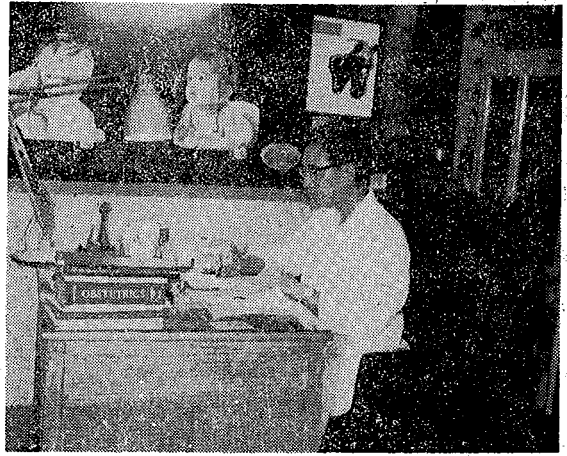


胃癌摘出後第30個月 所摘出的卵巢癌 的一例

婦產科教授 潘 門 羅



▲緒 言

1896年 Friedrich Krukenberg (1)收集了五個具有代表性的卵巢實質性腫瘍之病例，並依其組織所見，將其命名為Fibrosarcoma Mucce-llulare Carcinomatodes Ovarii。後來，此卵巢癌被證明為一種原發於胃腸等消化器官之轉移癌，顯微鏡下，此種腫瘍細胞的核被壓扁於細胞的一側，且含有漿液素(Mucin)即所謂「印環細胞」(Signet Ring Cell)，但是學者們最近常為Krukenberg 腫瘍的範圍發生爭論。有人認為是胃腸管及其他上皮性癌等之轉移癌；有些學者則認為限在鏡下符合於 Krukenberg 定義者。日本的醫學界是承認前說，最近我曾施行胃癌手術後第30個月的兩側卵巢腫瘍的手術；因為從病裡組織學上觀之，是屬 Krukenberg 腫瘍，因發現到已轉移至子宮及虫垂的病例，特此提出報告。

▲症 例

患 者：44歲，家庭主婦。

家族歷：無特別記載事項。

既往歷：34歲時，行痔核摘出術，41歲行胃癌手術。

月經13歲開始，每週期27日，月經血量中等，每次持續7天。月經時，常伴有輕微腹痛。23歲結婚，其配偶健康正常。

曾有過三次懷孕，都是正常分娩。20歲開始，每天有2~3次覺得胃灼熱(Heart burning)，且此症狀逐漸增強。40歲時，每天常有嘔氣現象。41歲時，體重突然下降，且臉色惡化，乃於1962年3月12日接受內科診察，被診斷為胃癌。1962年4月30日開刀。包括大小網膜及3分之2胃部的切除(由於有癌細胞或潰瘍的浸潤)。

肉眼所見：腫瘍的內徑6 cm，中心部呈Schussel狀，且有疤痕，周圍成為稍隆起的菊花狀。胃壁有脆弱感，可推想到癌細胞的浸潤。手術後經過，沒有特別記載，6月6日輕快出院。出院後的定期檢查並沒有看到癌症再發的徵候。

現病歷：1964年10月1日，發現有下腹部腫瘤，11月7日接受婦產科檢查。

初診所見：體格略小，營養欠佳，皮膚可視粘膜顯出貧血的樣子。胸部正常。在臍下三橫指處，可觸知硬而凹凸不平的腫瘤。

內診所見：子宮前傾，前屈，大小正常。子宮右方約正常線上可觸知如新生兒頭般的腫瘤。

實驗室檢查：血色素65%，紅血球452萬，

白血球 4200 Classification 正常。
ESR 的平均值為 14mm。尿正常。血壓
168—108mm Hg。

在「惡性卵巢腫瘍？」的診斷下，於1964
年11月20日行剖腹手術。

剖腹所見：(1)腹腔內有淡黃色血性腹水貯留，
約100c.c.

