

会阴巨大肿物的女性病例一例

付 丽, 符梦宇, 关杰文, 丁红梅*

苏州大学附属第一医院妇产科, 江苏 苏州

收稿日期: 2025年1月15日; 录用日期: 2025年2月9日; 发布日期: 2025年2月18日

摘 要

我们报告一例位于阴阜部的35岁女性的孤立性纤维性肿瘤(Solitary Fibrous Tumor, SFT), 这是一种比较罕见的疾病, 很少有病例报道。35岁女性主诉触及阴阜部增大肿物, 通过辅助检查及体格检查在患者阴阜上触诊9 cm肿块, 质软无压痛, 对肿块进行完全手术切除, 术后常规病理及免疫组化提示富于细胞的孤立性纤维性肿瘤, 低度恶性潜力, 瘤体大, 需密切随访。

关键词

会阴肿物, 妇科, 影像学, 诊疗

A Case of a Young Woman with Huge Perineal Tumor

Li Fu, Mengyu Fu, Jiewen Guan, Hongmei Ding*

Department of Gynecology and Obstetrics, The First Affiliated Hospital of Soochow University, Suzhou Jiangsu

Received: Jan. 15th, 2025; accepted: Feb. 9th, 2025; published: Feb. 18th, 2025

Abstract

We report a case of isolated fibrous tumour located in the pubic mound of a 35-year-old woman, which is a relatively rare disease with few case reports. A 35-year-old woman complained of a palpable enlarged mass in the pubic mound, and a 9-cm mass was palpated on the pubic mound by auxiliary examination and physical examination, which was soft and without tenderness, and was completely surgically excised. Postoperative routine pathology and immunohistochemistry suggested a cell-rich isolated fibrous tumour with low malignant potential and a large tumour that required close follow-up.

*通讯作者。

Keywords

Perineal Swelling, Gynaecology, Imaging, Diagnosis and Treatment

Copyright © 2025 by author(s) and Hans Publishers Inc.

This work is licensed under the Creative Commons Attribution International License (CC BY 4.0).

<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>



Open Access

1. 介绍

女性会阴按解剖结构可分为前尿道三角区和后肛门三角区，各种紊乱和疾病可影响女性会阴，或主要由会阴引起，或激发通过骨盆隔膜累及会阴，所以可发生许多病变，包括各种良性及恶性病变，因常被忽略、起源诊断困难且疾病的临床表现非特异，如盆腔疼痛、瘙痒、排尿困难、出血和异常分泌物。不仅需要体格检查，辅助检查如阴超及 MRI，也需要对女性会阴解剖结构清楚的临床医生和放射科医生的评估，针对不同类型的会阴部基本治疗方法不同，需针对性处理，缓解病人的临床症状，改善预后并延缓复发。

2. 病例报告

一名无特殊病史的 35 岁女性位于阴阜部位有一巨大肿物，患者的病程长达八年，起初是无诱因下触及阴阜部肿块，约鸽子蛋大小，无触痛感，边界清楚，活动性好，未重视及诊治，8 年来，患者肿块进行性增大，伴有局部皮肤静脉曲张，质地软，无疼痛及阴道异常分泌物，无畏寒发热，无压痛触痛，直到肿块大小达到约 9 公分，影响正常生活才就诊。因患者有两次剖宫产史，也不排除为腹壁子宫内膜异位症可能，这需要鉴别诊断以及最后手术病理确诊。

入院后体格检查发现患者阴阜有可触及的 9 cm 软结构，它在皮下组织内无压痛，但活动度一般。

07-08 我院浅表部位超声提示阴阜皮下可见一低回声，大小约 81 * 61 * 85 mm，与周围组织分界清，内见丰富血流信号，其上缘距浅表皮肤层约 8 mm。包块周围的皮下脂肪层内可见扩张迂曲的血管回声，其内充满彩色血流信号，如图 1 所示。

