Modern Practical Medicine, November 2025, Vol.37, No.11

·病例报告·

腹壁切口子宫内膜异位恶变1例报告并文献复习

刘美丽，沈彩糯，王巧亚，卓芸巧，张克梅

doi:10.3969/j.issn.1671-0800.2025.11.025

【中图分类号】 R737.33 【文献标志码】 B 【文章编号】 1671-0800(2025)11-1194-03

子宫内膜异位症指原本生长于子宫腔内的内膜样组织，出现异位生长并侵入子宫外部结构的病理状态，常累及卵巢、盆腔腹膜及直肠阴道隔等解剖区域。虽然其本质为良性病变，但却呈现出部分恶性肿瘤特征，如异常增殖、局部侵袭性生长、远端转移及一定的癌变倾向[1]。腹壁子宫内膜异位症（abdominal wall endometriosis，AWE）是一种较为特殊的子宫内膜异位症类型，其典型特征为子宫内膜组织异位种植于腹壁组织，尤以剖宫产术后切口区域发病较为常见[2]。AWE发生率为0.03%～0.40%[3]，其恶变非常罕见，最常见的恶变病理类型是透明细胞癌，其次是子宫内膜样腺癌[4-5]。本文报道1例卵巢子宫内膜异位囊肿破裂后手术切口处异位子宫内膜恶变为子宫内膜样腺癌的病例，旨在为AWE恶变的诊断和治疗提供一定的参考，现报道如下。

1 病例

患者，女，39岁，因“发现下腹包块20 d”于2021年1月18日收入宁波市奉化区人民医院妇科。患者平素月经规律，既往于2009年因“卵巢子宫内膜异位囊肿破裂”行卵巢囊肿剔除术。否认家族遗传肿瘤病史。体格检查：下腹部见长约10 cm纵行手术瘢痕，切口下方可触及一大小约4 cm×5 cm的肿物，质地坚硬，边界清晰，无压痛。妇科体格检查提示：外阴表现为已婚经产型，阴道通畅未见狭窄，宫颈表面光滑，子宫前倾位，大小及形态正常，双附件区触诊未及明显异常或压痛。实验室检测结果显示：糖抗原（CA）125 120.7 U/ml，CA 199 33.10 U/ml。腹壁超声检查显示：囊实性混合性肿块（图1）。盆腔磁共振（MRI）增强扫描示：盆腔前壁左腹直肌内占位，考虑偏良性病变，内膜异位囊肿可能（图2）。CTU增强示：盆腔前壁左腹直肌内占位，考虑偏良性病变，内膜异位囊肿可能（图3）。

术前请病理科、影像科、泌尿外科、普外科等多学科会诊。2021年1月21日患者接受全身麻醉后行手术治疗。打开腹直肌前后鞘，可见一位于腹直肌与腹膜之间的肿块，大小约为6.0 cm×4.5 cm×4.0 cm，质地中等，边界较为清晰。沿肿块边缘外0.5 cm处进行完整切除，未穿透腹膜；肿块内呈咖啡色稍混浊液体，囊内见菜花样实性组织，大小约4.0 cm×3.0 cm×3.0 cm，质脆（图4）。术中快切病理示：（腹壁）子宫内膜样囊肿伴癌变（内膜样型腺癌）。依据《2021年子宫内膜异位症诊疗指南（第三版）》[6]的治疗原则，实施卵巢癌根治性手术（包括子宫全切术+双侧附件切除术+盆腔淋巴结清扫+大网膜切除术+盆腹腔多部位腹膜活检）。术后病理结果示：（腹壁部位）子宫内膜样囊肿并癌变，病理类型为子宫内膜样型腺癌，分级为Ⅰ级；慢性子宫颈炎，双侧输卵管组织，双侧卵巢单纯性囊肿，分泌期样子宫内膜，宫体无殊；左、右腹腔腹膜，左、右结肠旁沟腹膜，膀胱返折腹膜，子宫直肠凹腹膜及网膜组织未见病变组织累及，右骶骨韧带病灶见输卵管-子宫内膜异位；左盆腔8枚、右盆腔11枚淋巴结均呈慢性炎改变，其中左盆腔1枚淋巴结见苗勒氏腺体异位。免疫组化H片：雌激素受体（ER）2+、孕激素受体（PR）3+、Vim3+、癌胚抗原（CEA）（+）少量、P16（+）斑驳状、WT-1（±）、P53（－）野生型、Ki-67（+）50%、NapsinA（－），见图5。病理组织切片送至浙江省肿瘤医院进行病理会诊，专家组认同本院的病理诊断结果。术后CA125和CA199

