

doi: 10.3978/j.issn.2095-6959.2019.01.034

View this article at: http://dx.doi.org/10.3978/j.issn.2095-6959.2019.01.034

原发性卵巢平滑肌瘤的研究进展

姚丽婷¹, 王秋曼¹, 韩晓¹ 综述 赵焯² 审校

(山西医科大学 1. 第一临床医学院; 2. 第一医院妇科, 太原 030001)

[摘要] 原发性卵巢平滑肌瘤临床罕见, 其组织学特点为卵巢平滑肌成分来源, 无特异性临床表现及术前影像特点, 术前诊断困难。本文通过总结近年文献, 简要介绍原发性卵巢平滑肌瘤的临床特征、诊疗进展并作一综述, 以期今后的临床诊疗及新的诊疗技术研究提供参考。

[关键词] 卵巢; 原发性平滑肌瘤; 诊断; 治疗; 预后

Research progress of primary leiomyoma of ovary

YAO Liting¹, WANG Qiuman¹, HAN Xiao¹, ZHAO Ye²

(1. First Clinical Medical College; 2. Department of Gynecology, First Hospital, Shanxi Medical University, Taiyuan 030001, China)

Abstract Primary ovarian leiomyoma is clinically rare, whose histological features are the source of ovarian smooth muscle components, and it is difficult in preoperative diagnosis without specific clinical manifestations and preoperative imaging characteristics. This article briefly introduced the clinical features, diagnosis and treatment progress of primary ovarian leiomyoma and reviewed by summarizing recent literature in order to provide reference for future clinical diagnosis and research on new diagnosis and treatment technology.

Keywords ovary; primary leiomyoma; diagnosis; treatment; prognosis

女性原发性平滑肌瘤多发于子宫, 发生于卵巢较罕见, 在大体上及微观水平上都表现为平滑肌瘤特征, 系卵巢良性肿瘤。其发病年龄为3~103(平均43)岁^[1]。肿瘤大小不等, 多为单侧, 多无临床症状^[2]。组织发生来源及发生机制尚不清楚, 术前影像学诊断往往非常困难, 诊断多依靠术中所见、术后病理及免疫组织化学检查, 易误诊。完整切除卵巢平滑肌瘤绝少复发, 不需术后辅助治疗, 预后好。

但也有巨大原发性卵巢平滑肌瘤的病例报道。常为单侧, 有学者^[3]报道双侧以青少年居多。较小者多无临床症状, 多于体检时发现。随着肿瘤生长, 可能出现腹围增加, 轻到中度的下腹部疼痛, 于下腹部触及肿块, 尿频、尿急等盆腔器官压迫症状, 少数也可伴有男性化、胸水、腹水、多发性肌炎、CA125升高等^[4]。若肿瘤发生扭转坏死, 可出现急性腹痛等症状。

1 临床表现

原发性平滑肌瘤肿瘤大小不等, 多为4~5 cm,

2 组织发生来源与发生机制

原发性卵巢平滑肌瘤组织发生来源仍尚不

收稿日期 (Date of reception): 2018-09-16

通信作者 (Corresponding author): 赵焯, Email: 643818223@qq.com

明确, 主要起源于卵巢组织。目前主要有4种学说, 绝大多数学者认为起源于卵巢门血管平滑肌细胞, 因卵巢门处的血管平滑肌纤维较丰富。其他理论包括: 1) 卵巢韧带处的平滑肌细胞, 因卵巢韧带的平滑肌纤维随韧带可延伸至卵巢内部; 2) 卵巢间质中的平滑肌细胞或皮质中的平滑肌细胞, 现已证实黄体与皮质间也存在平滑肌纤维^[5]; 3) 卵巢子宫内异位间质平滑肌细胞, 卵巢间质成分可能受子宫内异位病灶刺激化生为平滑肌^[6-9]。继发性卵巢平滑肌瘤起源于卵巢外组织并附着于卵巢。

有学者^[10]认为肿瘤发生在发育异常的卵巢。但大部分学者认为雌激素在肿瘤的发生、发展中起重要作用。有学者^[11]报道1位孕妇在包括怀孕的1年内肿瘤增大了2 cm。另有学者^[12]报道了1例确诊该肿瘤的患者, 在月经来潮之前1年内肿瘤没有明显增长, 但随着月经的来潮, 肿瘤直径从4.5 cm增加到6.5 cm。孕激素和雌激素的增加可能刺激了肿瘤的生长。另有学者^[13]报道了2例戈林林综合症患者存在卵巢平滑肌瘤。由于病例缺乏, 对于这些肿瘤的组织发生来源及发生机制需要大样本进一步探讨。