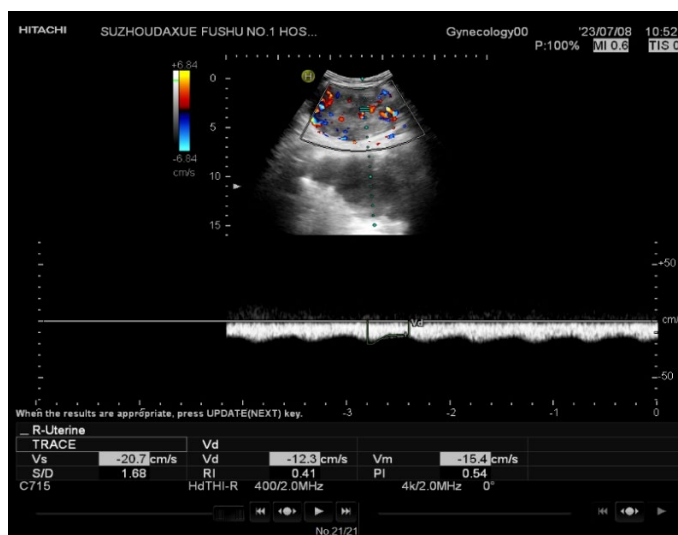


Figure 1. Superficial site sonogram showing the mass is distant from the skin
图 1. 浅表部位超声图显示肿块距皮肤是有距离的

06-29 我院盆腔平扫 + 增强 CT: 盆壁肿块, 考虑间叶源性肿瘤可能, 左股骨头及坐古骨岛可能。如图 2 所示。

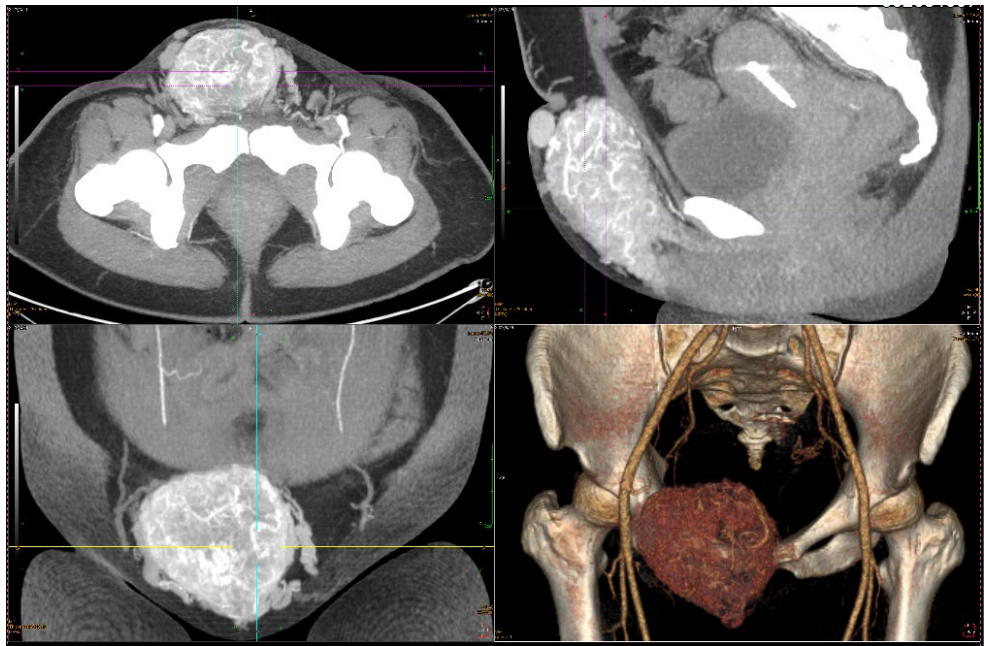


Figure 2. Pelvic plain scan + enhanced CT: a mass shadow was seen in the pelvic wall, about 8.3 * 6.9 cm in size, inhomogeneous enhancement was seen on enhanced scan, multiple penetrating vascular shadows were seen in the inner part of the mass, and thickened and tortuous vascular shadows were seen around the mass

图 2. 盆腔平扫 + 增强 CT: 盆壁可见一肿块影, 大小约 8.3 * 6.9 cm, 增强扫描可见不均匀强化, 内见多发穿行血管影, 肿块周围见增粗迂曲血管影



Figure 3. MRI: Massive long T2 signal shadow is seen in the anterior abdominal wall of the right vulva, with obvious tortuous blood vessel shadow around it, and significant enhancement is seen after enhancement, the size of which is about 95 * 52 mm, with high signal in DWI and low signal in ADC, and the upper edge of the lesion is indistinctly demarcated from the rectus abdominis muscle

