and treatment of gastric cancer with ovarian metastasis. **Methods** The clinical data of 17 cases of gastric cancer with ovarian metastasis, confirmed by surgery and pathology, were analyzed retrospectively. **Results** The average age of the patients was 48.41 years, and the first appearance of symptoms and signs often were of metastatic ovarian cancer. The main ultrasonographic findings were either a complex type of mass with both solid and cystic characteristics or only solid, and most of them were accompanied by intraperitoneal fluid accumulation. Bilateral metastatic ovarian cancer was more common (13 cases). The preoperative accurate diagnosis of this disease was difficult, so that the misdiagnostic rate was 64.7% in this series. Operation was done in all the patients, but prognosis was poor. The median survival time was only 11.6 months. **Conclusions** The prognosis of gastric cancer with ovarian metastasis is poor. It is of importance to inspect the stomach in cases of bilateral ovarian cancer. Radical resection of the primary disease focus together with hysterectomy and bilateral adnexectomy should be performed. Postoperative comprehensive therapy is conducive to improve the prognosis of gastric cancer with ovarian metastasis.

Key words: Stomach Neoplasms/pathol; Ovarian Metastasis; Ovarian Neoplasms/second

CLC number: R735.2; R735.37

Document code: A

卵巢是恶性肿瘤常见的转移部位,约有10%的卵巢肿瘤是转移性的,其中80%~90%的来源

于胃肠道。胃癌卵巢转移的术前诊断准确率低,较易误诊。我院1971年2月—2004年6月共收治17例经手术和病理证实的胃癌卵巢转移患者,占同期卵巢转移癌的32.1%(17/53)。现就其临床表现、病理特征、治疗方法及误诊原因分析报告如下。

收稿日期:2005-12-17; 修订日期:2006-07-10。

作者简介: 马振海,男,黑龙江哈尔滨人,中国医科大学附属第一医院硕士研究生,主要从事胃肠道恶性肿瘤的基础与临床方面的研究。

通讯作者: 戴冬秋 电话:024-83283555; E-mail: daidq63@163.com。

1 临床资料

1.1 一般资料

本组年龄 34 ~ 65 (平均 48.41) 岁; < 40 岁者 5 例 (29.4%), 未绝经 14 例 (82.4%), 有流产史者 12 例。双侧卵巢转移癌 13 例, 单侧 4 例 (其中右侧 3 例, 左侧 1 例)。单侧患者平均年龄 50.6 岁。

1.2 临床表现

发病后首诊妇科 12 例 (70.6%), 肿瘤外科 3 例 (17.6%), 普外科 2 例 (11.8%)。以腹痛、腹胀、腹部肿块为主诉者 11 例, 盆腔肿块 2 例, 腹胀、右下腹肿块伴阴道流血 1 例, 上腹不适、呕血伴黑便 1 例, 阴道流血、水样白带 1 例。1 例以“卵巢癌化疗后半个月, 抽腹水见瘤细胞”为主诉入院。有胃癌病史者 2 例 (均已行胃切除术), 胃溃疡史者 2 例, 胃出血史者 2 例。

1.3 辅助检查

13 例患者行腹部超声检查。11 例行阴式超声检查; 有胃病史的 6 例及 1 例无胃病史术前怀疑转移者同时行胃镜和/或胃肠道造影检查; 5 例患者同时行 CT 检查; 1 例患者同时行磁共振显像 (MRI) 检查。12 例 (其中首诊于妇科者 11 例, 外科者 1 例) 行肿瘤标志物血清癌抗原 125 (CA125)、癌胚抗原 (CEA)、甲胎蛋白 (AFP)、癌抗原 153 (CA153) 及糖类抗原 19-9 (CA19-9) 等项目检查。13 例患者术前行阴道腹壁双合诊检查, 触及卵巢肿物 11 例。

