

胰腺囊性肿瘤 CT 诊断与处理对策

曾蒙苏, 王冬青, 饶圣祥

【中图分类号】R814.42 【文献标识码】A 【文章编号】1000-0313(2006)11-1089-05

胰腺囊性肿瘤是一种少见的肿瘤,占胰腺肿瘤的 1%左右,占胰腺囊性病变的 10%~15%,但随着体检普及和断面影像诊断技术 US、CT、MRI 的广泛使用,近年来其检出率或发病率有增加趋势^[1]。Remine 于 1987 年根据文献报道统计共 500 余例,其中胰腺癌为少数,1984 年~1990 年综合国外文献统计胰腺腺癌共约 137 例。1992 年钟守先统计北京协和医院外科 30 年间共收治胰腺囊腺瘤和胰腺囊腺癌各 10 例,是当时国内文献中病例最多的一组报道^[2]。目前,由于病理学和外科手术技术的进展,加之人们认识的提高,近几年,在国内放射学杂志上已经有多篇相关论文发表,但是具体概念不甚统一或比较含糊。最新 WHO 标准见表 1^[3]。

简言之,目前临床上常见和普遍所指的胰腺囊性肿瘤主要包括浆液性囊腺瘤、黏液性囊性肿瘤和导管内乳头状黏液性肿瘤,占整个胰腺囊性肿瘤的 90%左右。胰腺囊性肿瘤根据良恶性可分为囊腺瘤和囊腺癌,依据肿瘤囊性成分又可分为浆液性囊腺瘤和黏液性肿瘤,黏液性肿瘤包括黏液性囊性肿瘤和导管内乳头状黏液性肿瘤;其次,还包括胰腺原发实质性肿瘤囊性变,如最常见实质性假乳头状肿瘤、非功能性胰岛细胞肿瘤、腺泡细胞囊腺癌、腺鳞癌、巨细胞肿瘤和成熟囊性畸胎瘤等;胰腺转移性肿瘤的囊性变,最常见为胃癌、肾癌和黑色素瘤的胰腺转移^[4]。

1. 浆液性囊腺瘤 (serous cystadenoma)

是常见的胰腺囊腺瘤,好发于 50~60 岁女性,约有 20% 患者合并有肝、肾及中枢神经系统的囊肿, Hippel-Lindau 氏综合征(小脑囊性血管瘤和视网膜血管瘤)易患此症。肿瘤为良性,几乎无恶变趋向,自 1978 年 Compagno 和 Oertel 首次描述以来,仅 3 例文献报道为恶性。1/3 病例属偶然发现,另 2/3 病例,由于肿瘤较大压迫周围结构,引起相关临床症状就诊被发现。然肿瘤即使位于胰头,也很少引起黄疸^[2]。

大体病理标本上,可分为小囊型和大囊型两类,小囊型多见,占 70%~80%。两型囊内均含有无色清亮的浆液。小囊型边界清晰,呈多房型小囊(小囊直径 < 2 cm,更多见 < 1 cm),类似海绵状,偶见特征性的肿瘤中心有疤痕和/或钙化。肿瘤直径为 1~12 cm 不等,平均 5 cm 大小。大囊型边界欠清晰,可为一个囊,或多个囊聚合,但囊直径超过 2 cm,肿瘤中央无疤痕,囊内壁可见壁结节,整体肿瘤直径可达 10~15 cm。一小部分肿瘤,见小囊和大囊的混合型。显微镜下囊壁为单层立方上皮细胞,核圆形,胞浆内有丰富的糖原和 PAS 染色阳性,不含粘蛋白。肿瘤细胞间有丰富微小血管的纤维间隔。