图 3. MRI: 右侧外阴前腹壁见团块状长 T2 信号影, 周围见明显迂曲血管影, 增强后见显著强化, 大小约 95 * 52 mm, DWI 高信号, ADC 低信号, 病灶上缘与腹直肌分界不清

08-03 我院盆腔增强 MRI: 右侧外阴占位, 考虑间叶源性肿瘤? 病灶与右侧腹直肌分界不清。如

图 3 所示。

完善其他相关辅助检查，肾输尿管超声及阴道分泌物检查未见明显异常，因患者空腹血糖达 15.25 mmol/L，考虑糖尿病，若手术易出现切口愈合不良、切口感染等风险，一方面予监测血糖，另一方面提请内分泌科会诊，并因患者肿块位置特殊，仅通过体格检查在确定疾病的准确定位时可能不可靠，所以积极提请了影像科、普外科、泌尿外科、烧伤科等相关科室进行 MDT 讨论，意见如下：放射科医生认为：肿块位于脂肪层，与腹直肌之间有间距，血供极丰富，其血供来自髂外动脉，静脉分两侧回流，部分回流至阴部静脉。增强器强化明显，不太考虑子宫内膜异位灶，考虑脂肪来源的恶性肿瘤可能性大，另外肌肉来源可能性小，考虑单发性间叶肿瘤。泌尿科医生：床边查看病人考虑包块位于耻骨联合上方，与膀胱关系不大，考虑手术。普外科医生：皮下静脉曲张明显，肿块血流丰富，手术过程中出血风险大，对于静脉出血可考虑静脉夹，术前需备血，若肿块累及腹直肌前鞘，需切除部分腹直肌前鞘的话，则需放置补片，补片位置如若太浅不适合放置，可考虑腹腔镜下打开前腹膜放置补片，预防腹壁疝、切口疝。烧伤科医生：术前可以设计并标记，皮肤部分切除，留下的部分皮肤和皮下浅筋膜组织适当转移过去覆盖住手术创面，如果皮肤脱套太明显，可以适当加压包扎，若该部位包扎困难可首选负压引流材料，并选几个关键点适当加压缝扎，局部创面密封加压 5~7 日，再放置 1~2 处皮下引流管。妇产科医生：患者肿块周围血供丰富，术前需联系血库积极备血。主持人总结：综合上述会诊意见，患者肿块有恶性可能，术中需根据病理结果以确定手术范围，必要时请普外科、烧伤科台上会诊。

手术指征明确，在充分与患者及家属沟通手术风险的情况下，于 08-08 行阴阜肿瘤切除术，术中检查阴阜皮下肿物，直径约 9*9*6 cm，活动欠佳，表面静脉曲张，切口沿结节直径皮肤切开，达真皮层，见大量血管匍匐于肿块表面，分离结节周围组织及皮下脂肪组织，止血，底部达膀胱前壁，完整分离并切除结节，未达腹腔，留置引流管一根。皮下脂肪间断可吸收线缝合，皮肤间断缝合。术中输注 MAP2U、血浆 200 ml。剖视标本：肿物呈鱼肉样改变，如下图 4，送快速病理，报告为：(阴阜肿瘤)间叶源性梭形细胞肿瘤，富于细胞，待常规及免疫组化进一步确诊。本病例报道已获得病人的知情同意。