基金项目： 宁波市卫生健康科技计划项目（2023Y71）

作者单位： 315211 宁波，宁波大学医学部（刘美丽）；宁波市奉化区人民医院（刘美丽、沈彩糯、王巧亚、卓芸巧）；宁波大学附属第一医院（张克梅）

通信作者： 张克梅，Email：fyyzhangkemei@nbu.edu.cn

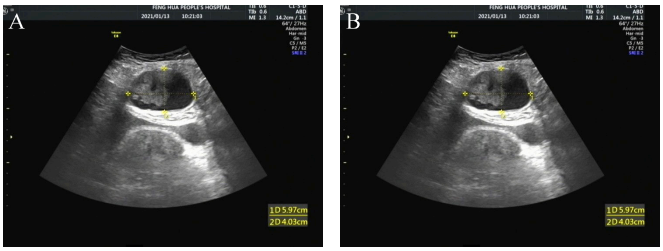
指标逐渐下降，2 月 1 日出院后立即就诊于上海市第一人民医院，化疗方案选用 TC 组合，具体为静脉滴注紫杉醇 311 mg（175 mg/m^2）联合卡铂 838 mg（*AUC*=5），每 3 周给药 1 次。共进行了 4 次化疗，末次化疗时间 2021 年 4 月 28 日。现术后 4 年余，目前患者门诊随访未复发。

本研究获得宁波市奉化区人民医院医学伦理委员会批准，豁免/免除知情同意。

2　讨论

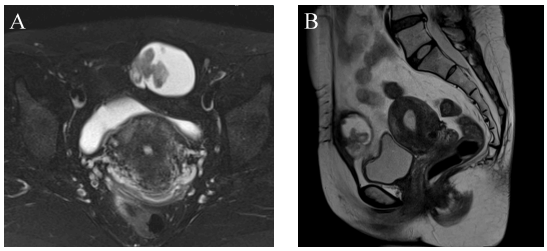
腹壁是子宫内膜异位症的罕见部位，据报道腹壁子宫内膜异位症的发生率约为 0.03%～ 0.40%，约 80%的子宫内膜异位症发生于卵巢中，而 20.0%位于性腺外部位，如肠、直肠阴道隔、腹壁及胸膜等[7]。透明细胞癌是子宫内膜异位症恶变过程中最常见的病理类型，占比高达 73.9%[4]。AWE 恶变最常发生在剖宫产后，只有 5.0%～ 15.0%的病例与盆腔子宫内膜异位症有关[3]。

结合国内外多个案例报道，目前 AWE 恶变的诊断主要依靠临床症状、血清 CA125、浅表 B 超、腹部 CT 等辅助检查[8]。临床症状一般有腹部手术史，触及腹壁肿块，增长较快，患者可能出现周期性或非周期性的疼痛症状，部分病例可呈现为经期疼痛、腹部包块伴随出血等。血清 CA125 水平的升高可能提示子宫内膜异位症恶变的可能，特别是在原有子宫内膜异位症的患者中，若疼痛性状改变或囊肿突然



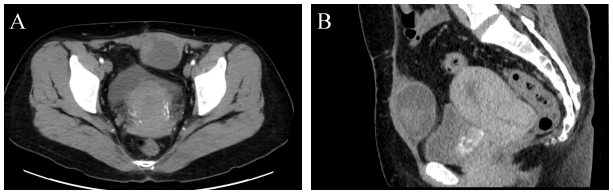
注：下腹部膀胱前侧可见一囊性回声区，大小约 60 mm×40 mm，边界清晰，内部透声良好，内见 42 mm×30 mm 低回声，边界清，形态欠规则

图 1　术前腹壁超声图像



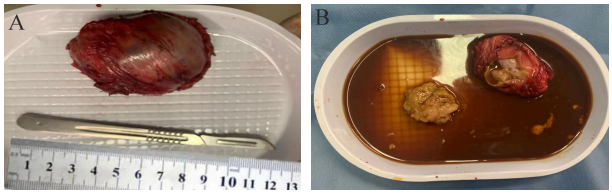
注：左侧腹直肌内见一卵圆形异常信号影，T_1WI 混杂稍高信号 T_2WI 高信号内混杂信号，内见液平大小约 52 mm×40 mm，界清，增强后低信号成分似见轻度强化