表 1 胰腺囊性肿瘤的分类

原发性肿瘤 (primary tumors)
外分泌 (exocrine pancreas)
良性 (benign)
浆液性囊腺瘤 (serous cystadenoma)
黏液性囊腺瘤 (mucinous cystadenoma)
导管内乳头状黏液腺瘤 (intraductal papillary-mucinous adenoma)
成熟囊性畸胎瘤 (mature cystic teratoma)
交界性 (borderline, uncertain malignant potential)
中度发育不良黏液囊性肿瘤 (mucinous cystic tumor with moderate dysplasia)
中度发育不良导管内乳头状黏液肿瘤 (intraductal papillary-mucinous tumor with moderate dysplasia)
实质性假乳头状肿瘤 (solid-pseudopapillary tumor)
恶性 (malignant)
导管细胞癌 (ductal adenocarcinoma)
未分化癌 (undifferentiated or anaplastic carcinoma)
浆液性囊腺癌 (serous cystadenocarcinoma)
黏液性囊腺癌 (mucinous cystadenocarcinoma):
非侵袭 (noninvasive)
侵袭 (invasive)
导管内乳头状黏液癌 (intraductal papillary-mucinous carcinoma):
非侵袭 (noninvasive)
侵袭 (invasive)——乳头状黏液癌 (papillary-mucinous carcinoma)
腺泡细胞囊腺癌 (acinar cell cystadenocarcinoma)
实质性假乳头状癌 (solid-pseudopapillary carcinoma)
内分泌 (endocrine pancreas)
功能和非功能胰岛细胞肿瘤 (functioning and non-functioning islet cell tumors)
继发性肿瘤 (secondary tumors)
囊性肿瘤样病变 (cystic tumor-like lesions of the exocrine pancreas)
假性囊肿 (pseudocyst)
储留囊肿 (retention cyst)
寄生虫性囊肿 (parasitic cyst)
先天性囊肿 (congenital cyst)
壶腹旁十二指肠囊肿 (para-ampullary duodenal wall cyst)
内源性囊肿 (enterogenous cyst)
淋巴上皮样囊肿 (lymphoepithelial cyst)
子宫内膜囊肿 (endometrial cyst)

小囊型肿瘤具有特征性 CT 表现,平扫肿块呈圆形或椭圆形,囊壁光滑,与周围胰腺组织分界清晰,肿块密度从水样到肌肉样不等,囊壁和其囊隔可见线样钙化,偶可见肿瘤中央特征性片状不规则或日光状钙化影^[5]。多个小囊性成分聚集在一起,其小囊直径往往小于 1 cm,常为浆液性囊腺瘤的特点,增强后可见囊隔和整个囊壁有不同程度的强化表现,呈“蜂窝”状(图 1)。

大囊型肿瘤,CT 平扫肿瘤较大,边界不规则和欠清晰,增强扫描见囊壁和囊隔强化,有时可见强化的囊壁小结节。常常与胰腺黏液性囊腺瘤或癌不易鉴别,有时也容易与胰腺假性囊

作者单位:200032 上海,复旦大学附属中山医院放射科、复旦大学上海医学院医学影像系
作者简介:曾蒙苏(1963—),男,江苏苏州人,博士,教授,博士生导师,主要从事腹部疾病的影像诊断和教学工作。

肿混淆(图2)。

小囊直径为1~2 cm者,既可见于浆液性囊腺瘤,也可见于黏液性囊腺瘤;如果子囊的直径大于2 cm,更多提示为黏液性囊腺瘤或囊腺癌,但相当薄的间隔、间隔轻度增强和没有邻近脏器的侵犯,常是浆液性囊腺瘤区别于黏液性囊腺瘤或癌的特征。

2. 黏液性囊性肿瘤(mucinous cystic tumor)

包括囊腺瘤、交界性囊腺瘤和囊腺癌,囊腺瘤具有高度潜在恶性,瘤体愈大,癌的可能性也愈大。最多见于成年女性,50%~80%患者年龄在40~60岁,肿瘤常在胰体尾处,直径常超过10 cm。临床上,主要为肿瘤的压迫症状,如果为恶性,肿瘤标志物(CEA和CA19-9)可阳性。

大体标本,肿瘤表面光滑,可见纤维假包膜,肿瘤剖面仅可见单囊或多个子囊,内含黏液,也可见出血和坏死组织。囊的大小不一,从几毫米至几十厘米不等,整个肿瘤不与胰腺管相通。囊壁结节明显和有钙化者,多为恶性。

显微镜下,见囊内壁为柱状上皮细胞,富含粘蛋白,其外层为致密的卵型基质层,恶性者,除见核分裂和核变异外,可见肿瘤细胞侵犯假包膜和周围组织等。

典型病例,CT平扫肿瘤呈多房水样低密度,囊壁厚薄不规则和壁结节,或者偶可见高密度的钙化影,由于黏液产生,有时肿瘤在CT平扫图像上可呈高密度或MRI T₁W为高信号。增强后囊壁和分隔可不规则强化^[6](图3)。

在影像学上判断良恶性较困难,如果有周围脏器的侵犯,

提示为恶性,如果出现肝转移,则肯定为恶性,其肝转移病灶也含黏液,故在CT平扫可呈略高密度,或者由于肝转移病灶血供丰富,在增强图上,边缘呈环状强化表现。囊壁不规则,分隔厚而不均匀,出现壁结节,强化较明显者和钙化明显者,从影像学上提示恶性可能性大(图4)。Procacci等分析总结52例女性黏液性囊腺瘤患者,根据CT表现,如囊壁厚度>2 mm且不规则、壁结节、钙化和分叶轮廓均具备者,其恶性的概率为0.95;相反,均无上述征象者,恶性概率仅为0.02^[7]。