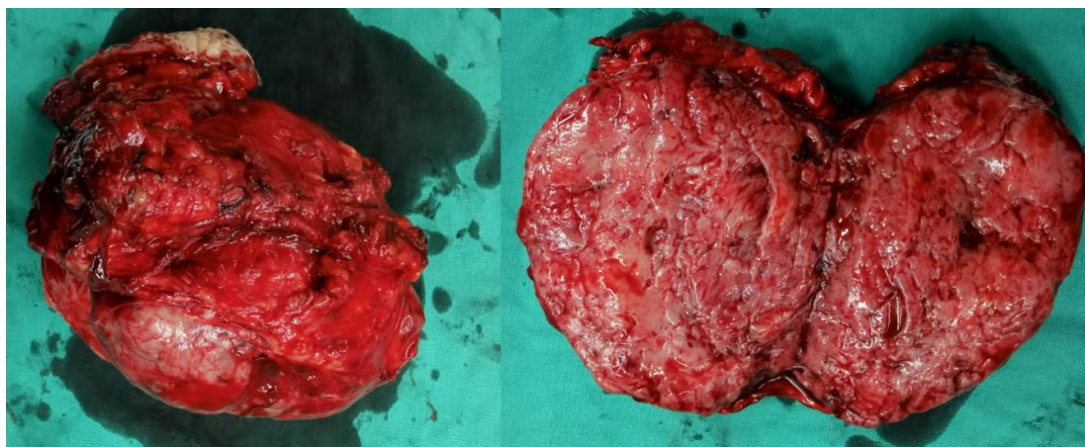


Figure 4. General view and section of the specimen

图 4. 标本的大体观及剖视

手术切除后，高倍镜下如图 5 所示，解剖病理证实为(阴阜)富于细胞性孤立性纤维性肿瘤(SFT)，低度恶性潜能。瘤体大，建议密切随访复查。免疫组化(I23-10862): CK19(-), CK(-), Vimentin(+), CD34(+), CD99(-), Calponin(-), STAT6(+), SMA(-), Desmin(-), S100(-), INI-1(-), Ki-67(5%+)。患者行基因检

测：DNA 层面未发现病理性变异，RNA 层面发 NAB2::STAT6 重排但读码框不完整。加做全转录组证实 NAB2::STAT6 重排，且读码框完整。该融合是孤立性纤维瘤的特异性改变。

术后患者定期随访观察，未见肿瘤复发和进展。

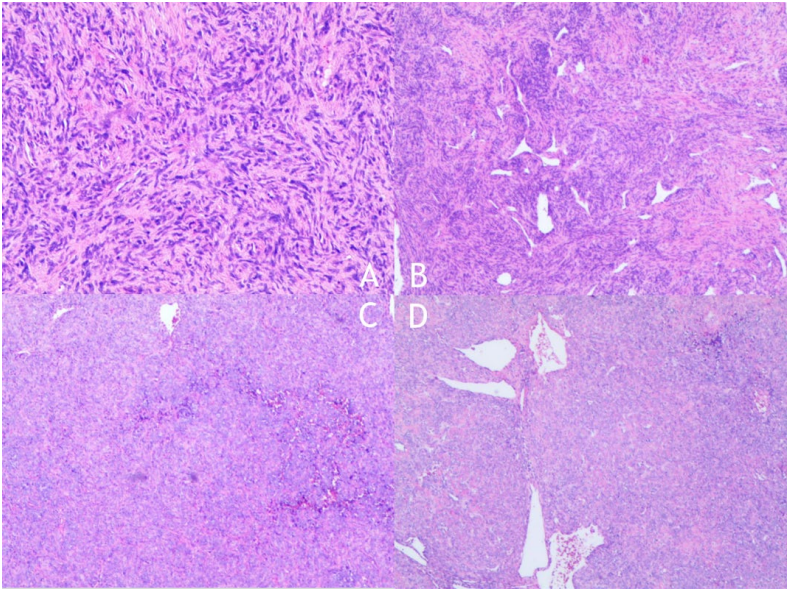


Figure 5. Isolated fibrous tumour (SFT) at high magnification
图 5. 高倍镜下孤立性纤维性肿瘤(SFT)

3. 鉴别诊断

孤立性纤维瘤是一种少见的间充质肿瘤，可发生在身体任何部位[1]。由于 SFT 可以在身体的任何部位表现出来，许多肿瘤表现出类似的生长模式，因此鉴别诊断是广泛的。然而，最近的基因方面的研究进展发现大大提高了我们准确诊断的能力[2]。虽然大多数孤立性纤维性肿瘤与侵袭性临床结果无关，但高达 20%的肿瘤可能呈现侵袭性临床病程[3] [4]。

