

年轻女性子宫癌肉瘤1例并文献复习

金虹雨, 杨 晶, 牛兆园

青岛大学附属医院妇科, 山东 青岛

收稿日期: 2025年2月5日; 录用日期: 2025年2月28日; 发布日期: 2025年3月6日

摘 要

子宫癌肉瘤又称为恶性混合型中胚层瘤(uterine carcinosarcoma, UCS), 在妇科恶性肿瘤中较为罕见, 尽管UCS的发病率不到所有子宫恶性肿瘤的5%, 但其死亡率超过16%。病理上具有特异性, 包含癌和肉瘤两种成分。其临床症状与子宫内膜癌相似, 主要表现为阴道流血、阴道排液、腹胀和下腹痛等。其恶性程度高, 极易发生早期转移, 主要影响绝经后妇女, 年轻女性中极为少见。本文报道1例年轻女性子宫癌肉瘤, 通过对该病例进行分析, 以期为以后子宫癌肉瘤的临床研究提供参考。

关键词

子宫癌肉瘤, 阴道流血, 子宫恶性肿瘤

A Case of Uterine Carcinosarcoma in a Young Woman and Literature Review

Hongyu Jin, Jing Yang, Zhaoyuan Niu

Department of Gynecology, The Affiliated Hospital of Qingdao University, Qingdao Shandong

Received: Feb. 5th, 2025; accepted: Feb. 28th, 2025; published: Mar. 6th, 2025

Abstract

Uterine carcinosarcoma (UCS), also known as malignant mixed Müllerian tumor, is a rare type of gynecological malignancy. Although the incidence of UCS is less than 5% of all uterine malignancies, its mortality rate exceeds 16%. Pathologically, UCS is characterized by the presence of both carcinoma and sarcoma components. Its clinical symptoms are similar to those of endometrial cancer, mainly including vaginal bleeding, vaginal discharge, abdominal distension, and lower abdominal pain. UCS is highly malignant and prone to early metastasis, primarily affecting postmenopausal women, with very rare cases in younger women. This article reports a case of uterine carcinosarcoma in a young woman, and through analyzing this case, it aims to provide a reference for future

clinical research on uterine carcinosarcoma.

Keywords

Uterine Carcinosarcoma, Vaginal Bleeding, Malignant Tumor of Uterus

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. 病例资料

患者，女，34岁，G0，否认性生活史。因“月经量多4年，阴道流血2周”入院。患者4年前无明显诱因出现月经量增多，约为平素月经量的2倍，于外院就诊，行妇科超声未见明显异常。2周前月经来潮，起初量同既往月经量，后出血量明显增多，伴大血块。10天前因头晕、乏力于外院就诊，血常规提示血红蛋白34 g/L，于外院累计输血6 u。后阴道出血量仍多，于2020年09月07日收住入院。

妇科查体：可触及阴道内质脆肿物，触之可见活动性出血自阴道口流出。子宫如孕2月余妊娠大小。血清肿瘤标记物：HE4 227.0 pmol/L，CA125、CA199、CEA、AFP均在正常范围。经腹妇科彩超(见图1)示：子宫前位，约7.7 cm × 6.2 cm × 5.3 cm，包膜回声不光滑，外形不规则，肌层回声不均匀，前壁及宫颈见7.2 cm × 6.8 cm × 6.7 cm低回声包块，形态不规则，血流信号较丰富，宫颈管显示不清。超声诊断：子宫前壁及宫颈低回声包块，不除外子宫肌瘤。盆腔MRI(见图2、图3)提示：子宫腔内-宫颈及子宫周围见不规则等短T1混杂长T2异常信号影，DWI呈高信号，边界较清，最大截面大小约82 mm × 70 mm × 71 mm。PET/CT全身检查提示：① 宫颈管内软组织密度肿块，密度不均，代谢增高，SUVmax约30.8，宫颈受压变薄，病灶与子宫宫腔相连，子宫宫腔内低密度影，代谢增高，SUVmax约6.9，考虑子宫恶性肿瘤，间质肉瘤可能性大。② 双侧髂外血管周围增大淋巴结，代谢增高，SUVmax约15.8。③ 双肺多发散在结节，部分代谢增高，SUVmax约5.3；考虑淋巴结转移瘤、双肺转移瘤。

遂于2020-9-14行子宫动脉栓塞术 + 腹腔镜下双侧输尿管支架置入术 + 全子宫 + 双附件切除术 + 盆腔淋巴结清扫 + 盆腔粘连松解术。术中见：子宫下段增粗呈桶状，质硬、直径约7 cm，前壁与膀胱