不典型病例,如单囊、无壁结节或者囊内有出血和坏死者,与大囊型浆液性囊腺瘤和胰腺复杂性假性囊肿鉴别困难,必须结合临床病史,最后确诊依赖病理结果。

3. 导管内乳头状黏液性肿瘤(intraductal papillary-mucinous tumor)

是比较罕见的一种胰腺导管内的肿瘤,以往常误诊为慢性胰腺炎或黏液性囊性肿瘤,自1980年首次报道以来,文献报道逐渐开始增多。该肿瘤的特点主要为:①男性发病多见,而其它胰腺囊性肿瘤以女性好发;②内镜逆行胰胆管造影术(endoscopic retrograde cholangiopancreatography, ERCP)显示无胰腺导管的狭窄,而以胰腺主导管和/或分支的扩张为主,内见黏液栓或肿瘤乳头状的充盈缺损;③扩张的十二指肠主乳头和/或副乳头见黏液溢出;④由于过多的黏液阻碍胰液的分泌,患者临床症状类似慢性胰腺炎或复发性急性胰腺炎。临床特点是出现渐进性腹块和腹痛等,肿瘤早期者仅表现上腹部不适和消

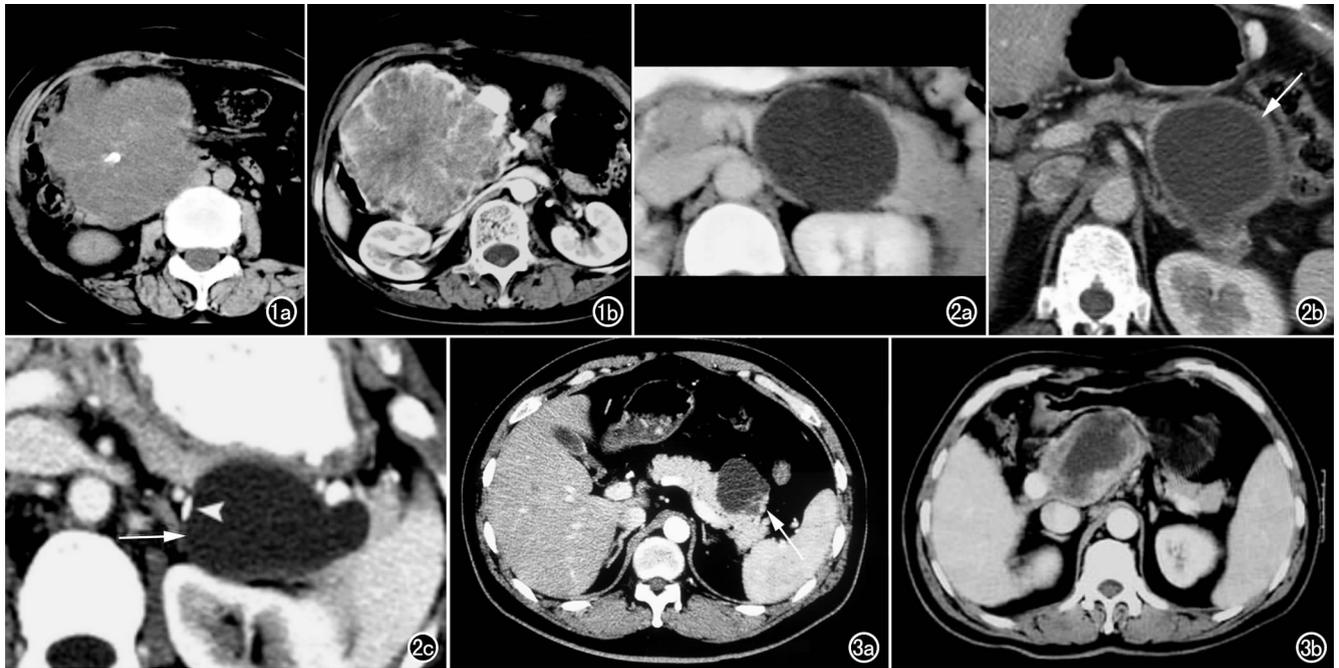


图1 小囊型浆液性囊腺瘤。a) 平扫示胰头肿瘤呈多个小囊聚集成“蜂窝”样,边缘光整,呈分叶,中央见小片状钙化; b) 增强扫描示肿瘤分隔强化,“蜂窝”样改变更清晰典型。图2 a) 大囊型浆液性囊腺瘤:增强CT示胰体尾部圆形病灶,密度均匀成水样,边缘光整,未见囊壁结节和分隔; b) 假性囊肿:增强CT示胰尾部水样密度圆形病灶,囊壁增厚明显(箭); c) 黏液性囊腺瘤:增强CT示胰尾部水样密度病灶,成椭圆形(箭),边缘光整,仅见小条状强化(箭头),其与周围血管难以分辨。上述三种病变仅凭CT表现鉴别困难,诊断必须结合病史或病理活检。图3 a) 黏液性囊腺瘤:增强CT示胰体尾部类圆形水样密度病灶,部分见强化的细小分隔和囊壁小结节(箭); b) 黏液性囊腺癌:增强CT示胰头部椭圆形囊实性病灶,囊壁明显不规则增厚,有强化,提示恶性可能性大,最后手术证实为胰头黏液性囊腺癌。