(2)子宮大約如雞蛋一般大，稍硬。

(3)兩側卵巢比拳頭大，表面凹凸不平，形
成充實性的硬腫瘤。沒有癒着，故施行
單純子宮摘出術及兩側附屬器摘出術甚
為容易。肉眼看來，虫垂並無異常，但
在患者的要求下，亦行虫垂切除術。

肉眼所見：右側卵巢 $9 \times 11 \times 9$ (cm)，左
側卵巢 $10 \times 10 \times 8$ (cm) 表面粗糙，凹
凸不平，為實質性者，硬度不一。切面有
少數的漿液性囊腫，略顯灰白色(見圖 1



圖 1 摘出之子宮卵巢

組織學所見：兩側卵巢皆屬 Adenocarcino-
ma, 其腐質有些地方呈浮腫狀，沒有被膜
外的增殖相。沒有明顯的間質纖維化的
Krukenberg 氏所謂的印環細胞。子宮
頸管內壁有淋巴性癌轉移。切除的虫垂也
有 Adenocarcinoma 浸及 Subserosa。
(圖 2,3,4,5,6,7,8,9.)

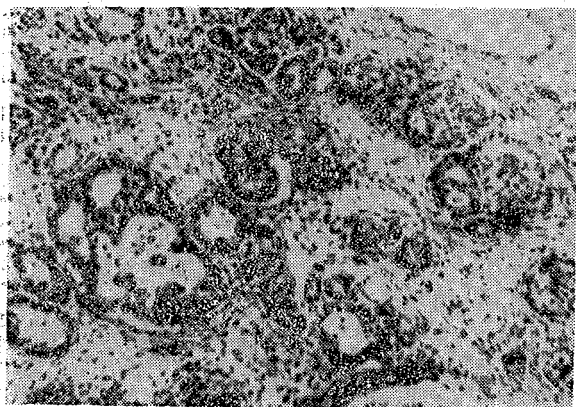


圖 2 卵巢中擴大



圖 4 子宮頸管、淋巴管轉位

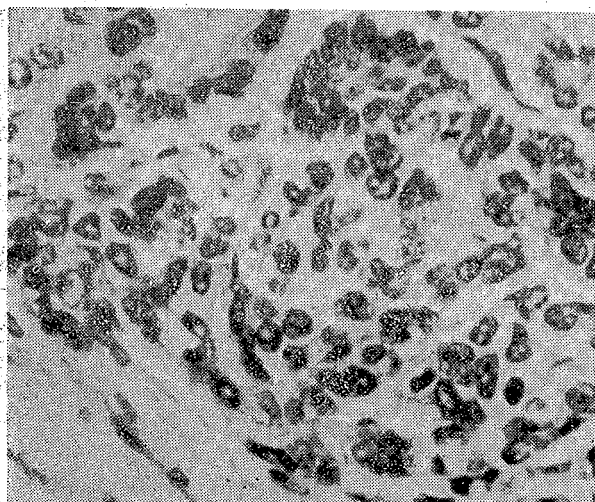