Figure 1. Ultrasound image

图 1. 超声



Figure 2. Uterine MRI T2W1 sequence
图 2. 子宫 MRI T2W1 序列

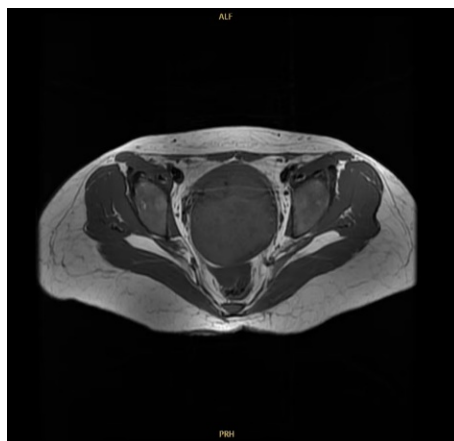


Figure 3. Uterine MRI T1W1 sequence
图 3. 子宫 MRI T1W1 序列



Figure 4. Excised uterus specimen
图 4. 切除的子宫

关系密切，前腹膜明显增厚，子宫前壁与膀胱之间突起一肿物，直径约 5 cm，质硬，阴道内取出质脆烂肉样物共约 300 mL。双侧闭孔淋巴结均肿大，质硬，直径约 2.5 cm (见图 4)。术后病理：(阴道内组织活

检)恶性肿瘤伴坏死,结合免疫组化结果,意见为癌肉瘤。免疫结果:CK(上皮成分弱+),Vimentin(肉瘤成分+),Ki-67(80%)。术后患者一般状况良好,给予AG方案(吉西他滨、白蛋白紫杉醇)化疗。现已完成6次化疗,CA724 12.10 U/mL(正常值 < 6.7 U/mL),余肿瘤标志物均在正常范围内,电话随访患者目前一般状况良好,未见复发。

2. 讨论

子宫癌肉瘤平均发病年龄为54~68岁,该患者34岁,未婚未育,无性生活史,在临床上较为少见。辐射暴露是子宫癌肉瘤的常见病因,肥胖、未生育、外源性雌激素和他莫昔芬的使用是子宫癌肉瘤的其他常见病因[1]。主要临床症状包括异常子宫出血、阴道排液、子宫迅速增大、腹胀和下腹痛[2],以异常子宫出血较为多见,有文献报道该症状可占临床症状的45%,绝经前妇女出现月经紊乱,绝经后妇女出现阴道不规则流血应提高警惕,进一步检查,以排除子宫癌肉瘤可能[3]。此外,子宫癌肉瘤还常表现为子宫内膜肿块,引起子宫内膜腔和宫颈内管的扩张[4]。UCS以侵袭性肿瘤因素为特征,包括体积大(≥ 5 cm, ~60%)、深部肌层浸润(30%~50%)、淋巴血管间隙浸润(~60%)和淋巴结转移(盆腔20%~25%,主动脉旁~15%)的高发率[5]。由于缺乏高效的早期诊断手段及癌肉瘤的侵袭性,超过10%的患者在最初诊断时会出现转移,高达60%的患者在影像学上表现为宫外病变[6],以肺转移较为常见,例如该患就诊时已发生肺转移,转移是影响子宫癌肉瘤患者远期复发率和生存率的主要影响因素。与其他子宫恶性肿瘤相比,癌肉瘤的预后较差,其5年生存率为33%~39%,中位生存期为16~40个月。大多数复发发生在治疗后1年内[1],因此早期诊断和早期治疗尤为重要。