孤立性纤维瘤在进行诊断时，需要与多种疾病进行鉴别，主要包括以下几种：首先是神经鞘瘤。神经鞘瘤多起源于神经鞘细胞，常发生于脊神经根、脑神经等部位。在影像学上，神经鞘瘤多为圆形或椭圆形，边界清晰，可有囊变，增强扫描多呈不均匀强化。而孤立性纤维瘤通常质地较硬，强化方式也有所不同。其次是血管外皮细胞瘤。这两种肿瘤在形态和免疫组化上有一定相似性，但血管外皮细胞瘤的血管更为丰富，呈“鹿角状”，且细胞多形性和核分裂象更常见。再者要与脑膜瘤相鉴别。脑膜瘤多附着于硬脑膜，与脑膜关系密切，常有“脑膜尾征”，且在免疫组化上，脑膜瘤的 EMA 常为阳性，而孤立性纤维瘤一般为阴性。另外，还需与纤维型脑膜瘤区分。纤维型脑膜瘤的细胞排列更紧密，胶原纤维更丰富，而孤立性纤维瘤的细胞相对稀疏，间质血管丰富。对于胸部的孤立性纤维瘤，要与纵隔的其他肿瘤如胸腺瘤、神经源性肿瘤等鉴别。胸腺瘤多位于前纵隔，多有完整包膜，内部常有囊性变；神经源性肿瘤多位于后纵隔，沿神经走行分布。

对于许多典型的软组织肿瘤来说，SFT 最关键的治疗方法是整体手术切除并留下无病变的边缘。一些 SFT 可能会表现出侵袭行为，准确预测 SFT 的哪一部分会变得具有侵袭性是具有挑战性的。这导致一些人将 SFT 定性为交界性恶性肿瘤。所以迫切需要新的风险分层模型来预测 SFT 的进展，也需要进一步的研究来确定最适合个体病例的治疗方法[5]。

4. 讨论

4.1. SFT 的发病机制

孤立性纤维瘤的发病机制目前尚未完全明确,但研究认为可能与以下几个方面有关:遗传因素可能在 SFT 的发生中起到一定作用,某些基因突变或染色体异常可能增加了 SFT 发生的风险。细胞信号通路的异常调节也是一个重要因素,例如,血小板源性生长因子受体(PDGFR)和血管内皮生长因子受体(VEGFR)等信号通路的异常激活,可能促进肿瘤细胞的增殖、存活和血管生成[6]。肿瘤微环境对 SFT 的发病也有影响。肿瘤细胞与周围的基质细胞、细胞外基质以及免疫细胞之间的相互作用,可能为肿瘤的生长和发展提供了有利条件。此外,一些表观遗传学的改变,如 DNA 甲基化、组蛋白修饰等,可能导致相关基因的表达异常,从而参与 SFT 的形成。SFT 起源于一种具有纤维母细胞性或肌纤维母细胞性分化特点的细胞,这些细胞在特定的因素作用下发生异常增殖和分化,逐渐形成肿瘤[7]。

4.2. SFT 的分子生物学特征

孤立性纤维瘤具有一些独特的分子生物学特征。在基因层面,NAB2-STAT6 基因融合是 SFT 一个重要的分子特征,这种基因融合导致了 STAT6 蛋白在细胞核中的过表达,可通过免疫组化检测到,是诊断 SFT 的关键指标之一[8]。从蛋白表达来看,CD34 常呈阳性表达,这有助于与其他肿瘤进行鉴别。在细胞信号通路方面,血管内皮生长因子(VEGF)及其受体的表达和活性在 SFT 中可能存在异常,这与肿瘤的血管生成和生长密切相关。此外,SFT 中的一些细胞周期调控蛋白,如 cyclin D1 等,可能出现异常表达,影响细胞的增殖和分化。

4.3. SFT 的流行病学趋势

孤立性纤维瘤是一种相对少见的肿瘤,其流行病学趋势具有以下一些特点:SFT 可发生于任何年龄,但多见于中老年人,发病高峰年龄通常在 50~70 岁之间,不过,近年来也有年轻化的趋势。在性别分布上,男女发病率大致相当,没有明显的性别差异。就发病部位而言,SFT 可发生于全身多个部位,最常见于胸膜,其次是头颈部、四肢、腹腔等[9]。但随着诊断技术的不断提高,更多不常见部位的 SFT 病例也逐渐被发现。从全球范围来看,SFT 的发病率相对较低,但由于人们对其认识的加深以及诊断技术的进步,确诊病例数可能呈逐渐上升的趋势。