化不良等症状,患者预后较好^[8]。

病理上,明显的特点为肿瘤在胰腺导管内生长,使胰腺主导管或次级导管呈局限性或弥漫性的扩张改变。肿瘤主要分为二型:①黏液分泌型,该型扩张的胰腺导管内充满凝结的黏液,而肿瘤细胞呈扁平或微小乳头状生长;②乳头绒毛型,除扩张的胰腺导管和导管内充满黏液外,导管内见多发乳头绒毛状生长的肿瘤。肿瘤早期主要局限在扩张的胰腺主导管或次级导管内;在进展期,主胰管伴次级胰管扩张常呈葡萄状,导管内乳头状肿瘤可侵犯泛特氏壶腹,并可向十二指肠内突出,偶而可致胰管胆管痿或胰管十二指肠痿,黏液也可在腹腔广泛播散,形成腹腔假性黏液瘤样改变。镜下,产生黏液的细胞来自导管上皮,乳头或结节状增生,常呈多发,肿瘤可为良性,交界性和恶性改变。甚至同一病例,不同部位的乳头或结节,其肿瘤细胞良恶性与分化程度也可异。恶性者,也少有脏器的转移。

根据胰腺导管受累部位不同,可分为:①主胰管型,胰头、

体和尾部均可发生;②分支胰管型,多见于胰头部;③混合型,指主胰管和分支胰管均受累,常常为主胰管型晚期肿瘤累及分支胰管。主胰管型恶性概率高,但总体生长较慢,预后较好,有文献报道其可转变为胰腺导管腺癌。分支胰管型恶变概率低,几乎为良性肿瘤,生长则更慢^[8,9]。

以往诊断主要依靠 ERCP 技术,目前随着认识的提高,CT 和 MRI 技术相对提高了诊断的准确性,尤其依赖磁共振胰胆管造影术(magnetic resonance cholangiopancreatography, MRCP),有文献报道其诊断的准确性可超过 ERCP 技术,这是由于扩张胰腺导管内凝结的黏液或乳头状肿瘤结节,有时可影响 ERCP 技术顺利地注射对比剂,从而在 ERCP 上不能显示胰腺的整个病变,影响诊断的准确性。

主胰管型,CT 上病变见于胰腺任何部位,肿瘤主要局限在胰腺导管内伴胰腺管的明显扩张,并且见胰管扩张充满低密度的黏液,内有多发的乳头状充盈缺损,充盈缺损既可代表肿瘤

