

盆腔少见良性囊性病变的 CT 诊断

田伟民 张善华 钱大椿 吕桃珍 李晓兵

【中图分类号】R814.42, R737.31 【文献标识码】B 【文章编号】1000-0313(2001)05-0352-02

盆腔囊性肿瘤绝大多数来源于女性的卵巢。发生在男性及女性的其它部位则极为罕见。笔者收集了两家医院经盆腔 CT 检查和手术病理证实的 10 例非卵巢源性良性囊性病变作一回顾分析,旨在探讨其 CT 表现,拓宽诊断思路,以提高诊断水准。

材料与方法 10 例囊性肿块均经手术病理证实,其中脐尿管囊肿 4 例,副中肾管囊性 3 例,囊性成熟畸胎瘤 2 例,囊状淋巴管瘤 1 例。男女各 5 例。年龄 13~72 岁,平均 36 岁。病史短者 7d,最长达 60 年。临床以下腹部胀痛不适和/或触及包块为主要表现,3 例有便秘、尿频、尿急,1 例有血尿,发热 1 例,体检偶然发现 2 例。扫描机器为 PQ5000U 型螺旋 CT 和 SIEMENS SOMATOM AR-CT 机,常规平扫及增强,层厚层距均为 10mm,膀胱充盈状态下扫描,部分病例作图像重建。

CT 表现 脐尿管囊肿 4 例,男 3 例,女 1 例。年龄 23、28、40、21 岁。CT 示膀胱前上部、下腹部中心或偏中心囊性肿块,直径 5.0~9.0cm。3 例边界清楚,1 例模糊。3 例囊内 CT 值平扫增强均在 10~25HU 间,1 例囊内见不均匀高密度与囊壁间有间隙,增强前后 CT 值增均为 76HU 左右(手术为囊内血凝块)。2 例囊壁光滑且薄,2 例囊壁均匀增厚达 0.3~0.4cm,并见相邻之膀胱前上壁轻度增厚,增强后囊壁及膀胱壁均有轻-中度强化。

副中肾管囊肿 3 例,均为女性,年龄分别为 23、36、40 岁。CT 表现为子宫附件区(左 2 例,右 1 例),边清均匀,水密度囊性肿块,直径 3~6cm,壁薄,未见强化,囊内 CT 值 0~10HU。1 例合并子宫平滑肌瘤(6.0cm×5.0cm)。

囊性成熟畸胎瘤(2 例),1 例为 41 岁女性。CT 表现为直径约 6.0cm 之囊性肿块位于骶尾前,囊内 CT 值较均匀未强化 CT 值 4~20HU。囊壁较薄,探查两侧卵巢正常。另 1 例 68 岁男性,肿块巨大占据整个盆腔,囊壁较厚 0.5~1.5cm,内有粗细不一的分隔伴点状钙化。增强后囊壁有中度强化,囊内未见增强。