圖 3 卵巢強擴大

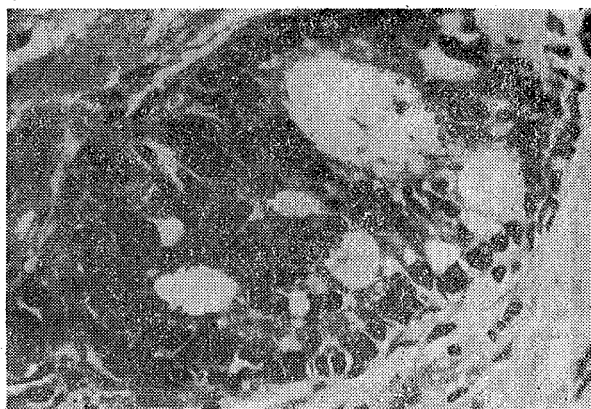


圖 5 子宮頸管、強擴大

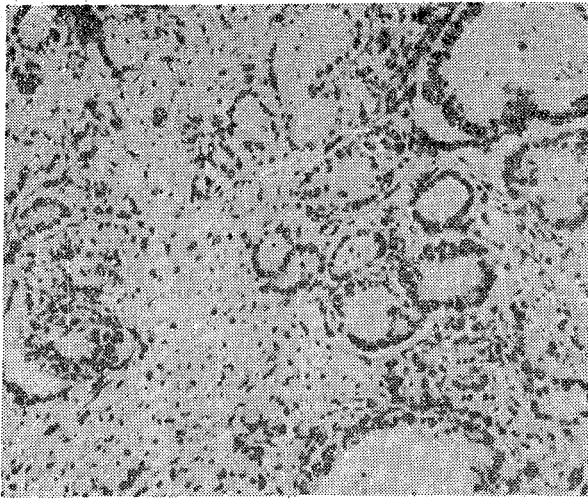


圖 6 卵巢中擴大

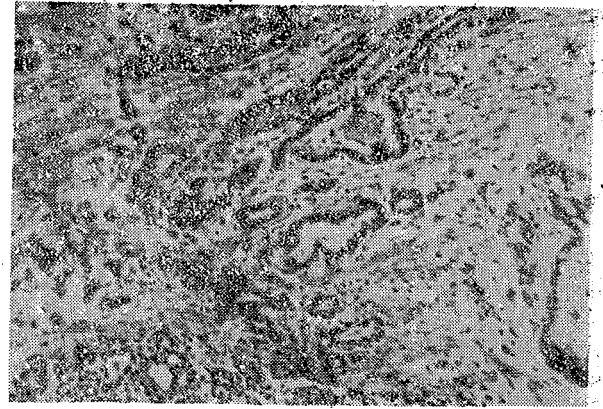


圖 8 虫垂中擴大，淋巴管內也有癌轉位

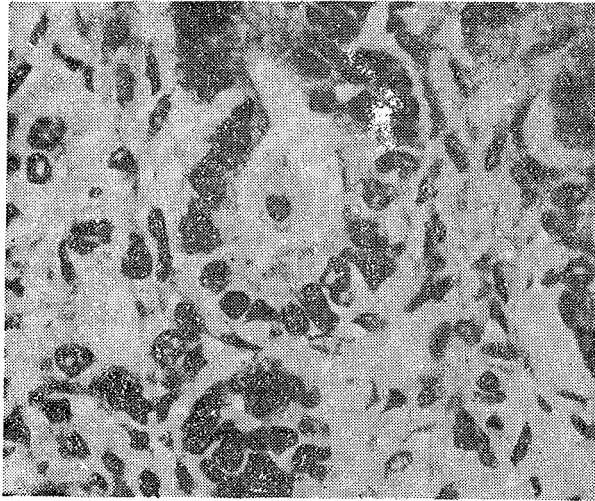


圖 7 卵巢強擴大

此病人在兩年半前胃癌手術時，病理檢查亦診斷為 Adenocarcinoma，在病變較嚴重處，可見（圖10,11.）

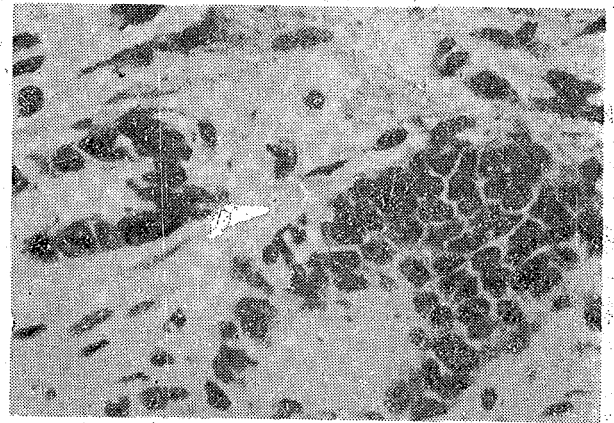


圖 9 虫垂強擴大

癌性細胞浸及整個胃壁，但是沒有發現可確定為 Ulcus Krebs 的地方，亦無淋巴節轉移的現象。

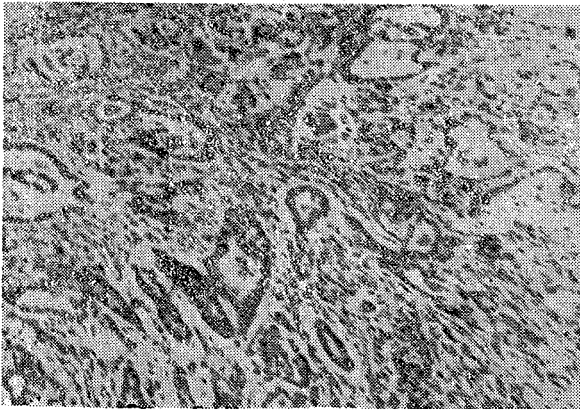


圖10 胃、中擴大
2年前，胃切除時，病理組織學診斷是 Adenocarcinoma.