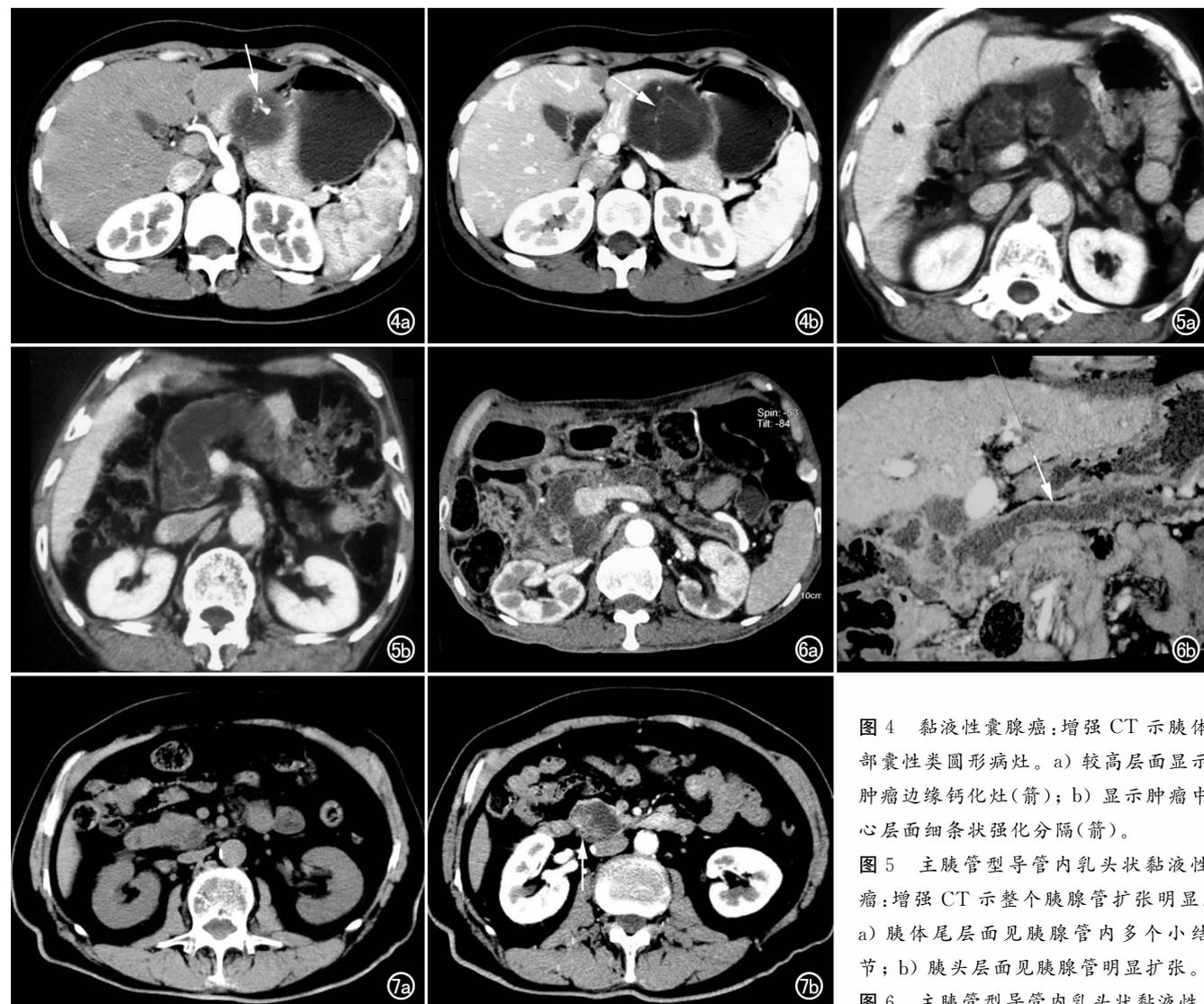


图4 黏液性囊腺癌:增强CT示胰体部囊性类圆形病灶。a) 较高层面显示肿瘤边缘钙化灶(箭); b) 显示肿瘤中心层面细条状强化分隔(箭)。

图5 主胰管型导管内乳头状黏液性癌:增强CT示整个胰腺管扩张明显。a) 胰体尾层面见胰腺管内多个小结节; b) 胰头层面见胰腺管明显扩张。

图6 主胰管型导管内乳头状黏液性

癌。a) 增强CT示整个胰腺管扩张明显,内见多个小结节; b) 为多平面重组整体显示胰腺和胰腺管,胰腺管扩张和管内细小结节显示更直观与清晰。图7 分支管型导管内乳头状黏液性癌。a) 平扫示胰头囊实性小病灶; b) 增强示胰头病灶显示更清晰,大部分为囊性成分,病灶边缘见强化细小结节(箭)。

轻度至中度的强化。

分支胰管型,肿瘤位于胰头,常常境界清,可见薄包膜,又可见肿块实性和囊性结构的混杂密度(图7),偶见单纯性囊性或实质性肿块密度,与其它囊性肿瘤的鉴别点,关键是与胰腺导管是否沟通,如果相通,则明确导管内乳头状黏液性肿瘤的诊断,MRCP和ERCP显示肿块与胰腺导管相通更有优势。肿瘤继续增大,可经十二指肠乳头突向十二指肠腔内,形成十二指肠腔内充盈缺损,CT可显示该变化。

主胰管扩张黏液分泌型为主肿瘤的诊断,有时与慢性胰腺炎伴胰腺管扩张病例鉴别困难,这也是以往常误诊为慢性胰腺炎的主要原因。主要鉴别点为,慢性胰腺炎胰腺管的扩张常常不规则,由于纤维组织增生,使扩张的胰腺管呈粗细不等的改变;而黏液分泌型导管内乳头状黏液性肿瘤,其扩张的胰腺管往往规则一致。