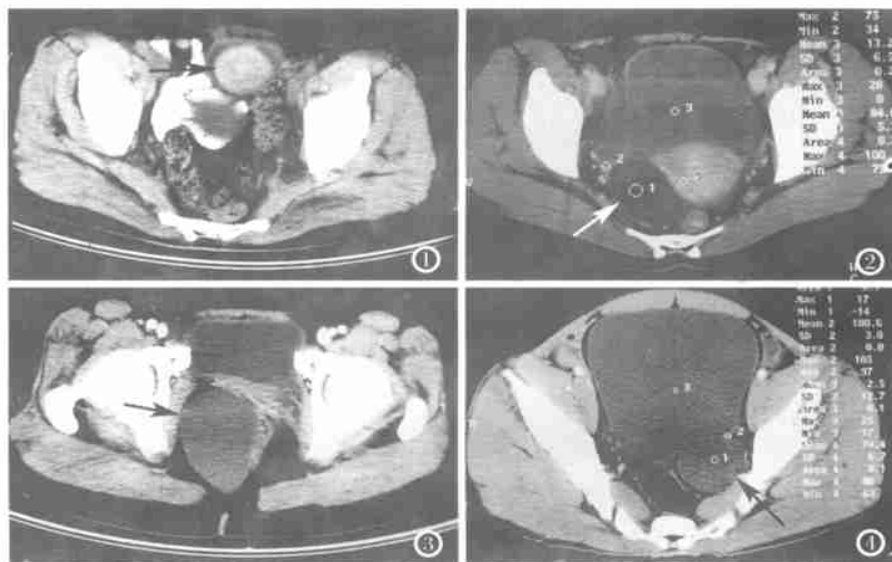


图 1 男,39 岁,无痛性血尿入院,CT 示膀胱前上方与腹直肌间 5cm×6cm 大小椭圆形肿块,中央高密度区 CT 值为 69.4HU,周围环绕水密度带、壁轻度强化。病理:脐尿管囊肿合并出血。图 2 女,36 岁,心肌炎,入院,常规 B 超发现右附件囊肿,CT 示右附件区 7cm×4cm 大小均匀水密度未强化肿块,CT 值为 2.7HU。病理:右侧输卵管系膜副中肾管囊肿。图 3 女,41 岁,便秘 1 年,CT:尾骨前直肠右前方膀胱后方 7cm×6cm 大小囊状密度均匀未强化边清肿块,CT 值 10~28HU。病理:骶前成熟囊性畸胎瘤(术中探查两侧卵巢正常)。图 4 男,34 岁,消瘦全身不适一月。CT 示膀胱左后方左髂内动脉内侧 4cm×3cm 均匀水密度壁薄未强化肿块。病理:盆腔囊状淋巴管瘤。

囊状淋巴管瘤(1 例),男,35 岁。CT 示盆腔左髂内动脉内约 4.0cm 大小类圆形囊状均匀低密度肿块,CT 值 -0.5~1.2HU,内无分隔。囊壁未见明显强化。

讨论

1. 脐尿管囊肿

脐尿管是由胚胎时期尿管退化形成一条索状物,位于膀胱顶与脐之间,解剖上称中脐韧带,当两端关闭,中间扩张则形成脐尿管囊肿。典型 CT 表现为囊性肿块位于膀胱顶部沿腹中线或略偏向一侧,紧贴于前腹壁后方向脐部延伸。囊内可合并感染、出血、钙化及癌变。本组 4 例均在术前作出正确的 CT 诊断。2 例表现为均匀增厚之囊壁及邻近膀胱壁(前上壁为主)中度强化,病理为脐尿管囊肿合并感染、慢性膀胱炎。1 例囊内出血,CT 示囊内不增强之中高密度斑块,因其下端与膀胱相通,故临床上出现血尿。若囊壁不规则增厚并伴有结节状强化影,则应考虑脐尿管囊肿合并癌变^[1]。本组病例未见。脐尿管囊肿

作者单位:316000 浙江省舟山市人民医院放射科
作者简介:田伟民(1959~),男,浙江舟山人,主治医师,主要从事 MR 诊断。

可出现破裂而引起腹膜炎^[2]。一般情况下,CT 可以作出较为明确的诊断^[3]。

2. 副中肾管囊肿

副中肾管是当胚胎发育至 10cm 时,在左右中肾管的头端外侧发生的管道,以后跨过中肾管而融合并发育成女性生殖器,在发育过程中若有继发管或憩室形成,则发展成为囊肿,绝大多数的输卵管系膜囊肿为副中肾管囊肿^[4]。30~49 岁发病率最高,多无临床症状。本组 2 例为体检发现,1 例与子宫肌瘤合并存在。CT 对副中肾管囊肿诊断有限度,常误为卵巢囊肿病变,本组 3 例术前 CT 均诊断为卵巢囊肿。附件区均匀囊性壁薄肿物,若其在妇科检查时,活动范围较大,而且 B 超能在肿块附近显示正常卵巢时,则应考虑到副中肾管囊肿。

3. 囊性成熟畸胎瘤

含有诸种来自两个或两个以上原始胚层的成熟性组织,但主要成分为外胚层来源的皮肤组织或皮样结构,故通常称之为皮样囊肿,最好发于女性的卵巢,其次是前中纵隔和后腹膜,而发生于盆腔卵巢外的囊性畸胎瘤较少见,大都发生在骶前正中或近旁,CT 典型表现为含脂肪、液体的肿块内见结节状骨组织成分,少数可以呈完全囊性或不伴包膜钙化。本组 2 例呈后者表现,其中 1 例壁较厚,病理为囊壁衬覆上皮,因肿瘤扭转感染呈肉芽肿样反应。囊性畸胎瘤通常可以分泌激素,如甲状腺素、雄性激素,患者血液中某种激素含量增高,并表现出相应的临床症状^[5]。

