

# “非典型输卵管子宫内膜异位症”的临床病理研究和描述性分析

*Karen L. Talia, F.R.C.P.A., Lisa Fiorentino, F.R.C.P.A., James Scurry, F.R.C.P.A., and W. Glenn McCluggage, F.R.C.Path.*

**摘要：**“非典型输卵管内膜异位症” (Atypical endosalpingiosis, AE) 是一个病理学诊断术语，病理学家用来描述介于输卵管内膜异位症到原发性腹膜浆液性交界性肿瘤 (Serous borderline tumor, SBT) 间的一组具有组织结构和/或细胞形态非典型性的腹膜病变。AE是一个有争议的病种，在当前的WHO分类中尚未被认可。我们报道了10例AE，并进一步描述该病变的特征。该组患者年龄24岁-72岁 (中位年龄39.7岁)，最常见的主诉是腹痛。术中常见腹膜小结节和/或纤维性粘连，主要累及盆腔。病变位于浆膜及浆膜下，通常表现为混合性管状和乳头状结构，可含少量实性、筛网状或单细胞生长模式。所有病例中均可见到多层上皮结构，但通常不超过病变的25%。有轻度核异型性，有丝分裂少见或缺失。无浸润性生长。间质内通常可见炎细胞浸润和砂砾体。提示诊断为AE而不是子宫内膜异位症的特征主要是结构的改变 (通常表现为形成乳头状结构、上皮复层化) 和核轻度异型。AE中这些改变通常少于原发性腹膜交界性浆液性肿瘤或卵巢交界性浆液性肿瘤的卵巢外种植中的程度。目前尚无用于区分AE与SBT的可靠的组织学标准。尽管如此，在诊断类似SBT的非典型腹膜增生时，若病变程度有限或不能完全满足明确诊断原发性腹膜SBT的标准，可采用AE术语。在我们的系列病例中，诊断为AE的病变并未导致不良的临床结果 (对8名患者随访4-84月)。尚需要进一步的研究以明确输卵管内膜异位症与SBT之间是否存在具有诊断可重复性和临床相关的中间病变。