图 2　术前盆腔增强磁共振成像 MRI 图像



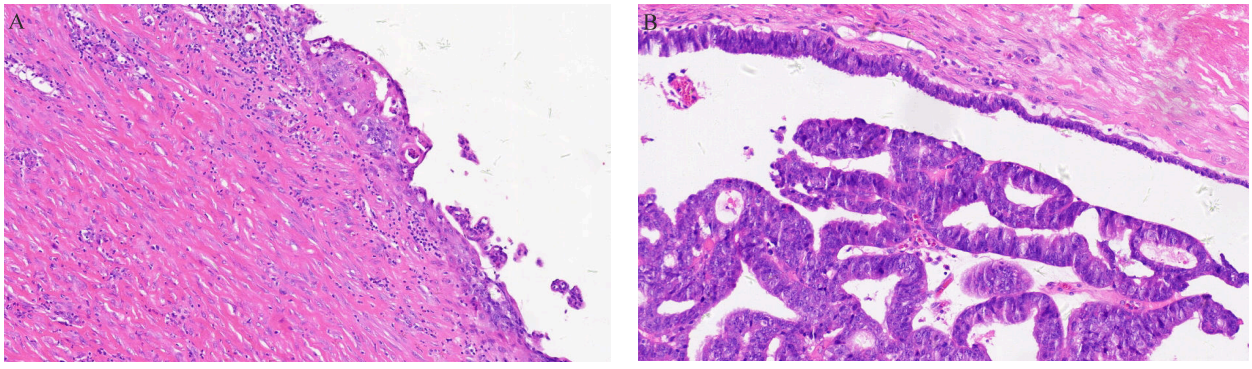
注：盆腔前左侧腹直肌内见一卵圆形异常密度影，内密度不均，见实性成分，大小约 52 mm×40 mm，界清，增强后实性成分见轻中度强化，CT 值 37/58/67 HU

图 3　术前 CTU 增强图像



注：术中腹直肌与腹膜之间包块，大小 6.0 cm×4.5cm×4.0cm，完整切除；术中剖检标本见：肿块内咖啡色稍混浊液体，囊内见菜花样实性组织，大小约 4.0 cm×3.0 cm×3.0 cm，质脆

图 4　术中切下的腹壁肿块



注：异位内膜腺上皮细胞核深染，核/质比例增大，通过显微镜下显示子宫内膜样腺癌的结构（HE 染色，×40）

图 5　病理图

增大，应引起警惕。通过浅表 B 超探及腹壁下囊实性肿块，并结合 MRI 或 CT 检查，分析病灶的浸润范围及其与邻近组织的关联性，可以对病变性质进行初步鉴别。这些检查结果对于术前精准评估和手术方案制定至关重要，有助于区分子宫内膜异位症的良恶性。本病例发生在腹壁瘢痕处，12 年前有子宫内膜囊肿破裂手术史，患者无临床症状，无意中发现腹壁肿块，平素无周期性疼痛不适，腹壁超声探及囊实性肿块，CTU 提示腹壁肿块，密度不均，内见实性成分，术前检测显示，CA125 120.70 U/ml，呈中度升高；CA199 33.10 U/ml，为轻度升高，综合考虑本例患者存在子宫内膜异位症发生癌变的风险，术前组织了多学科会诊，充分完善术前评估工作，为精准制定手术策略提供了可靠依据。

AWE 恶性转化的系统治疗尚处于不断探索和完善阶段，目前多参照其他类型子宫内膜异位症癌变的处理思路，采取以手术为核心的综合治疗模式，包括切除腹壁病灶及行全子宫和双侧附件切除术，同时辅以激素干预、放疗及辅助化疗[9]。手术操作中常面临病灶完整切除难度大、切除后腹壁组织缺损显著等问题，因此在术后修补过程中，常需植入人工网片，部分情况下还需应用自体皮瓣或肌瓣进行移植重建以修复腹壁缺损。本例首先进行腹壁肿块切除，确保彻底切除病灶的同时，尽量减少腹膜的损伤以及对腹腔内脏器的干扰。在快切报告提示病理类型为内膜样型腺癌，针对子宫内膜异位症相关卵巢癌（EAOC）的研究，参考了 EAOC 分期及手术方案进行了子宫全切术+双侧卵巢-输卵管切除术+盆腔淋巴结清扫术+大网膜切除术+盆腹腔腹膜多点活检术。

