

一般认为大片或多发坏死提示恶性肿瘤,而与坏死则相反,重度的囊性变一般倾向于良性而不是恶性。但亦有例外,如巨细胞胶质母细胞瘤是一生长迅速、恶性程度颇高的胶质瘤,而巨大囊肿的形成却是它的特点之一^[7]。

对伴有瘤周巨大囊变的肿瘤,影像上应显示肿瘤主体,便于手术处理。对瘤周较大的渗出性囊肿,可仅做穿刺抽吸,减轻其占位效应;而对肿瘤的坏死囊,应和肿瘤一并切除。

参考文献

- 1 Lohle PN, van Mameren H, Zwinderman KH, et al. On the pathogenesis of brain tumor cysts; a volumetric study of tumor, oedema and cyst[J]. *Neuroradiology*, 2000, 42(9): 639-642.
- 2 Lohle PN, Verhagen IT, Teelken AW, et al. The pathogenesis of cerebral gliomatous cysts[J]. *Neurosurgery*, 1992, 30(2): 180-185.
- 3 Lohle PN, Wurzer HA, Seelen PJ, et al. Analysis of fluid in cysts accompanying and metastatic brain tumors; proteins, lactate and pH [J]. *Acta Neurochir (Wien)*, 1998, 140(1): 14-19.
- 4 Lohle PN, Wurzer HA, Seelen PJ, et al. The pathogenesis of cysts accompanying intra-axial primary and metastatic tumors of the central nervous system[J]. *J Neurooncol*, 1998, 40(3): 277-285.
- 5 Lohle PN, Wurzer HA, Seelen PJ, et al. Cystic lesions accompanying extra-axial tumors[J]. *Neuroradiology*, 1999, 41(1): 13-17.
- 6 Go KG, Hew JM, Kamman RL, et al. Cystic lesions of the brain; a classification based on pathogenesis, with consideration of histological and radiological features[J]. *Eur J Radiol*, 1993, 17(2): 69-84.
- 7 黄文清. 神经肿瘤病理学(第2版)[M]. 北京: 军事医学科学出版社, 2001. 132.
- 8 Boethius J, Lefvert AK, Siden A. Evidence of a local immune activation in cystic brain tumors[J]. *J Neurosurg*, 1990, 73(6): 993-995.
- 9 Criscuolo GR. The genesis of peritumoral vasogenic brain edema and tumor cysts; a hypothetical role for tumor-derived vascular permeability factor[J]. *Yale J Biol Med*, 1993, 66(4): 277-314.
- 10 Strugar JG, Criscuolo GR, Rothbart D, et al. Vascular endothelial growth/permeability factor expression in human glioma specimens: correlation with vasogenic brain edema and tumor-associated cysts [J]. *J Neurosurg*, 1995, 83(4): 682-689.
- 11 Lohle PN, Wurzer HA, Hoogland PH, et al. The pathogenesis of syringomyelia in spinal cord ependymoma[J]. *Clin Neurol Neurosurg*, 1994, 96(4): 323-326.
- 12 Wallace CJ, Fong TC, Auer RN. Cystic intracranial schwannoma [J]. *Can Assoc Radiol J*, 1993, 44(6): 453-459.

(2001-08-02 收稿 2001-08-27 修回)

宫内节育器断裂留置宫内致不孕一例

· 病例报道 ·

黄晓飞 任华 张在沛

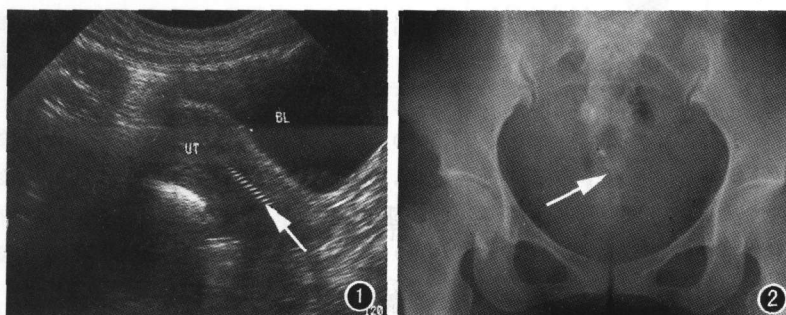
【中图分类号】R715.2 【文献标识码】D 【文章编号】1000-0313(2002)04-0367-01

病例资料 患者,女,31岁。于1990年结婚,至1992年孕2产1,满月后上节育环(圆环)。1995年因患宫颈糜烂需治疗,遂取环,自述当时取环不顺利,取出断裂环。1995年底再次上环(母体螺带尾丝环),上环后无异常。1998年因再婚,再次取环,顺利取出一母体螺带尾丝环。取环后至今3年不孕,以继发性不孕症来我院就诊。

B超: 子宫呈前倾位,子宫三径线分别为3.9cm, 3.1cm, 6.2cm, 大小形态正常。双侧附件未见明显异常,宫腔内见强回声光团伴“彗星尾征”(白箭),纵切面见呈弹簧圈状的强回声影(图1),考虑为宫腔内金属环留置。

X线: 透视下见盆腔有一金属环影,形态异常,遂行X线平片检查,在耻骨联合上4cm处可见一呈弹簧圈状的断裂金属环(图2)。诊断:金属环断裂宫腔残留。

讨论 宫内节育器的影像诊断方法较多,X线透视及盆腔平片均能够对节育器的有、无作出准确判断;B超能对节育器的位置作出准确判断。宫内节育器的置入(上环)和取出(取环),



通常医生只能根据经验判断操作是否成功,但是在取环过程中,断环的发生也是经常有的。目前,环的种类、材料很多,在上环和取环时,临床医生不能完全根据经验判断操作前宫腔内是否异常,因此,X线透视或B超检查应该是上环、取环异常情况后有必要选用的证实方法。

本例在第一次取环时未能将断环完全取出,而又未做任何影像学检查;第二次上环、取环前后也未做X线及B超检查。患者第二次取环是为了要妊娠,而断残环留置宫腔导致不孕六年方才发现实属罕见。这一病例充分说明在上环和取环前后进行影像学检查是非常重要的,特别是在取环异常情况下,选择X线透视检查更有必要。

(2001-11-15 收稿)

作者单位:443003 湖北,宜昌市三峡大学医学院医学影像系
作者简介:黄晓飞(1978~),男,湖北宜昌人,助教,主要从事腹部疾病影像诊断工作。