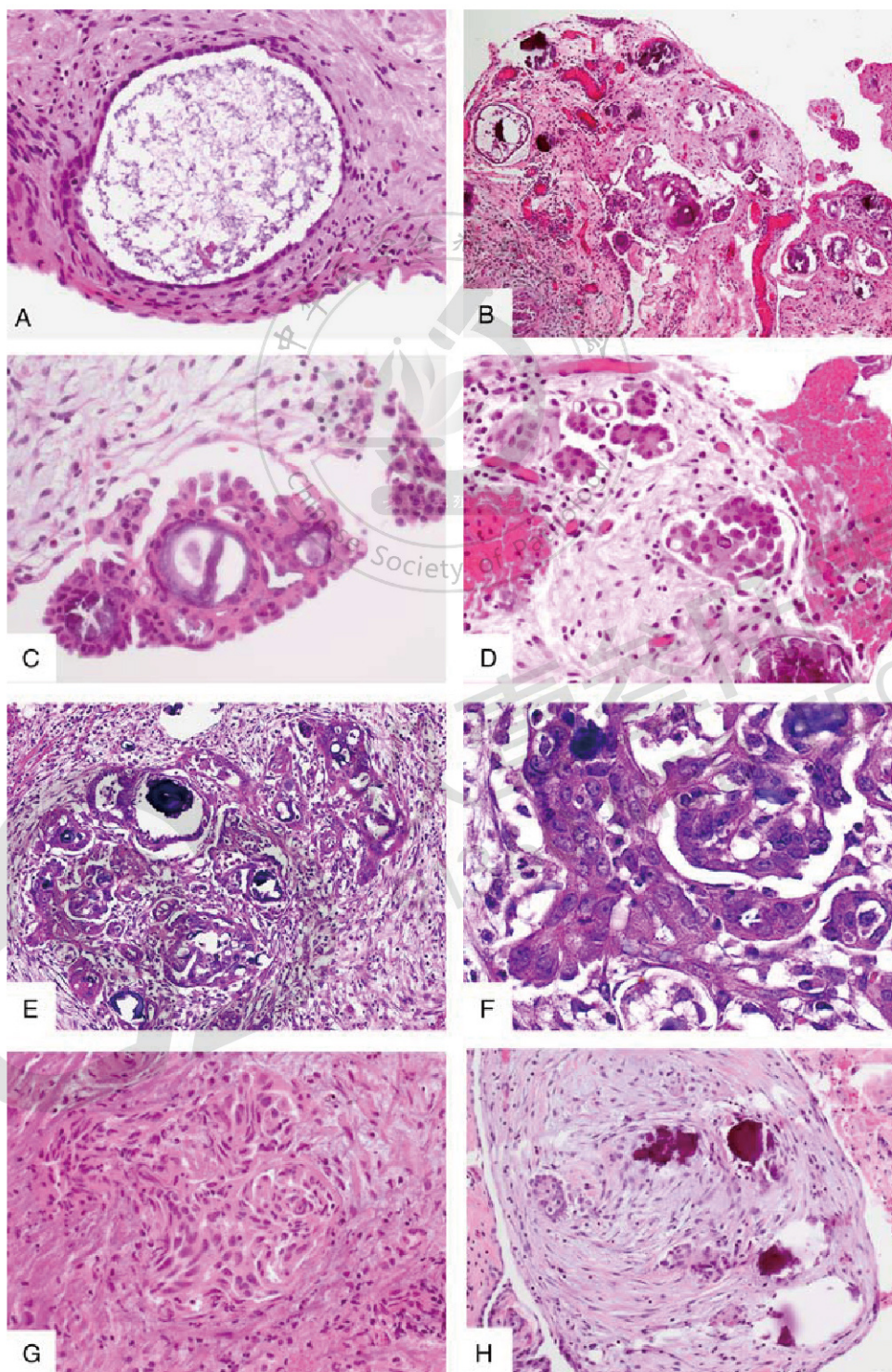
**关键词：**非典型输卵管内膜异位症；原发性腹膜浆液性交界性肿瘤；随访。

(*IJGP*:2020 May;39(3):254-260)

## 纳入病例的临床资料

年龄(岁)	临床表现	手术所见	腹膜病变的部位	术后病程
病例1	27 腹部/盆腔疼痛，腹水，CA125升高 (401kU/L)	多个纤维性腹膜粘连和2mm结节	左侧和右侧结肠旁，子宫膀胱凹，右卵巢表面，大网膜	诊断后10月重复腹腔镜检查：大网膜和盆腔腹膜结节；组织学类似于原发灶的。在15月时：CA125为12.4kU/L，患者存活。
病例2	31 腹部/骨盆疼痛	腹膜结节，双侧卵巢直径2厘米的囊肿	双侧阔韧带，道格拉斯窝，膀胱浆膜，左卵巢表面	诊断后48月：持续性腹痛，性交困难和不孕
病例3	66 腹部/盆腔疼痛	腹膜结节和粘连；浓稠的白色盆腔积液	肝周	同时诊断的不可切除的肝内胆管癌。没有进一步随访
病例4	33 腹部/盆腔疼痛	粘连	膀胱浆膜	诊断后9月：存活
病例5	26 腹部/盆腔疼痛	腹膜广泛的乳头状结节	子宫膀胱凹，直肠，卵巢窝	诊断后7月重复腹腔镜检查：腹膜，网膜活检仅见组织学炎症和钙化
病例6	47 腹部/骨盆疼痛	双侧卵巢肿块，冰冻骨盆	卵巢和输卵管表面，阑尾，大网膜	诊断后12月：存活
病例7	32 不孕	可能存在盆腔子宫内膜异位	左子宫骶韧带	无随访信息
病例8	39 不孕	单纯卵巢左室囊肿；腹膜结节	右卵巢表面，膀胱浆膜	诊断后84月：存活
病例9	72 腹部CT发现肿块	多囊性腹膜结节	子宫浆膜，卵巢和输卵管表面，道格拉斯窝，大网膜	诊断后4月：存活
病例10	24 腹部/骨盆疼痛	盆腔结节和粘连	双侧盆腔侧壁，右骶韧带，左、右输尿管周围	诊断后4月：持续性腹痛

所有病例 PAX8, GATA3, and TTF1 均阴性；原发灶与转移灶免疫组化结果一致。



由简单的管状腺体组成的子宫内膜异位症 (A) 与不典型输卵管内膜异位症表现为浆膜和浆膜下受累, 可见砂砾体和间质炎细胞浸润 (B)。不典型输卵管内膜异位症通常表现为微乳头结构和至少局灶性上皮复层化 (C), 在少数病例中可见裂隙状结构 (D)。管状结构很常见, 偶尔也有筛状结构的形成 (E)。细胞通常呈现轻度非典型性 (F)。有些情况下表现出局部实性结构 (G), 有时可见到间质的促结缔组织反应 (H)。

(郑洪 翻译 张廷国 审校)