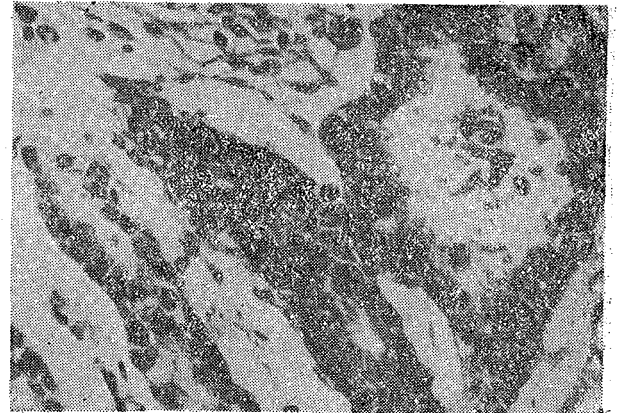


圖11 胃、強擴大

手術後的經過：手術後第10天開始注射 Endoxan, 前後共注射 50 支。手術後第 95 天, 發現左邊 Bartholin cyst 大如鵝蛋, 乃將其摘出。病理檢查顯示非惡性者, 手術後經過良好, 乃於 3 月 10 日出院, 出院後的診察也沒有特別記載事項。

▲參考

①頻度：根據 1964 年日本產婦人科學會上的慈惠會醫科大學的發表(3), 卵巢實質性腫瘍 1218 例中, 轉移性癌有 283 例佔 23.2%, 卵巢充實性腫瘍為最高比例, 但歐美之報告, 僅佔 10%(4) 以下。卵巢轉移性癌可分為兩種：①原發於隣接之臟器, 特別是子宮, 輸卵管或部份腸管的腫瘍直接浸潤於卵巢

② Krukenberg 腫瘍, 乃由播種性轉移而來。其中①由原發病灶發展到到相當程度時, 才有的伴隨現象, 發生的機會不多, 可不用考慮。

(2) 易發年齡：在卵巢功能旺盛的時期較易發生。所以很少在 20 歲以下, 及 60 歲以上的人發生。在日本曾有 16 歲(岩瀨・安孫子) (5), 17 歲(加藤) (6) 的報告; 桶口(4) 則報告有 65 歲的病例。一般平均年齡, 根據桶口, 為 39.5 歲。Uhlmann (7) 則說是 45.2 歲, Novak 認為是 42 歲。

③發生：Mayer (8) 報告 92% 為兩側性發生, Novak (8) 則說 90% 加藤 89%。但是 Uhlmann 的報告指出：在 18 例中, 有 11 例為兩側性, 其餘 7 例為單側性 (右側 6 例, 左側 1 例)。大場 (1) 所報告的 6 例中兩側性的佔 2 例, 其餘 4 例是單側性, 而且均發生於左側卵巢。桶口的統計是 69% 為兩側性, 31% 為單側性。但在肉眼看來為正常大小的一側, 在組織學上常已發生轉移, 根據報告, 一般認為不出年餘, 該側亦可見到明顯的腫瘍。

④原發部位：續發性卵巢癌乃是其他臟器的癌腫經由淋巴道; 血管或移植性的轉移於健康的卵巢組織。原發部位包括胃、腸管、胆囊、胰臟、乳房以及虫垂等, 其中尤以胃的頻度最高。桶口(4) 的報告中, 87.9% 來自胃。故可認為大部份的原發部位為「胃」。

⑤轉移：有血行轉移說, 移植性轉移說, 及接觸性轉移說等各種不同的學說。但最近一般相信淋巴性轉移為最可能, 特別是經過胰島上部淋巴節, 沿精靜脈而進入卵巢。根據日本第十七屆產婦人科學會總會上慈惠會醫科大學的發表 (3), 為了檢查 Krukenberg 腫瘍的轉移方式, 於雌狗的胃大彎部注入墨汁, 結果很明顯的在卵巢門也見到墨汁。筆者所見的病例也在子宮頸部及虫垂的淋巴管內發