1.4 治疗

本组 1 例因广泛腹腔转移而仅行开腹探查术取病理标本。余 16 例中, 行子宫切除 + 双附件切除 3 例, 次全子宫切除 + 双附件切除 2 例, 双附件切除 9 例 (其中 2 例合并大网膜部分切除术), 单侧附件切除 2 例。除有胃癌病史已行胃切除 2 例之外, 同时行胃切除 4 例; 余 11 例因病期较晚, 盆腹腔广泛转移, 无法或未行胃癌原发灶切除术。10 例患者术中及术后采用顺铂 (DDP) + 5-氟尿嘧啶 (5-FU) 腹腔灌注化疗 2 周期, 2 例术后转肿瘤内科行紫素单药静脉化疗 2 周期。

2 结果

2.1 病理结果所见

2.1.1 卵巢转移癌 3 例呈粟粒结节状, 14 例为肿块型。转移瘤体积差别较大, 直径为 2.5 ~ 40.0 cm。大多卵巢保持原形或呈肾形, 包膜多完整; 其中只有 1 例因肿瘤巨大 (40 cm × 30 cm × 30 cm) 造成病侧卵巢蒂扭转, 自发破裂。转移癌切面呈胶质样。本组囊实混合性 10 例, 实性 6 例, 囊性仅 1 例。组织学类型为印戒细胞癌 11 例, 低分化腺癌 3 例, 低分化腺癌部分为印戒细胞癌 2 例, 中分化腺癌 1 例。

2.1.2 胃癌 行胃癌切除的 6 例中, 大体形态 Borrmann III 型 4 例, IV 型 2 例; 病理类型为印戒细胞癌 3 例, 低分化腺癌 2 例, 黏液腺癌 1 例。存在淋巴结转移 6 例, 侵及浆膜 5 例。

2.2 辅助检查发现

卵巢转移癌行超声检查时以混合性肿块或实质性肿块为主要表现。经腹部超声检查的 13 例患者中, 腹腔积液 10 例, 盆腔肿块伴腹腔积液 2 例, 小网膜、后腹膜、胰腺旁淋巴结肿大融合 1 例。经阴式超声检查的 11 例患者中盆腔肿块 10 例 (卵巢癌 6 例, 卵巢肿瘤 3 例, 卵巢囊腺瘤 1 例)。术前胃镜检查 6 例, 发现胃癌 4 例, 误诊为糜烂性胃炎伴胃体大弯溃疡 1 例, 误诊为浅表性胃炎伴灶状肠化 1 例。行胃肠造影检查 2 例, 均见胃底外压性改变, 诊断为胃癌。CT 检查 5 例, 发现卵巢恶性肿瘤 3 例, 卵巢肿瘤 1 例, 误诊为子宫体癌 1 例。血清 CA125 检测 10 例, 范围 (19.96 ~ 406.00) U/mL, 升高者 8 例 (平均值为 101.45 U/mL)。血清 CEA 检测 11 例, 范围 (0.8 ~ 80.0) U/mL, 升高者 3 例。AFP 升高者 1 例, CA19-9, CA153 均在正常范围内。

2.3 临床诊断

术前明确诊断为胃癌者 6 例, 其中胃癌术后 2 例 (病程分别为术后 6 个月和 15 个月), 另经胃镜证实者 4 例。在诊断为胃癌的 6 例患者中, 有 3 例术前同时诊断为胃癌卵巢转移, 1 例怀疑卵巢转移。17 例中术前单纯诊断为盆腔肿块 4 例, 卵巢癌 4 例, 子宫肌瘤 2 例, 上消化道出血、消化性溃疡 1 例。在术前诊断为卵巢癌的 4 例患者中, 1 例系卵巢癌化疗后半个月, 抽腹水见瘤细胞, 为行卵巢切除术而入院, 该例术中未发现胃原发灶, 术后 3 个月出现剑突下疼痛行胃镜检查证实为胃癌 (Bor-

rmann IV 型)。

2.4 预后

本组中除 1 例印戒细胞癌失访外,其余均获随访结果。随访的 16 例患者中,生存时间 < 6 个月 5 例,6 ~ 12 个月 6 例,12 ~ 24 个月 4 例,> 24 个月 1 例;平均生存时间为 11.6 个月。患者均死于肠梗阻及晚期癌特有的恶液质。