4. 实质性肿瘤囊性变

原发者主要包括①实质性假乳头状肿瘤:肿瘤好发年轻女性,胰尾多见,囊性和实质性成分混合存在,囊实成分相差无几,常有完整包膜,肿瘤边缘或中心见钙化者占30%左右^[10],恶性程度随年龄增长。手术治疗后,一般预后较好;②非功能性胰腺神经内分泌肿瘤:由于肿瘤无功能,临床发现较晚,肿瘤常大于5cm,因此,一部分肿瘤(占1/3)内常有明显坏死和囊变区,肿瘤实质部分较少,成分隔或壁结节,整个肿瘤类似“蜂屋”状,比较特殊,增强扫描,实质成分强化,尤其动脉期较明显强化,则更有助于诊断^[11,12];③腺泡细胞囊腺瘤、腺鳞癌和巨细胞肿瘤均罕见,一般实质成分多,而囊变成分相对少,与胰腺癌难区别,依赖于病理。④成熟囊性畸胎瘤:术前难以诊断,除非肿瘤内含有脂肪成分,尤其在MRI上发现脂肪组织,可考虑此病。继发转移者多见胃癌、肾癌、肺癌、卵巢癌和黑色素瘤等的胰腺转移,大都为多发病灶,事实上,胰腺转移性肿瘤发生显著广泛囊变者罕见。最后确诊主要结合临床病史和活检穿刺。

5. 鉴别诊断原则

胰腺囊性肿瘤间鉴别以及与胰腺囊性病变、胰腺肿瘤的囊性变的鉴别较困难,CT表现或征象有一定的重叠。Sahani

等^[1]依据CT特征,分为四型(图8)。

I型:病变包括最多见的假性囊肿,其次为真性囊肿、大囊型浆液性囊腺瘤、极少部分黏液性囊腺瘤和分支型导管内乳头状黏液性肿瘤,Hippel-Lindau氏综合征者,胰腺也呈多个囊样病变。结合曾有胰腺炎病史,则提示为假性囊肿。如CT多平面重组或MRCP显示胰腺主胰管与囊性病变更相通,则为分支型导管内乳头状黏液性肿瘤机会显著提高。

II型:只见于良性小囊型浆液性囊腺瘤,有典型CT征象。

III型:大囊型浆液性囊腺瘤和黏液性囊腺瘤(癌)均可有相似表现,难以鉴别。

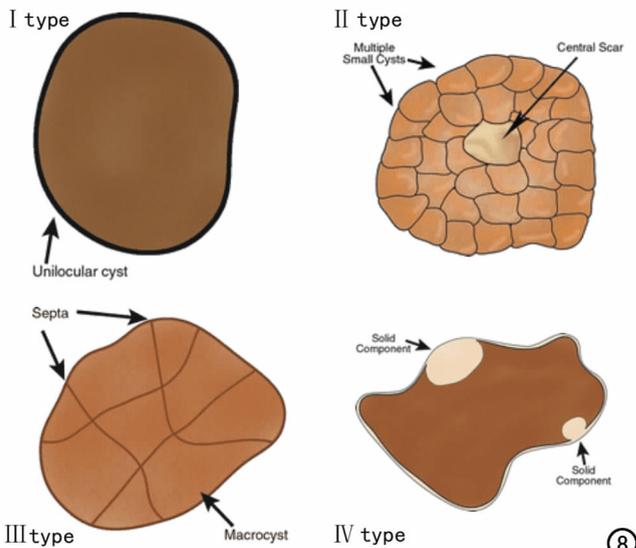
IV型:包括黏液性囊腺瘤、实质性假乳头状肿瘤、非功能性胰腺神经内分泌肿瘤、腺泡细胞囊腺瘤和主胰管型/混合型导管内乳头状黏液性肿瘤。五者CT鉴别有难度,确诊依赖病理。

6. 临床处理对策

总体而言,囊性病变更 $<3\text{ cm}$ 者,90%~95%为良性^[4],临床可随访。如临床患者有明显肿瘤压迫不适,也可采取手术治疗。对于I型者,根据临床和CT难以鉴别时,其发生恶变倾向的概率为1/3,即黏液性囊腺瘤和分支型导管内乳头状黏液性肿瘤具有恶变倾向,如果暂时不手术,必须密切随访;II型CT表现者,属良性肿瘤,肿瘤较大,临床症状明显者,可手术切除;至于III型CT表现者,建议积极临床手术,因发生恶性的概率为1/2;IV型者,均为恶性或恶变倾向肿瘤,临床手术为首选^[1,13]。

参考文献:

- [1] Sahani DV, Kadavigere R, Saokar A, et al. Cystic Pancreatic Lesions: a Simple Imaging-based Classification System for Guiding Management[J]. RadioGraphics, 2005, 25(6): 1471-1484.
- [2] 吕新生, 韩明, 钟守先. 胰腺外科[M]. 湖南: 湖南科学技术出版社, 1997. 501.
- [3] Procacci C, Biasiutti C, Carbognin G, et al. Pancreatic Neoplasms and Tumor-like Conditions Eur[J]. Radiol, 2001, 11(Suppl. 2): 167-192.
- [4] Sahani DV, Saokar A, Hahn PF, et al. Pancreatic Cysts 3cm or Small: How Aggressive Should Treatment Be[J]. Radiology, 2006, 238(3): 912-919.
- [5] Procacci C, Graziani R, Bicego E, et al. Serous Cystadenoma of the Pancreas: Report of 30 Cases with Emphasis on the Imaging Findings[J]. J Comput Assist Tomogr, 1997, 21(3): 373-382.
- [6] Procci C, Carbognin G, Accordini S, et al. CT Features of Malignant Mucinous Cystic Tumors of the Pancreas[J]. Eur Radiol, 2001, 11(9): 1626-1630.
- [7] Procci C, Carbognin G, Biasiutti C, et al. Intraductal Papillary Mucinous Tumors of the Pancreas: Spectrum of CT and MR Findings with Pathologic Correlation[J]. Eur Radiol, 2001, 11(10): 1939-1951.
- [8] Procacci C, Megibow AJ, Carbognin G, et al. Intraductal Papillary Mucinous Tumor of the Pancreas: a Pictorial Essay[J]. RadioGraphics, 1999, 19(6): 1447-1463.
- [9] Terris B, Ponsot P, Paye F, et al. Intraductal Papillary Mucinous Tumors of the Pancreas Confined to Secondary Ducts Show Less Aggressive Pathologic Features as Compared with Those Involving the Main Pancreatic Duct[J]. Am J Surg Pathol, 2000, 24(10):



1372-1377.

- [10] Buetow PC, Buck JL, Pantongrag-Brown L, et al. Solid and Papillary Epithelial Neoplasm of the Pancreas: Imaging-pathologic Correlation on 56 Cases[J]. Radiology, 1996, 199(6):707-711.
- [11] Buetow PC, Parrino TV, Buck JL. Islet Cell Tumors of the Pancreas: Pathologic-imaging Correlation Among Size, Necrosis and Cysts, Calcification, Malignant Behavior, and Functional Status.

AJR, 1995, 165(5):1175-1179.

- [12] 曾蒙苏, 严福华, 周康荣, 等. 非功能性胰内分泌肿瘤的螺旋 CT 表现[J]. 中华放射学杂志, 2003, 37(6):528-531.
- [13] Shima Y, Mori M, Takakura N, et al. Diagnosis and Management of Cystic Pancreatic Tumours with Mucin Production[J]. Br J Surg, 2000, 87(8):1041-1047.

(收稿日期:2006-07-07)

钙化性子官平滑肌瘤一例

秦伟, 罗云

【中图分类号】R814.42 【文献标识码】D 【文章编号】1000-0313(2006)11-1093-01

病例资料 患者,女,66岁,以阴道不规则流血3个月为主诉入院。患者于2个月前无明显原因出现阴道不规则流血,呈鲜红色,每日量约20ml左右,不伴腹痛。20天前曾到外院治疗,行刮宫手术,引流出大量脓性物质后停止手术,继续抗感染止血治疗,治疗后阴道出血无缓解。

入院体检:P 84次/分, BP 140/80 mmhg, 神智清, 精神差, 自动体位, 全身皮肤、巩膜无黄染, 浅表淋巴结不肿大, 心肺听诊无异常, 腹部平坦, 软, 肝脾肋缘下未触及, 双肾无叩击痛, 神经及运动正常。

妇科检查:外阴、阴道无异常, 穹窿无触痛, 有大量脓性分泌物, 宫颈萎缩, 有接触性出血, 宫体触及不满意。

实验室检查:WBC $1.1 \times 10^9/l$, N 0.60, Hb 134 g.