4.4. SFT 的治疗方法

孤立性纤维瘤(SFT)的治疗方法主要包括以下几种:手术切除是 SFT 最主要的治疗方式,对于可手术切除的肿瘤,应尽可能完整地将其切除,以达到根治的目的。手术的范围和方式取决于肿瘤的大小、位置、与周围组织的关系等因素。对于无法完全切除或手术后有残留的 SFT 患者,放疗可以作为一种辅助治疗手段。放疗能够抑制肿瘤细胞的生长,降低复发的风险。近年来,随着对 SFT 分子生物学特征的深入了解,靶向治疗也逐渐成为一种潜在的治疗选择[10]。例如,针对血管内皮生长因子(VEGF)及其受体的靶向药物,可能对 SFT 的治疗发挥一定作用。此外,对于晚期或转移性 SFT 患者,化疗也可能被考虑。但化疗在 SFT 治疗中的效果通常相对有限。

4.5. SFT 的预后因素

孤立性纤维瘤的预后受到多种因素的影响。肿瘤的大小和位置是重要的预后因素,一般来说,体积较大的肿瘤,尤其是直径超过 10 cm 患者,往往预后较差。肿瘤位置如果位于重要器官或结构附近,手术难以完全切除,也会对预后产生不利影响。肿瘤的组织学特征对预后有关键作用,例如,细胞异型性

明显、核分裂象增多、出现坏死等特征通常提示预后不良。手术切除的完整性是决定预后的关键因素。如果肿瘤能够被完全切除,患者的预后通常较好;而如果存在残留或切缘阳性,复发和转移的风险会显著增加。患者的年龄也可能影响预后,年轻患者往往比老年患者的预后相对较好。此外,肿瘤的生物行为,如是否具有侵袭性、是否容易发生转移等,也是重要的预后因素。具有侵袭性和易转移特性的 SFT 预后通常不佳。对 SFT 患者进行长期、密切的随访,有助于及时发现复发或转移,从而采取相应的治疗措施,改善预后。

会阴部位可发生的疾病很多,由于炎症及发育异常、肿瘤均可形成局部肿块,突出于体表,病程进展长短不一,如炎症发病可能较急,短时间内发病且进展迅速;而肿瘤性病变更多发病时间长且进展缓慢。可按照会阴解剖结构分类,也可按照疾病性质分类,后一种包括囊性病变:巴托林管囊肿和脓肿、肾管囊肿、表皮包涵囊肿、粘液和纤毛囊肿、高纳管囊肿、颈部囊肿、会阴疝;实性病变中的上皮病变:皮赘、痣、脂溢性角化病、腺状瘤、汗腺瘤、乳头状瘤,肛门生殖器乳腺样腺体及相关病变,间充质及其他皮下病变:子宫内膜异位症、血管瘤、纤维瘤、脂肪瘤、颗粒细胞瘤、平滑肌瘤、血管肌纤维母细胞瘤、侵袭性血管粘液瘤、畸胎瘤、骨软骨瘤、神经纤维瘤、神经鞘瘤、会阴结节性硬结[11]。良性的一些囊肿可能无症状或产生一些非特异临床表现,通常发展缓慢,诊断主要基于病史和体格检查、影像学检查,尤其是 MRI,作为一种非侵入性的技术,对软组织有着优越的成像能力,已经成为会阴部位成像的首选方式。如果囊肿小且无症状,可选择期待治疗,等待囊肿自然消退。若肿块增大影响正常生活或发生感染形成脓肿,可选择抗生素或切除、抽吸等。会阴疝是一种罕见的疝类型,易发生在 40~60 岁之间,女性为主(5:1),是由于怀孕和分娩导致盆底肌肉组织的缺陷所致[12]。主要也是手术进行修补,恢复正常解剖结构,回纳嵌顿的组织,避免功能的进一步手术,但是修补手术也是具有挑战性的。皮赘容易识别,可以观察或者切除。痣及脂溢性角化病根据临床表现可以切除排除恶性病变或者应病人要求切除,进行个体化治疗[13]。外阴部位的上皮层含有丰富的大汗腺、分泌腺、皮脂腺和毛囊皮脂腺单位,所以发生在身体其他任何部位的各种皮肤附件肿瘤同样可发生在会阴部位,大多数病变为良性,而恶性报告很少,多零星报告,如性腺瘤来源于汗腺,主要位于面颈部或胸部,但也可在外阴部表现为可多个小的、皮肤颜色的瘙痒性丘疹,治疗方法包括观察、切除、激光和冷冻治疗。乳头状汗腺瘤是一种良性肿瘤,偶尔发生于外阴或会阴。因为其有溃疡倾向,有时候可能会将其与腺癌混淆,组织病理学上由于腺体紧密堆积,可能类似于腺癌,但该病可以简单切除。位于会阴部的子宫内膜异位症不常见,通常与会阴部切口疤痕有关,可能表现为局部肿块,也可能随着月经周期出血、疼痛,治疗方法首选是切除术。且必须在组织学上证实具有活性的子宫内膜腺上皮和间质,当然没有找到也不能完全排除病变。皮肤子宫内膜异位症也可发生恶变,但需考虑来源于子宫或卵巢的转移[14]。发生于会阴部的侵袭性血管粘液瘤主要影响育龄女性的会阴和骨盆,因发病率罕见,通常被误诊为前庭大腺囊肿、脓肿或提肌疝[15]。具有侵袭性,可向上侵袭至骨盆,因此术前诊断成像如 MRI 很重要,以确定其病变范围[16],并有助于及时诊断,最大限度地减少对于周围结构的局部破坏。该病的特点是体积大,无荚膜,有局部浸润性质[17]。虽然它是一种生长缓慢的肿瘤,转移能力低,但它有很大的局部复发倾向,因此广泛局部切除和无肿瘤切缘是手术治疗的主要手段[18],且对于有会阴部肿瘤术后的女性病人,必须不能忽视该病的复发。脂肪瘤、平滑肌瘤、纤维瘤、颗粒细胞瘤通常生长缓慢、几乎总是良性,表现为无痛、圆形、可移动的肿块,可手术简单切除[19]。