目前临床上用于诊断子宫癌肉瘤的方式主要有以下几种:① 肿瘤标记物 CA125: CA125 在卵巢癌筛查中有重要诊断意义,80%以上卵巢癌患者 CA125 升高,但半数以上子宫癌肉瘤患者 CA125 早期并不升高。有学者通过对 106 例子宫癌肉瘤患者的回顾性研究发现伴有宫外转移的子宫癌肉瘤患者有 75% CA125 升高[7],即 CA125 对子宫癌肉瘤宫外转移有一定的参考意义。另有研究发现高水平 CA125 主要集中在子宫癌肉瘤晚期患者,但也有很多晚期患者 CA125 处于正常或稍高于正常值水平[8]。综上我们推测高水平 CA125 对晚期且伴有宫外转移的子宫癌肉瘤有一定的诊断价值,而对子宫癌肉瘤早期识别意义较低。CA125 在排卵、感染、炎症后也可能升高,在对适应症不明确的患者进行检查时应考虑到这点。对于子宫癌肉瘤患者,在术前监测 CA125 水平可以预测复发可能,在一项 54 例患者的回顾性研究中,CA-125 值高于 30 U/mL 与深部肌层浸润以及较高的疾病分期显著相关[6],而治疗结束后 CA125 水平升高可能预示预后较差[9]。综上所述,当 CA125 升高时,我们应提高重视,应进一步排查,以期发现早期病变。② 诊断性刮宫或宫腔镜: 子宫癌肉瘤以阴道流血和宫颈口组织脱出为主要表现,通过诊断性刮宫或宫腔镜活检进行组织病理学检查,得出恶性结论,能够为诊断子宫癌肉瘤提供依据。对于临床怀疑为子宫癌肉瘤的妇女,通常在确定手术前通过子宫内膜活检或扩张刮除进行子宫内膜取样。因为癌肉瘤起源于子宫内膜,理论上它比单纯的子宫肉瘤更容易通过子宫内膜取样进行诊断[6]。但由于子宫癌肉瘤同时具有癌和肉瘤两种组织学成分,病理学需同时检测到两种组织学成分才能做出结论,故存在一定的漏诊率和误诊率[7]。因此,如果子宫内膜取样呈阴性,但仍高度怀疑癌肉瘤,则需要进一步检查。由于癌肉瘤的最终诊断是基于癌细胞和肉瘤细胞浸润间质双重群体的组织学证据,因此完整的诊断通常是基于子宫切除术后的病理评估。③ 影像学检查: 以 MRI 较为常见, MRI 软组织分辨率高,能够清楚显示病灶与周边坏死组织之间的关系,分辨出血,坏死等改变及病灶浸润肌层的深度,为疾病的病理分型和临床分期提供依据。MRI 通常表现为 T1WI 呈低信号或等信号, T2WI 呈高信号或混合信号。病变在 T1WI 上有高信号斑块,提示出血,是癌肉瘤的一个明显的标志[10]。半数以上癌肉瘤患者表现为混合回声信号,这与其复杂的组织病理成分是一致的,癌肉瘤既有癌成分,又有肉瘤成分,另外,坏死也会导致混合信

号,坏死区域大于 10%的癌肉瘤可能预后较差[11]。子宫癌肉瘤 MRI 特点:1) 单个位于肌层局限性病灶,一般体积较大,其内信号不均;2) 弥漫性肌层内病灶,边界欠清,可侵犯子宫内层或浆膜层;3) 位于宫腔内的病灶常侵犯肌层和宫颈,形态各异[3]。另外,超声在子宫癌肉瘤诊断中也具有一定的鉴别意义,在一项研究中,大部分患者进行了宫腔诊刮或宫腔镜检查,其诊刮前的超声检查中提示有内膜增厚或宫腔占位,子宫癌肉瘤超声图像主要表现为宫腔型,肌层型和内膜型 3 种,其实是肿瘤向不同方向生长的超声表现,最早期时,内膜与正常无异,病变进展过程中会出现内膜增厚、不均等临床表现,若肿块向宫腔生长则为宫腔型,若向肌层生长则为肌层型[8]。有学者在对 12 项超声研究的回顾性分析中得出结论,子宫癌肉瘤超声上大致表现为:实体瘤 > 8 cm,边界不清晰,回声不均匀,无声影,血管丰富,内部囊性改变。当超声图像中肿瘤出现以下表现者,应警惕子宫癌肉瘤:1) 肌层边界不清;2) 肿瘤多呈非均匀回声,伴大面积强回声;3) 整个肿瘤呈斑片状或低回声区为主;4) 不同回声强度区域之间的边界被去除(通常是奇异的或有尖的、锥形的延伸);5) 浆膜到达或破裂[12]。对于怀疑为恶性肿瘤的患者,我们应联合应用 CA125、盆腔 MRI 及诊断性刮宫,以期发现早期病变,提高患者生存率。

本例患者以阴道流血为主要临床表现,出血量多导致继发性重度贫血,患者病程中有白带增多等异常表现,考虑癌组织坏死导致的阴道排液增多,肛诊提示阴道内质脆肿物,触之可见活动性出血自阴道口流出,进一步行 MRI 提示:双侧髂血管走行区见多发肿大淋巴结,不排除恶性肿瘤可能。因患者无性生活史,与家属沟通病情后决定行阴道肿物活检并送病理,病理结果提示:(阴道内组织活检)恶性肿瘤伴坏死,结合免疫组化结果,意见为癌肉瘤,分型待进一步免疫。免疫结果:CK(上皮成分弱+),Vimentin(肉瘤成分+),Ki-67(80%)。考虑子宫癌肉瘤可能,完善 PET/CT 后提示淋巴结、肺转移,为恶性肿瘤晚期。目前子宫癌肉瘤基本治疗方式为以手术治疗为主联合辅助治疗的综合治疗,患者行手术治疗后,已完成 6 次化疗,化疗过程顺利,不良反应可耐受,后续将继续对该患者进行随访。