B超:绝经后子宫体积增大, 大小约 $77 \text{ cm} \times 44 \text{ cm} \times 9 \text{ cm}$, 宫腔内可见 $2.3 \text{ cm} \times 2.7 \text{ cm}$ 光团, 回声形状不规则, 内回声不均, 可见气体样回声及高低回声混杂, 内无明显血流信号。

CT:示盆腔内有类圆形钙化影, 横断面示子宫体部有 $36 \text{ cm} \times 32 \text{ cm}$ 类圆形高密度影, 其边缘有完整的钙化影, 内有气液平面, 子宫体积略增大, 轮廓光滑, 宫腔内见斑块状及环状钙化, 钙化中央见气液平面(图1); 盆腔淋巴结不大。CT诊断:钙化性子官平滑肌瘤合并感染可能。

手术所见:双侧附件萎缩, 子宫大小为 $6 \text{ cm} \times 7 \text{ cm}$, 内可触及结石样物质, 宫颈增厚, 盆腔内无肿大淋巴结, 行双侧附件及子宫全切除术。切开子宫见子宫底有一直径 3.5 cm 大小的肿物, 外包膜完整, 切开后发现钙化壁破入宫腔并与宫腔相通, 钙化壁如蛋壳状, 内容物内有灰白色及脓性液体。术后患者恢复良好出院。

病理结果:钙化性子官平滑肌瘤;慢性宫颈炎。

讨论 子宫平滑肌瘤是妇科最常见的肿瘤, 在30岁以上的妇女中病率可高达20%, 因肌瘤多无或很少有症状, 临床报道发病率远低于肌瘤真实发病率, 其发病确切病因尚不清楚。子宫平滑肌瘤好发于生育年龄, 青春期前少见, 绝经后萎缩消退, 提示其发生与女性性激素有关, 子宫平滑肌瘤原发于子宫肌层, 常为多个, 可生长于子宫任何部位。按生长部位可分子

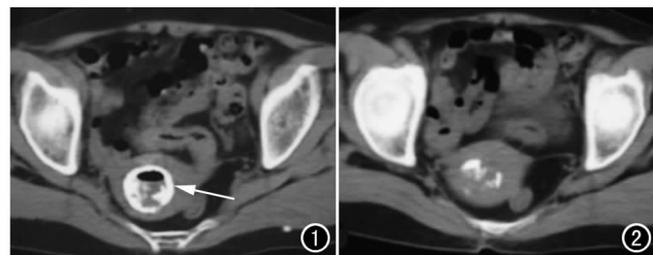


图1 子宫体有完整的钙化, 内有气液平面影, 钙化壁很完整(箭)。 图2 可见钙化的子宫肌瘤下壁。

宫体肌瘤和宫颈肌瘤, 其中前者占90%。按子宫平滑肌瘤发展过程中与子宫肌层的关系可分:①肌壁间肌瘤;②浆膜下肌瘤;③黏膜下肌瘤。子宫平滑肌瘤主要与肌瘤的生长部位关系密切, 也与肌瘤的大小、生长速度及有无变性有关。回顾本例钙化性子官平滑肌瘤影像上出现气液平面影, 与20天前刮宫术时刮破部分钙化的子宫壁有关。

子宫平滑肌瘤最常见的症状有:①月经改变, 肌壁间及黏膜下肌瘤可使宫腔内膜面积增大和收缩不良, 导致经血量增多, 经期延长。浆膜下肌瘤患者一般无明显月经改变;②压迫症状;③疼痛;④阴道分泌物增加;⑤腹部包块;⑥贫血等^[1]。肌瘤因局部供血不足所致的变性, 常有:①玻璃样变;②囊性变;③红色样变;④肉瘤样变;⑤其它如脂肪变性;钙化及继发感染等。长期存在的子宫平滑肌瘤可发生钙化, 如有子宫分叶状增大并含钙化诊断较为明确^[2]。本例蛋壳样完整钙化较典型, 少见, 具有诊断意义。有关文献报道子宫平滑肌瘤钙化比较少见^[2]。而象蛋壳样完整钙化的更罕见, 未见相关文献报道。

鉴别诊断:①子宫内膜癌:多发生于50岁以上绝经前后, 表现为阴道不规则流血、疼痛、腹部包块。CT表现为子宫体积增大, 宫腔内软组织肿块, 平扫呈略低密度, 增强后呈轻度强化, 子宫形态可正常, 晚期可分叶变形, 盆腔转移。阻塞宫颈口可有宫腔积液, 内部钙化少见;②子宫肉瘤:多为子宫肌瘤恶变, 表现为增长速度加快, 正常子宫形态消失, 盆腔转移等。

参考文献:

- [1] 王有吉. 妇产科学[M]. 北京:人民卫生出版社, 2002. 283-285.
- [2] 李果珍. CT诊断学[M]. 北京:中国科学技术出版社, 1994. 603.

(收稿日期:2006-04-12 修回日期:2006-07-12)

作者单位:464300 河南, 息县第二人民医院放射科(秦伟); 464300 河南, 息县公疗医院(罗云)
作者简介:秦伟(1971-), 男, 河南息县人, 医师, 主要从事影像诊断工作。