本组中印戒细胞癌患者的平均生存时间短于低分化腺癌部分为印戒细胞癌者,而后者又短于低、中分化腺癌(附表)。

附表 卵巢转移癌的病理类型与平均生存时间

转移癌的病理类型	例数	平均生存时间(月)
印戒细胞癌	10	9.3
低分化腺癌部分为印戒细胞癌	2	13.5
腺癌(低分化+中分化)	4	16.3

3 讨论

消化道癌卵巢转移系由 Krurenberg 于 1896 年首先报道,胃癌卵巢转移占其中 1/3 ~ 1/2。女性胃癌 15.6% ~ 43.0% 在病程中会发生卵巢转移^[1]。该病多见于绝经前期或青年女性,本组患者平均年龄 48.1 岁,稍大于 Vang 等^[2]报道的平均年龄(36.7 岁)。可能与本组报道的病例相对较少有关。

胃肠癌转移至卵巢的确切途径尚不清楚,目前认为可能通过以下途径:(1)直接种植。指肿瘤浸润穿透至胃肠道浆膜面,癌细胞脱落到腹腔,借助肠蠕动引起种植性播散;由于卵巢包膜存在周期性破裂,更有利于种植。本组行胃癌切除的 6 例中有 5 例已侵犯浆膜。(2)经输卵管转移。(3)经腹水转移。腹水中的游离癌细胞可植入卵巢,并在其丰富的血液供应微环境下生存,形成转移癌灶。(4)淋巴转移。淋巴结转移是卵巢转移的重要途径。癌细胞可通过腰淋巴结逆流入卵巢内。(5)血行转移。卵巢转移多发生于绝经前;绝经前女性卵巢生理功能活跃,血供丰富,较绝经后患者更易发生卵巢转移^[3]。

胃癌的远处转移与胃癌的病理学特征有关,高分化腺癌易发生血行转移如肝转移,黏液腺癌易

发生腹膜种植转移,而印戒细胞癌和硬癌易发生卵巢转移。胃癌器官转移率国内报道为 64.2%,肝转移最多(38.1%)。女性以卵巢转移多见(43.6%)^[4]。辛彦等^[5]研究表明癌细胞功能分化表型与胃癌生物学特征及器官特异性转移之间存在着某种内在联系。吸收-黏液分泌功能双向分化型(AMPFD)胃癌最易发生卵巢转移。舒晓燕等^[6]研究发现胃癌卵巢转移与 ER 相关,具有雌激素受体(ER)活性的胃癌细胞,通过与 E2-ER 的结合,导致胃癌细胞向卵巢转移。

胃癌卵巢转移首发症状多为卵巢癌的常见症状和体征,临床表现多为腹痛、腹胀伴腹部肿块,41% 伴有腹水。本组经腹部超声检查的 13 例患者中,12 例伴有腹水。少部分胃肠道肿瘤卵巢转移的患者卵巢间质发生黄素化,表现为阴道不规则出血,绝经后出血及男性化表现。因这些表现与卵巢原发肿瘤相似,故很多患者到妇科就诊,本组 70.6% 首诊科室为妇科。胃癌卵巢转移的术前诊断率较低,38% ~ 48% 误诊为原发性卵巢癌,多在术中和术后诊断。因此,一方面,对卵巢肿瘤患者应全面询问病史,尤其要追问有无消化道症状。对高度怀疑胃转移癌者,需进行胃肠钡餐 X 线检查或胃镜检查,以便及时发现,及时处理原发癌,避免只切除卵巢肿物而遗漏对原发癌的处理。另一方面,对女性胃癌患者应进行仔细的妇科检查,当发现盆腔肿物具有双侧,实性或囊实性,较活动等特点时,应高度警惕卵巢转移癌的可能。尤其值得推荐的是双合诊检查,本组 13 例行双合诊检查的患者中,触及卵巢肿物 11 例。另外,根据胃癌根治切除术的现代概念,完全杀灭腹腔脱落癌细胞,早期发现微转移极为重要^[7]。王夫景等^[8]采用反转录聚合酶链式反应(RT-PCR)法检测胃癌术中收集的腹水或腹腔冲洗液 CEA-mRNA 的表达,结果表明该法对于判断腹腔微量游离癌细胞较细胞学检查(PLC)有更高的灵敏度和特异性,是一种检测胃癌腹腔微转移的有效方法。

