

原发性卵巢恶性肿瘤的 CT 诊断

卢俊英, 管祥林, 邓树芳

【摘要】 目的:探讨原发性卵巢恶性肿瘤的 CT 表现。**方法:**回顾经 CT 检查并手术病理证实的原发性卵巢恶性肿瘤 20 例的资料, 分析其 CT 特征表现。**结果:**浆液性囊腺癌 11 例, 交界性浆液性囊腺癌 1 例, 粘液性囊腺癌 2 例, 交界性粘液性囊腺癌 2 例, 颗粒细胞瘤 2 例, 恶性畸胎瘤 2 例。**结论:**CT 可显示肿瘤的内部特征, 对原发性卵巢恶性肿瘤的病理类型有一定的诊断价值。

【关键词】 卵巢肿瘤; 诊断; 体层摄影术, X 线计算机

【中图分类号】 R814.42; R737.31 **【文献标识码】** A **【文章编号】** 1000-0313(2006)08-0805-02

CT Diagnosis of Primary Malignant Ovarian Neoplasm LU Jun-ying, GUANG Xiang-lin, DENG Shu-fang. Department of Radiology, Qingyuan People's Hospital of Guangdong Province, Guangdong 511500, P. R. China

【Abstract】 Objective: To study CT manifestations of primary malignant ovarian neoplasms. **Methods:** Imaging findings of 20 cases of primary malignant ovarian tumors proved by pathology were reviewed and their characteristic manifestations were analyzed. **Results:** Of 20 cases of primary malignant ovarian neoplasms, there were 11 cases of serous cystadenocarcinoma, 1 borderline serous cystadenoma, 2 mucous cystadenocarcinoma, 2 borderline mucous cystadenoma, 2 granulous cell tumor and 2 malignant teratoma. **Conclusion:** CT can well reveal the internal structures of the tumor and is helpful to its pathological classification.

【Key words】 Ovarian neoplasm; Diagnosis; Tomography, X-ray computed

本文搜集 1994 年~2003 年经手术病理证实, 资料完整的 20 例原发性卵巢恶性肿瘤作回顾性分析。

材料与方法

20 例患者年龄 32~77 岁, 平均 53.3 岁, 临床症状主要表现为腹部包块、腹痛、腹胀、月经紊乱、尿频等。

应用 MAX-640 CT 机或 Philips 螺旋 CT 机扫描。患者检查前口服 2% 泛影葡胺 1000 ml, 充盈膀胱, 阴道填塞纱布, 取仰卧位, 层厚 10 mm, 层距 10 mm。均作增强扫描, 用 100 ml 60% 泛影葡胺或优维显 370 快速静脉团注或高压注射器 3.0 ml/s 静脉注射。CT 图像观察: 肿块的位置、大小、形态、边缘、密度及增强后表现。

结 果

20 例原发性卵巢恶性肿瘤中, 浆液性囊腺癌 11 例, 交界性浆液性囊腺癌 1 例, 粘液性囊腺癌 2 例, 交界性粘液性囊腺癌 2 例, 颗粒细胞瘤 2 例, 恶性畸胎瘤 2 例。单侧发病 13 例, 双侧发病 7 例, 双侧发病者均为浆液性囊腺癌。

CT 表现: 为盆腔内、子宫旁包块, 巨大者可上达腹腔, 大小 6~20 cm, 与子宫、膀胱、直肠等邻近脏器关系密切。20 例均或多或少与子宫或子宫阔韧带相连, 12 例位于膀胱后方并与之紧密相贴, 5 例在直肠前

方但交界之间仍见脂肪组织。

11 例浆液性囊腺癌均表现为不规则多房囊实性包块, 边缘凹凸不平, 其中 1 例可见斑点状钙化影(图 1)。交界性浆液性囊腺癌(图 2)及粘液性囊腺癌(图 3)表现为边界清楚、边缘光滑的囊性包块, 囊壁可见结节突起。交界性粘液性囊腺癌表现为囊性包块, 囊壁厚薄不一, 边缘光滑(图 4)。颗粒细胞瘤表现为实性包块, 密度不均, 可见低密度液化灶(图 5)。恶性畸胎瘤表现为边界清楚含脂肪密度的囊性包块, 1 例有钙化(图 6、7)。所有实性部分及囊壁均明显强化。2 例合并腹水, 2 例浸润子宫, 3 例盆腔转移, 2 例腹主动脉旁淋巴结转移, 1 例腹腔多脏器侵犯, 1 例肺转移。