3 诊断

由于卵巢平滑肌瘤的罕见性、可变性且无临床特征, 通常影像学和妇产科医师不会首先考虑该肿瘤的可能, 术前诊断往往非常困难, 易误诊, 多依靠术中冰冻、术后病理及免疫组织化学确诊。

3.1 影像学诊断

典型影像学方法包括超声、CT和MRI。1) 超声可连续动态观察, 通过按压子宫评估肿物与子宫活动的相对运动关系, 可与子宫平滑肌瘤、阔韧带平滑肌瘤相鉴别。其中三维超声较适合扫描较小的盆腔肿块, 不能精确扫描盆腔巨大肿块, 多为评估盆腔包块的首选检查^[14]。超声下肿物多显示为圆形或椭圆形, 边界清, 形态规整, 内呈低或中等回声, 伴囊性变时内可见伴液性区, 血流信号不明显。2) CT具有较高的密度分辨力, 可显示肿物大小、密度及其与周围组织的关系。3) MRI是术前卵巢平滑肌瘤的主要诊断方法^[15]。MRI由于其优良的软组织分辨率, 可更清晰地显示肿物内部结构的信号改变, 有利于判断肿瘤内部组成的成分, 但不能确定肿瘤的确切来源^[16]。

对于卵巢平滑肌瘤的诊断, 单一检查方法存在一定的误诊率。Agrawal等^[17]报道了1例巨大原发性卵巢平滑肌瘤, 其超声示低回声盆腔巨大肿物, CT和MRI确定肿物来源于右卵巢, 行增强扫描示不均匀强化且伴有坏死和囊性病变, 最终误诊为卵巢畸胎瘤。Taskin等^[18]报道了1例原发性卵巢平滑肌瘤, 行阴式超声示右附件区有一实性且包膜完整的中等回声包块, 未见明显血流信号, 误诊为卵泡膜细胞瘤或卵巢纤维瘤。

各种病理类型卵巢良性肿瘤因变形、出血、坏死等原因, 影像学表现多缺乏特异性, 需依靠病理学检查确诊。

3.2 病理学诊断

卵巢平滑肌瘤与子宫平滑肌瘤的组织学分类相同。现尚无大纲指出可将子宫平滑肌瘤的病理学诊断标准用于卵巢平滑肌瘤, 但多数文献都以子宫平滑肌瘤的病理学诊断标准作为卵巢平滑肌瘤的诊断标准^[19]。原发性卵巢平滑肌瘤的诊断首先必须要排除卵巢外平滑肌肿瘤的转移、播散及累及等。其次镜下证实符合平滑肌瘤组织学特征, 免疫组织化学证实为平滑肌分化。

3.2.1 肉眼观

卵巢平滑肌瘤多边界清楚, 质地均匀, 肿瘤呈圆形或卵圆形, 大小不一, 多数直径4~5 cm。

3.2.2 镜下观

1) 光镜下见普通型平滑肌瘤平滑肌细胞多呈类圆形或梭形, 大小较一致, 呈编织状、囊状、漩涡状排列, 细胞质嗜伊红, 核杆状或类圆形, 位于中央, 两端圆钝, 染色质均匀, 核仁不明显, 无罕见核分裂象(<1个/10 HPF), 还可伴水肿、玻璃样变性、梗死等, 这些形态特征均不支持恶性。2) 某些富于细胞型、核分裂活跃以及伴有奇异核的平滑肌瘤亦可发生在卵巢, 如卵巢非典型平滑肌瘤等。因此可通过镜下特征与平滑肌肉瘤相鉴别。

3.2.3 免疫组织化学

因平滑肌瘤发生于卵巢较罕见, 且形态特征不典型, 病理医师可能会误诊, 免疫组织化学检查对鉴别诊断有很大的帮助。

原发性卵巢平滑肌瘤在组织学形态上常与梭形细胞成分的性索间质肿瘤混淆, 多需根据免疫组织化学检查鉴别。免疫组织化学可见波形蛋白、结蛋白和平滑肌肌动蛋白阳性^[20]。若要与卵巢性索间质肿瘤区分应该同时行SMA, Desmin和 α -inhibin的联合染色。Czernobilsky等^[21]报道:

SMA染色在颗粒细胞瘤中只存在于局灶性间质细胞,在卵泡膜细胞瘤中不表达。Lastarria等^[22]报道:在平滑肌瘤中Desmin几乎均表达阳性(2/2),在卵泡膜细胞瘤和纤维细胞瘤中部分表达阳性(2/6),颗粒细胞瘤中未发现阳性表达(0/6)。可见Desmin阳性虽不能肯定,但是可以高度提示平滑肌瘤的诊断。卵巢平滑肌瘤不表达 α -inhibin,如果 α -inhibin阳性则提示性索间质肿瘤。因此,如果SMA或者desmin强阳性,而 α -inhibin阴性,可诊断为平滑肌瘤;如果 α -inhibin阳性则提示性索间质肿瘤。再结合病史、临床特点、影像学及组织形态学特征即可诊断原发性卵巢平滑肌瘤。

4 治疗与预后

卵巢平滑肌瘤的临床治疗应结合患者年龄、生育要求、肌瘤大小综合考虑。对于中老年患者,双侧输卵管卵巢切除术是黄金标准。对于年轻且强烈要求保留生育功能的妇女,应根据卵巢与肌瘤情况行剥除术。有学者^[23-24]提出,在行肌瘤剥除术中见肿物包膜完整,边界清,质硬,可完整剥除。术中出血情况与肌瘤位置有关。若肌瘤位置较深,包膜不完整,完整剥除肿物难度大,疑为恶性者,多行患侧附件切除术。行保守手术无法完全切除肿瘤时,术后是否可以给予抗雌激素治疗,如GnRH类似物来防止复发,目前仍无文献报道,需进一步研究。但有研究^[25]显示:对于妊娠期要求保留生育功能的妇女,无法完全切除肿瘤时可行保守手术,因为大部分残余肿瘤在妊娠后会自发退化。对于手术方式的选择,在无明显禁忌症的情况下,单发肿瘤可进行腹腔镜手术,但是如果肿瘤多发,或者肌瘤位于卵巢深部时,最好行开腹手术。完整切除卵巢平滑肌瘤绝少复发,不需术后辅助治疗,预后好^[1]。有学者^[26]报道了1例行肿物剥除术后,随诊30个月发现患侧卵巢进行性增大。目前尚未见肌瘤结节剥除破损影响预后的相关文献报道。

5 结语

综上,卵巢平滑肌瘤是一种罕见的卵巢良性肿瘤,目前仍无有效的术前诊断及新的诊疗技术,应鼓励大型多中心病例研究,以加深对该病的诊疗及研究。

参考文献

1. Ichigo S, Takagi H, Matsunami K, et al. A large ovarian leiomyoma discovered incidentally in a 76-year-old woman: case report[J]. *Eur J Gynaecol Oncol*, 2015, 36(2): 203-205.
2. Lema VC, Massinde AN, Rambau PF, et al. Bizarre presentation of bilateral ovarian leiomyoma: a case report[J]. *Tanzan J Health Res*, 2013, 15(4): 259-261.
3. Rajabi P, Hani M, Bagheri M, et al. Large ovarian leiomyoma in young woman[J]. *Adv Biomed Res*, 2014, 3: 88.
4. Dong R, Jin C, Zhang Q, et al. Cellular leiomyoma with necrosis and mucinous degeneration presenting as pseudo-Meigs' syndrome with elevated CA125[J]. *Oncol Rep*, 2015, 33(6): 3033-3037.
5. 刘艳丽, 沈丹华. 原发性卵巢平滑肌瘤一例报道并文献复习[J]. *中国妇产科临床杂志*, 2009, 10(5): 386-387.
LIU Yanli, SHEN Danhua. Primary ovarian leiomyoma: a case report and literature review[J]. *Chinese Journal of Clinical Obstetrics and Gynecology*, 2009, 10(5): 386-387.
6. Monk BJ, Nieberg R, Berek JS. Primary leiomyosarcoma of the ovary in a perimenarchal female[J]. *Gynecol Oncol*, 1993, 48(3): 389-393.
7. Emovon EU, Cahill DJ, Joels LA, et al. Bilateral primary ovarian leiomyoma: a rare cause of ovarian tumour in a young woman[J]. *J Obstet Gynecol*, 1999, 19(6): 676.
8. Lerwill MF, Sung R, Oliva E, et al. Smooth muscle tumors of the ovary: a clinicopathologic study of 54 cases emphasizing prognostic criteria, histologic variants, and differential diagnosis[J]. *Am J Surg Pathol*, 2004, 28(11): 1436-1451.
9. Wellmann KF. Leiomyoma of the ovary: report of an unusual case and review of the literature[J]. *Can Med Assoc J*, 1961, 85: 429-432.
10. Lim SC, Jeon HJ. Bilateral primary ovarian leiomyoma in a young woman: case report and literature review[J]. *Gynecol Oncol*, 2004, 95(3): 733-735.
11. Hsiao CH, Wang HC, Chang SL. Ovarian leiomyoma in a pregnant woman[J]. *Taiwan J Obstet Gynecol*, 2007, 46(3): 311-313.
12. Blue NR, Felix JC, Jaque J. Primary ovarian leiomyoma in a premenarchal adolescent: first reported case[J]. *J Pediatr Adolesc Gynecol*, 2014, 27(4): e87-e88.
13. Akizawa Y, Miyashita T, Sasaki R, et al. Gorlin syndrome with an ovarian leiomyoma associated with a PTCH1 second hit[J]. *Am J Med Genet A*, 2016, 170(4): 1029-1034.
14. Hasegawa A, Igarashi H, Ohta T, et al. Three-dimensional computed tomography of pelvic masses in Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser syndrome[J]. *Obstet Gynecol*, 2015, 125(2): 393-396.
15. Park SB, Lee JB. Imaging features of leiomyoma in the genitourinary