超声(尤其是阴式超声)和 CT 等物理学检查对卵巢肿瘤有较高的诊断价值,但常无法鉴别病

灶是原发性还是转移性。因此,必要时行肿瘤标志物血清 CA125, CEA, CA153 等项目的检测,有一定的鉴别意义。

胃癌卵巢转移之所以容易误诊,主要有以下原因:(1)以月经失调和盆腔肿块发病者常首诊于妇产科,而妇产科医生首先考虑的是妇科疾病;(2)以急性腹痛发病者易与急腹症混淆,尤其是右侧卵巢转移不易与急性阑尾炎等疾病相鉴别,加之外科医生注意力集中于急腹症,易忽视本病;(3)发病年龄相对轻,而消化道症状轻微,易被医生忽略消化道疾病。

关于胃癌卵巢转移的治疗目前尚无统一意见,多数作者认为应以手术为主,术后辅以有效的化疗、放疗和/或激素治疗。值得注意的是,曾经有作者提出卵巢转移瘤是一个癌细胞的储存库,对原发瘤在体内的扩散起到防御作用,切除转移瘤反而可促进转移加速死亡^[9]。故在卵巢转移瘤根治的同时,应尽力作原发瘤切除。即使切除原发瘤是姑息性的,也可减少肿瘤负荷及减轻疼痛或梗阻,以提高生存质量。

胃癌出现卵巢转移者预后不佳。即使手术切除中位生存时间也仅11个月。多因素分析显示肿瘤局限于盆腔和进行根治性切除是预后较好的独立相关因素,而年龄、肿瘤的大小等其他临床病理变量与预后无关^[10]。Cheong等^[4]研究表明,转移瘤切除术可以提高胃癌来源的卵巢库肯勃格瘤患者的生存率。因此,对于胃癌卵巢转移的患者在可能的情况下,应争取提高术前诊断准确率,尽量一次性切除原发灶与转移灶,以期延长患者的

生存时间。

参考文献:

- [1] 山田真一. 再发胃癌的外科治疗. 特集. 见:再发癌的外科治疗[M]. 东京:金原出版株式会社,1997. 1217.
- [2] Vang R, Bague S, Tavassoli FA, *et al.* Signet-ring stromal tumor of the ovary: clinicopathologic analysis and comparison with Krukenberg tumor [J]. *Int J Gynecol Pathol*, 2004, 23(1):45-51.
- [3] 李红浪,熊炳贤,王梦龙. 胃肠道癌卵巢转移46例临床病理特点及预后分析[J]. *中国实用外科杂志*, 2005, 25(3):157-159.
- [4] Cheong JH, Hyung WJ, Chen J, *et al.* Surgical management and outcome of metachronous Krukenberg tumors from gastric cancer [J]. *J Surg Oncol*, 2004, 87(1):39-45.
- [5] 辛彦,李晓玲,王艳萍,等. 胃癌细胞功能分化表型与侵袭转移的关系[J]. *中华肿瘤杂志*, 2001, 23(4):320-322.
- [6] 舒晓燕,舒晓刚. 胃癌卵巢转移雌激素受体的检测及其临床意义[J]. *中华实验外科杂志*, 2004, 21(12):1438.
- [7] 陈峻青. 我国胃癌外科治疗的反思与展视[J]. *中国普通外科杂志*, 2003, 12(1):1-2.
- [8] 王夫景,于洪亮,杨茂鹏,等. 胃癌腹腔微转移的研究及其临床意义[J]. *中国普通外科杂志*, 2005, 14(10):725-727.
- [9] 连利娟,林巧稚. 妇科肿瘤学[M]. 第3版. 北京:人民卫生出版社, 2000. 584-590.
- [10] 王海鹏,邵永孚,袁兴华,等. 不同年龄段胃癌患者卵巢转移的危险因素与预后[J]. *中华胃肠外科杂志*, 2004, 7(5):353-356.