讨 论

本组病例显示肿瘤位置与子宫关系密切, 2 例与子宫分界不清者病理证实为浆液性囊腺癌浸润子宫肌层。2 例单侧及 2 例双侧发病者因肿块包绕子宫而未能区分清楚。定位诊断主要是与下腹部的肠道肿瘤、肠系膜肿瘤、腹膜后肿瘤及突出于子宫外的浆膜下子宫肌瘤相鉴别。做好扫描前准备, 使小肠及部分结肠充分充盈口服对比剂, 有助于与肠道肿瘤鉴别; 肠系膜肿瘤位置与肠系膜的解剖位置一致, 一般位置较高, 在上腹部偏左, 在下腹部偏右; 腹膜后肿瘤常伴有输尿管推移改变; 子宫外的浆膜下子宫肌瘤常为实质性的肿



图 1 浆液性囊腺癌:不规则多房囊实性包块,边缘凹凸不平。

图 2 交界性浆液性囊腺瘤:右侧壁增厚呈结节块(箭)。

图 3 粘液性囊腺瘤:巨大囊性包块中可见壁结节(箭)。

图 4 交界性粘液性囊腺瘤:壁厚薄不一的囊性包块(双侧)。

图 5 颗粒细胞瘤:子宫前方实性包块,密度不均(箭)。

图 6 恶性畸胎瘤:边界清楚,可见包含低密度脂肪组织的多种密度(箭)。

图 7 恶性畸胎瘤:“浮球征”(白箭示高密度钙化影,黑箭示脂肪密度)。

块,边缘清晰光滑,与子宫体成钝角相交。本组病例定位诊断符合率 100%,说明 CT 对原发性卵巢恶性肿瘤的定位诊断有很高的价值。

本组 20 例肿瘤就诊时比较大,直径均超过 6 cm, 10 cm 以上占 10 例,尤以浆液性囊腺癌为突出。CT 上表现为囊性、多房囊实性和实性 3 类。国外有文献报告卵巢肿瘤完全囊性可诊断为良性,若具备囊壁增厚、间隔增厚、囊内乳头状突起或实质性成分等 4 个条件中 1~2 条即可诊断为恶性。本文 1 例恶性畸胎瘤呈不典型表现,低密度囊性肿块影中可见脂肪密度形成的“浮球征”,未见高密度钙化影(图 7);另一例恶性畸胎瘤脂肪密度中见多个间隔。浆液性囊腺癌均呈多房囊实性包块。交界性浆液性囊腺瘤及粘液性囊腺癌 CT 表现无区别,呈囊性带壁结节。交界性粘液性囊腺瘤呈囊壁厚薄不一的囊性肿块。颗粒细胞瘤为密度不均的实性肿块。在腹水与转移方面,各种类型卵巢

恶性肿瘤并没有差别。

CT 扫描可以直接显示卵巢肿瘤的位置、大小、形态、边缘、密度及与周围组织关系,区分良、恶性肿瘤,恶性肿瘤可显示其周围浸润程度,有或无盆腔转移,甚至初步确定病理类型,为术前诊断、选择手术方式、疗效判定及术后随访等提供可靠的依据。

参考文献:

- [1] 沙炎,王玖华. 卵巢生殖细胞瘤的 CT 诊断[J]. 临床放射学杂志, 1998, 17(2): 150.
- [2] 李大胜,孙永光,谢敬霞. 卵巢肿瘤的 CT 诊断与病理对照[J]. 实用放射学杂志, 2001, 17(11): 858-860.
- [3] 谢敬霞. 卵巢肿瘤的 CT 诊断与鉴别诊断[J]. 放射学实践, 2000, 15(2): 133-135.
- [4] Fukuda T, Ikeuchi M, Hashimoto H, et al. Computed Tomography Ovarian Masses[J]. JCAT, 1986, 10(6): 990-996.

(收稿日期: 2005-07-15 修回日期: 2006-03-01)