综上所述,由于子宫癌肉瘤缺乏典型临床表现及特异性早期诊断措施,往往诊断时已达恶性肿瘤晚期伴转移,临床医生应重视异常阴道流血尤其是绝经后阴道流血妇女,但也不可忽视年轻阴道流血者,子宫癌肉瘤组织常呈灰白色鱼肉样,伴出血坏死,术中如见鱼肉样组织,应高度怀疑癌肉瘤,行病理学检查后决定进一步手术范围,由于缺乏特异性诊断方法,应联合 CA125,各种影像学检查及组织病理学综合判断,及时发现早期患者,以期获得长远生存率。

同意书

该病例报道已获得了病人的知情同意。

参考文献

- [1] Goyal, A., Rajshekar, S.K., Krishnappa, S., Rathod, P.S., Reddihalli, P.V., Bafna, U.D., et al. (2022) Clinico-Pathological Characteristics, Management, and Prognostic Factors of Patients with Uterine Carcinosarcoma: A Retrospective Analysis. *Indian Journal of Surgical Oncology*, **14**, 466-472. <https://doi.org/10.1007/s13193-022-01563-1>
- [2] 张茁, 许文静. 子宫癌肉瘤研究进展[J]. 现代妇产科进展, 2022, 31(12): 952-955.
- [3] 谢洁林, 田晓梅. 子宫肉瘤的 MRI 表现与临床病理分析[J]. 肿瘤影像学, 2014, 23(2): 95-98.
- [4] Huang, Y., Huang, Y., Ng, K. and Lin, G. (2019) Current Status of Magnetic Resonance Imaging in Patients with Malignant Uterine Neoplasms: A Review. *Korean Journal of Radiology*, **20**, 18-33. <https://doi.org/10.3348/kjr.2018.0090>
- [5] Matsuzaki, S., Klar, M., Matsuzaki, S., Roman, L.D., Sood, A.K. and Matsuo, K. (2021) Uterine Carcinosarcoma: Contemporary Clinical Summary, Molecular Updates, and Future Research Opportunity. *Gynecologic Oncology*, **160**, 586-601. <https://doi.org/10.1016/j.ygyno.2020.10.043>
- [6] Denschlag, D. and Ulrich, U.A. (2018) Uterine Carcinosarcomas—Diagnosis and Management. *Oncology Research and Treatment*, **41**, 675-679. <https://doi.org/10.1159/000494335>
- [7] 邓波儿, 孔为民. 子宫癌肉瘤的诊治进展[J]. 医学综述, 2017, 23(22): 4438-4442.

-
- [8] 赵凡桂, 徐阳. 彩色多普勒超声诊断子宫癌肉瘤的临床价值[J]. 复旦学报(医学版), 2017, 44(4): 512-516.
- [9] Ross, M.S., Chandler, C.K., Matsuo, K., Vargo, J.A., Elishaev, E., Siripong, N., *et al.* (2019) Cancer Antigen 125 Is Associated with Disease Status in Uterine Carcinosarcoma. *Rare Tumors*, **11**. <https://doi.org/10.1177/2036361319884159>
- [10] Tuan, H.X., Duc, N.M., Tri, C.M., Quyen, H.D. and Dung, P.X. (2023) Carcinosarcoma of Uterus. *Radiology Case Reports*, **18**, 1297-1301. <https://doi.org/10.1016/j.radcr.2022.12.070>
- [11] Li, L., Huang, W., Xue, K., Feng, L., Han, Y., Wang, R., *et al.* (2021) Clinical and Imaging Features of Carcinosarcoma of the Uterus and Cervix. *Insights into Imaging*, **12**, Article No. 142. <https://doi.org/10.1186/s13244-021-01084-5>
- [12] Camponovo, C., Neumann, S., Zosso, L., Mueller, M.D. and Raio, L. (2023) Sonographic and Magnetic Resonance Characteristics of Gynecological Sarcoma. *Diagnostics*, **13**, Article 1223. <https://doi.org/10.3390/diagnostics13071223>