辅助治疗方面多借鉴 EAOC 的标准化化疗方案，结合具体病理分型，主要以铂类药物联合化疗为基础展开治疗[10]。腹壁子宫内膜异位症引起的子宫内膜样腺癌是一种罕见的、高度侵袭性的癌症，具有复发或转移的倾向。本疾病目前没有明确的辅助治疗方案，并且缺乏对预后因素的评估[11]，有文献报道 44.0%的女性在诊断后几个月内死亡 [12]。也有文献报道中位生存时间约 30 个月。本例患者发现及时，积极在当地医院手术治疗，手术后去上级医院采用了 TC 方案化疗 4 个周期化疗，目前随访 4 年余，无复发迹象。

综上所述，腹壁子宫内膜异位症恶变的高危因素涵盖绝经、肥胖、雌激素替代治疗以及复发性 AWE 等[13-14]。本例患者偏年轻化，也没有肥胖和雌激素替代治疗病史，发病的高危因考虑医源性种植和浸润的可能性较大，同时后期自身免疫性因素的变化也促进了恶变的发生。

利益冲突 所有作者声明无利益冲突

参 考 文 献

[1] KOUKOURA O, SIFAKIS S, SPANDIDOS D A. DNA methylation in endometriosis (Review)[J]. Mol Med Rep, 2016, 13(4): 2939-2948.

[2] FOLEY C E, AYERS P G, LEE T T. Abdominal wall endometriosis[J]. Obstet Gynecol Clin N Am, 2022, 49(2): 369-380.

[3] PETIT C, DONVAL L, CHANDEZE M M, et al. Surgery of abdominal wall endometriosis associated with clear-cell carcinoma: Case report and review[J]. J Gynecol Obstet Hum Reprod, 2023, 52 (4): 102561.

[4] LIU G, WANG Y Z, CHEN Y H, et al. Malignant transformation of abdominal wall endometriosis: A systematic review of the epidemiology, diagnosis, treatment, and outcomes[J]. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol, 2021, 264: 363-367.

[5] DENG P X, WENG C R, XU J, et al. Endometrioid adenocarcinoma arising from abdominal wall endometriosis: A case report and literature review[J]. J Obstet And Gynaecol, 2024, 50(8): 1420-1424.

[6] 中华医学会妇产科学分会子宫内症协作组. 子宫内膜异位症诊治指南(第三版)[J].中华妇产科杂志, 2021,56(12):812-824.

[7] KRAWCZYK N, BANYS-PALUCHOWSKI M, SCHMIDT D, et al. Endometriosis-associated malignancy[J]. Geburtshilfe Frauenheilkd, 2016, 76(2): 176-181.

[8] CHRISTINA N M, CANDRAWINATA V S, LIE H, et al. Abdominal wall endometriosis (AWE): Two case reports and literature review[J]. Int J Surg Case Rep, 2023, 109: 108495.

[9] 王继东,屈庆喜,张师前.子宫内膜异位症相关卵巢癌的诊断及治疗山东专家共识(2022)[J].山东医药,2022,62(18):1-6.

[10] HAN L, ZHANG B Y. Malignant transformation of endometriosis in a laparoscopic trocar site a case report[J]. BMC Women's Health, 2022, 22(1): 163.

[11] BAHALL V, DE BARRY L, RAMPERSAD A. Clear cell carcinoma arising from abdominal wall endometriosis—A report on two cases and literature review[J]. World J Surg Oncol, 2022, 20(1): 86.

[12] TABURIAUX L, PLUCHINO N, PETIGNAT P, et al. Endometriosis-associated abdominal wall cancer[J]. Int J Gynecol Cancer, 2015, 25(9): 1633-1638.

[13] 孙国栋,姜旖,袁琳,等.巨大腹壁子宫内膜异位症恶变一例并文献复习[J].国际妇产科学杂志,2022,49(3):321-324.

[14] 王丽娜,王方,姚爱琳,等.腹壁切口子宫内膜异位症恶变一例并文献复习[J].国际妇产科学杂志,2017,44(2):171-172,242.

收稿日期：2025-06-30

（本文编辑：吴迪汉）