現了轉移。

⑥組織所見, 根據桶口(4) 的報告; 原發病灶的確認, 及包括高度分化的腺癌乃至分化極低的實質性癌, 印環細胞, 硬性病樣癌, 有時也可見到肉腫等現象。唯本例之 Adenocarcinoma 分化程度極高, 很像胃癌之 Adenocarcinoma。從前, 學者們仍都認為 Krukenberg 腫瘍的細胞核常被壓於細胞的一邊, 即所謂印環細胞, 且其中含有粘液素。但最近將因癌細胞的粘液變性所產生的印環細胞的存在與粘液素的量無關, 而稱凡由胃腸癌轉移的卵巢癌為 Krukenburg 腫瘍。本例於顯微鏡下看不出印環細胞, PAS 染色亦為陰性。

⑦病程及預後：因為發育比原發性腫瘍緩慢, 雖然原發病灶的症狀尚輕, 而轉移的卵巢腫瘍已顯著增大。常有使續發性的癌腫成為主症狀的可能。預後不良, 因為有轉移癌的關係, 很少有全癒的希望。五年生存率約 25% (表 2)

▲尾語

作者對 44 歲的經產婦施行於胃癌手術第 30 個月後的兩側性卵巢癌手術, 並發現轉移到子宮及虫垂。乃作以上之報告。

文獻

- (1) Krukenberg, F: Arch Gynaek 50 287 (1896)。
- (2) Dendlemann, D.F. and R. K. Gilchrist: Surg Gynec Obstet 109 364 (1959)。
- (3) 小川正己・他: 第 17 屆日本產科婦人科學會宿題報告 (1965)。
- (4) 桶口一成・加藤 俊・他: 日產婦會誌 14 (4) 219 (1962)。
- (5) 若淵慎助・安孫子純夫: 產婦人科の實際 10719 (1961)。
- (6) 加藤二郎: 日產婦會東京地方部會報 3 (1) 6 (1954)。
- (7) Uhlmann, W.: Arch Gynaek 168 (2) 468 (1939)。
- (8) Novak, E. and L.A. Grag: Surg. Gynec Obstet 66 157 (1938)。
- (9) Mayer, A: Halban-Seitz Biologieu Pathologie des Weibes V 2 (1926)。
- (10) 加藤一男: 臨床婦人科產科 3 (1) 32 (1949)。

(11) 大場秀夫：京都醫學雜誌 29 (8) 731 (1932) 。

(12) Nunnally, R.M. et al: Amer J

Obstet Gynec 72 (6) 449 (1956) 。

(13) 屋代定夫・村越充明・針谷成夫：産婦人科の實際10 (8) 723 (1961) 。

表1 卵巢充實性腫瘤發現率 (慈惠會醫科大學)

	腫瘤名	例數	%	
良	纖維腫、纖維筋腫	194	15.9	19.4%
	夾膜細胞腫	16	1.3	
	Blunner 型腫瘍	19	1.6	
	甲狀腺腫	4	0.3	
	類副腎腫	1	0.1	
	門細胞腫	2	0.2	
中	充實性畸型腫	30	2.5	19.5%
	未分化胚細胞腫	142	11.7	
	顆粒膜細胞腫	61	5.0	
	男性化腫瘍	5	0.4	
惡	單純性癌 { 原發癌	58	4.8	57.4%
	續發癌	227	18.6	
	轉移性癌	283	23.2	
	Embryonal Ca. A.	56	4.6	
	B.	24	2.0	
	C.	13	1.1	
	絨毛上皮腫	7	0.6	
肉腫	31	2.5		
	不明	45	3.8	
	總共	1218		

表2 腫瘤別5年生存率

	腫瘤名	5年生存	死亡	不明	5年生存率
中	充實性畸型腫	2	9	19	18.2
	未分化胚細胞腫	34	17	91	66.7
	顆粒膜細胞腫	18	7	36	72.0
	男性化腫瘍	0	0	5	0
惡	單純性癌 { 原發癌	0	14	44	0
	續發癌	31	101	94	23.5
	轉移性癌	3	118	162	25
	Embryonal Ca. A群	2	22	32	8.3
	B群	0	9	15	0
	C群	0	8	5	0
性	絨毛上皮腫	0	3	4	0
	肉腫	0	10	21	0

作者：本校婦產科教授

台北帝大醫專畢業

臺灣大學附設醫院婦產科教室研究

日本東京大學醫學部婦產科教室研究

高雄市壽山婦產科醫院院長