4. 囊状淋巴管瘤

淋巴管瘤是因淋巴管发育不全、错构、淋巴管引流梗阻管腔异常扩张所致。组织学上分毛细血管型、海绵状型及囊状淋巴管瘤 3 型。囊状淋巴管瘤,由大的淋巴管腔隙构成,儿童和青少年多见,好发于颈部筋膜间隙、纵隔、腹、盆腔及后腹膜腔等结构疏松的间隙中^[6-8]。发生在盆腔者,典型表现为近盆壁血管旁薄壁囊性肿块,均匀水密度,其内可有或无分隔,边界清

楚,增强无或仅轻度囊壁强化,较大时肿块往往呈长条状与血管、淋巴管走行一致。

5. 本组盆腔的良性囊性病变如脐尿管囊肿、副中肾管囊肿、囊性畸胎瘤、囊性淋巴管瘤等较少见,CT 表现均为薄壁囊性肿块(合并感染时壁可增厚)与卵巢的良性囊性病变类同,笔者认为它们之间相互鉴别时起关键作用的是囊性肿块的发生部位。当肿块较大或位于卵巢区附近时,则诊断有难度,此时应密切结合临床病史及 B 超等其它辅助检查,方可减少误诊,但最后确诊依赖于病理。此外尚需同盆腔的病史不明确表现不典型的慢性血肿和脓肿鉴别^[9]。

参考文献

- 1 陈新晖,张廷.脐尿管异常的 CT 诊断[J].中华放射学杂志,1998,32(9):620-622.
- 2 Ogbevoen Jo, Jaffe DM, Langer JC, et al. Intraperitoneal rupture of an infected urachal cyst: a rare cause of peritonitis in children[J]. Pediatr-Emerg-care, 1996, 12(1):41-43.
- 3 Cudazzo E, Paviani P, Bianchi M, et al. Urachal cyst, A case report and review of Literature[J]. Minerva chir, 1996, 51(1-2):77-82.
- 4 曹泽毅.妇科肿瘤学[M].北京:北京出版社,1998.989.
- 5 Tomlinson MW, Alavertia AA, Alavertia V, et al. Testosterone producing benign cystic teratoma with virilism. a case report[J]. J reprod Med, 1996, 41(12):924-926.
- 6 周康荣.腹部 CT[M].上海:上海医科大学出版社,1993.361.
- 7 张志勇,汪志胜,涂备武,等.淋巴管瘤的影像诊断[J].临床放射学杂志,1999,18(2):77-79.
- 8 Riquet M, Briere J, Lepimpeo-Barthes-F, et al. Cystic lymphangioma of the neck and mediastinum: are there acquired forms? report of 37 cases[J]. Rev-Mal-Respir, 1999, 16(1):71-79.
- 9 陈春美,李子平,余深平,等.腹腔脏器外囊性病变的 CT 诊断[J].临床放射学杂志,2000,19(7):430-432.

(2000-12-05 收稿)

《放射学实践》增刊征文启事

本刊改版后坚持面向中基层,服务广大影像学医务人员的办刊方向,受到广大影像医生的普遍喜爱,为能及时传递最新、实用的医学影像信息,本刊拟于 2002 年下半年出版增刊一期,现向全国征文。

征文内容:MR、CT、介入、DSA、传统放射学诊断、技术、护理、管理及质量控制等方面的专业学术论文,以及误诊病例(理)分析、特殊或罕见少见病例报告等。

征文要求:1. 征文稿均应书写工整或用打印稿,图片清晰、所有图片大小一致,病变处用箭头标注;2. 应附有单位介绍信;3. 投稿前未在公开出版的杂志上发表过;4. 文章字数一般不超过 3000 字,超过 1000 字以上的征文稿请附上 300 字以内的结构式中文摘要;5. 征文稿不管录用与否均不退稿;6. 信封上务请注明“增刊征文”字样;7. 截稿日期:2002 年 9 月 30 日(欢迎 E-mail 及软盘投稿)。

征文稿请寄:430030 武汉解放大道 1095 号 同济医院《放射学实践》编辑部。

咨询电话:(027) 83662630 传真(027) 83662645

E-mail: lwang@tjh.tjmu.edu.cn

(本刊编辑部)