5. 结论

在此,我们描述一例会阴部位孤立性纤维性肿瘤的年轻女性患者,特殊部位及发病率低凸显了对此类患者进行鉴别诊断的必要性和难度,在我们的病例中,我们的患者出现了明显的体征即会阴部肿物,而临床症状不明显使她任肿物发展到了影响生活的情况下才来就诊,在请了多学科讨论后,在准备充分

的情况下最后进行了手术切除，并重建会阴部结构，因 SFT 有恶性潜能，而她的病理报告提示肿块富于细胞，有低度恶性可能，且瘤体大，所以需密切随访。

致 谢

本文的研究得益于苏州大学附属第一医院妇产科众多方面的帮助及支持，感谢丁红梅主任对我的指导与建议，帮助我完成此篇文章。

基金项目

苏州市科技项目基金资助(项目编号: SKY2021035)。

参考文献

- [1] Gengler, C. and Guillou, L. (2005) Solitary Fibrous Tumour and Haemangiopericytoma: Evolution of a Concept. *Histopathology*, **48**, 63-74. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2559.2005.02290.x>
- [2] Demicco, E.G., Harms, P.W., Patel, R.M., Smith, S.C., Ingram, D., Torres, K., *et al.* (2015) Extensive Survey of STAT6 Expression in a Large Series of Mesenchymal Tumors. *American Journal of Clinical Pathology*, **143**, 672-682. <https://doi.org/10.1309/ajcpn25njtounpnf>
- [3] Ouladan, S., Trautmann, M., Orouji, E., Hartmann, W., Huss, S., Büttner, R., *et al.* (2015) Differential Diagnosis of Solitary Fibrous Tumors: A Study of 454 Soft Tissue Tumors Indicating the Diagnostic Value of Nuclear STAT6 Relocation and ALDH1 Expression Combined with in Situ Proximity Ligation Assay. *International Journal of Oncology*, **46**, 2595-2605. <https://doi.org/10.3892/ijo.2015.2975>
- [4] England, D.M., Hochholzer, L. and McCarthy, M.J. (1989) Localized Benign and Malignant Fibrous Tumors of the Pleura. A Clinicopathologic Review of 223 Cases. *The American Journal of Surgical Pathology*, **13**, 640-658. <https://doi.org/10.1097/00000478-198908000-00003>
- [5] Masuda, Y., Kurisaki-Arakawa, A., Hara, K., Arakawa, A., Oh, S., Suzuki, K., *et al.* (2014) A Case of Dedifferentiated Solitary Fibrous Tumor of the Thoracic Cavity. *International Journal of Clinical and Experimental Pathology*, **7**, 386-393.
- [6] Heller, D.S. (2015) Benign Tumors and Tumor-Like Lesions of the Vulva. *Clinical Obstetrics & Gynecology*, **58**, 526-535. <https://doi.org/10.1097/grf.0000000000000133>
- [7] Baleato Gonzalez, S., Vilanova, J., Lopez Carreira, L., Gracia-Figueiras, R., Pazos Gonzalez, G. and Ortiz-Terán, L. (2008) Perineal Hernia. *Emergency Radiology*, **16**, 395-398. <https://doi.org/10.1007/s10140-008-0768-4>
- [8] Barthelmann, S., Butsch, F., Lang, B.M., Stege, H., Großmann, B., Schepler, H., *et al.* (2023) Seborrheic Keratosis. *JDDG: Journal der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft*, **21**, 265-277. <https://doi.org/10.1111/ddg.14984>