- tract: beyond the uterus[C]. Vienna, Austria: European Congress of Radiology, 2014.
16. Kozawa E, Inoue K, Tanaka J, et al. Unusual MR findings in ovarian leiomyoma[J]. Magn Reson Med Sci, 2013, 12(1): 57-61.
 17. Agrawal R, Kumar M, Agrawal L, et al. A huge primary ovarian leiomyoma with degenerative changes-an unusual[J]. J Clin Diagn Res, 2013, 7(6): 1152-1154.
 18. Taskin MI, Ozturk E, Yildirim F, et al. Primary ovarian leiomyoma: a case report[J]. Int J Surg Case Rep, 2014, 5(10): 665-668.
 19. Scully RE. Smooth-muscle differentiation in genital tract disorders[J]. Arch Pathol Lab Med, 1981, 105(10): 505-507.
 20. Kim JC, Sang LN, Suh KS. Leiomyoma of the ovary mimicking mucinous cystadenoma[J]. Clin Imaging, 2000, 24(1): 34-37.
 21. Czernobilsky B, Shezen E, Lifschitz-Mercer B, et al. Alpha smooth muscle actin (α -SM actin) in normal human ovaries, in ovarian stromal hyperplasia and in ovarian neoplasms[J]. Virchows Arch B Cell Pathol Incl Mol Pathol, 1989, 57(1): 55-61.
 22. Lastarria D, Sachdev RK, Babury RA, et al. Immunohistochemical analysis for desmin in normal and neoplastic ovarian stromal tissue[J]. Arch Pathol Lab Med, 1990, 114(5): 502-505.
 23. 李永川, 吴德慧. 青春期卵巢平滑肌瘤一例报道[J]. 生殖医学杂志, 2006, 15(1): 60.
LI Yongchuan, WU Dehui. Primary ovarian leiomyoma in adolescent: a case report[J]. Journal of Reproductive Medicine, 2006, 15(1): 60.
 24. 谈际范, 郭芳, 黎燕, 等. 原发性卵巢平滑肌瘤一例临床病理分析[J]. 新医学, 2017, 48(10): 746-748.
TAN Jifan, GUO Fang, LI Yan, et al. Clinicopathological analysis of one case with primary ovarian leiomyoma[J]. New Chinese Medicine, 2017, 48(10): 746-748.
 25. Daniel Y, Lessing JB, Bar-Am A, et al. Treatment of bilateral multiple primary ovarian leiomyomas during pregnancy by way of conservative surgery: a case report[J]. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol, 1997, 74(2): 125-126.
 26. San ML, Londero F, Stefanutti V, et al. Ovarian leiomyoma. Case report[J]. Clin Exp Obstet Gynecol, 1991, 18(2): 145-148.

本文引用: 姚丽婷, 王秋曼, 韩晓, 赵焱. 原发性卵巢平滑肌瘤的研究进展[J]. 临床与病理杂志, 2019, 39(1): 208-211. doi: 10.3978/j.issn.2095-6959.2019.01.034

Cite this article as: YAO Liting, WANG Qiuman, HAN Xiao, ZHAO Ye. Research progress of primary leiomyoma of ovary[J]. Journal of Clinical and Pathological Research, 2019, 39(1): 208-211. doi: 10.3978/j.issn.2095-6959.2019.01.034