- [9] Chene, G., Darcha, C., Dechelotte, P., Mage, G. and Canis, M. (2007) Malignant Degeneration of Perineal Endometriosis in Episiotomy Scar, Case Report and Review of the Literature. *International Journal of Gynecological Cancer*, **17**, 709-714. <https://doi.org/10.1136/ijgc-00009577-200705000-00022>
- [10] Alomary, N.A., Albeeshi, M.Z., Al Thebaity, R.E., Yousef, Z.M. and El-Boghdady, S.A. (2020) Aggressive Angiomyxoma Persistently Misdiagnosed as an Obturator Hernia Managed with Resection and Hormonal Therapy: Case Report. *Journal of Surgical Case Reports*, **2020**, rjaa3. <https://doi.org/10.1093/jscr/rjaa330>
- [11] Bai, H.M., Yang, J.X., Huang, H.F., Cao, D.Y., Chen, J., Yang, N., *et al.* (2013) Individualized Managing Strategies of Aggressive Angiomyxoma of Female Genital Tract and Pelvis. *European Journal of Surgical Oncology (EJSO)*, **39**, 1101-1108. <https://doi.org/10.1016/j.ejso.2013.06.013>
- [12] Song, M., Glasgow, M., Murugan, P. and Rivard, C. (2017) Aggressive Angiomyxoma of the Vulva and Bladder. *Obstetrics & Gynecology*, **130**, 885-888. <https://doi.org/10.1097/aog.0000000000002254>
- [13] Kiran, G., Yancar, S., Sayar, H., Kiran, H., Coskun, A. and Arikan, D.C. (2013) Late Recurrence of Aggressive Angiomyxoma of the Vulva. *Journal of Lower Genital Tract Disease*, **17**, 85-87. <https://doi.org/10.1097/lgt.0b013e3182545d2f>
- [14] Salam, G.A. (2002) Lipoma Excision. *American Academy of Family Physicians*, **65**, 901-904.
- [15] Veleminsky Jr., M. (2012) Extremely Large Vulvar Fibroma in a 15-Year-Old Girl. *Neuro Endocrinology Letters*, **33**, 600-602.
- [16] Briceño Pérez, C., Briceño Sanabria, L., Briceño Sanabria, J., *et al.* (2006) [Vaginal Leiomyoma]. *Ginecología y Obstetricia de México*, **74**, 277-281.

-
- [17] Bieg, M., Moskalev, E.A., Will, R., Hebele, S., Schwarzbach, M., Schmeck, S., *et al.* (2021) Gene Expression in Solitary Fibrous Tumors (SFTs) Correlates with Anatomic Localization and NAB2-STAT6 Gene Fusion Variants. *The American Journal of Pathology*, **191**, 602-617. <https://doi.org/10.1016/j.ajpath.2020.12.015>
- [18] Kim, S.H., Park, H.J., Linton, J.A., Shin, D.H., Yang, W.I., Chung, W.Y., *et al.* (2001) Extraovarian Granulosa Cell Tumor. *Yonsei Medical Journal*, **42**, 360-363. <https://doi.org/10.3349/ymj.2001.42.3.360>
- [19] Punetha, M., Chouhan, V.S., Sonwane, A., Singh, G., Bag, S., Green, J.A., *et al.* (2020) Early Growth Response Gene Mediates in VEGF and FGF Signaling as Dissected by CRISPR in Corpus Luteum of Water Buffalo. *Scientific Reports*, **10**, Article No. 6849. <https://doi.org/10.1038/s41598-020-63804-z>