

卵巢交界黏液囊腺瘤并发胸腔腹腔积液一例

王开伦

【中图分类号】R445; R814.42 【文献标识码】D 【文章编号】1000-0313(2006)12-1287-02

病例资料 患者,女,74岁,发现腹部渐大肿块2个月伴腹胀、食欲不振、胸闷1周入院。体查:血压140/95 mmHg,呼吸稍急促,左下肺呼吸音消失、叩浊;腹部膨隆,下腹部触及“橄榄球”样较大包块,边界欠清可推移,质软无压痛;移浊不明显,全身浅表淋巴结无明显肿大。实验室检查:甲胎蛋白 $10\text{ }\mu\text{g/l}$ (放免双抗法);癌胚抗原(CEA) $17\text{ }\mu\text{g/l}$;肿瘤标志物单克隆抗体 $\text{CA}_{125}\text{ }100\text{ U/ml}$; $\text{CA}_{199}\text{ }80\text{ U/ml}$ 。胸水检查:散在少量红细胞、淋巴细胞及间皮细胞,未查到肿瘤细胞,未检出抗酸杆菌。结核菌素试验阴性。

超声所见:盆腔内约 $11.0\text{ cm}\times 15.5\text{ cm}\times 13.0\text{ cm}$ 囊性占位(图1),薄壁、多房,壁及分隔厚度较均一呈等回声,未见明显不规则增厚区或乳头状结节等实质性中等回声影,CDFI检测囊壁及分隔内未见明显血流信号;囊内均质无回声,囊后回声增强;囊壁边界清晰、边缘光滑;周围脏器受压,子宫稍偏右下移,宫体萎缩;子宫、直肠陷凹内可见片状无回声液性暗区。左胸腔见约 5.6 cm 厚液性暗区,均质无回声;左室壁顺应性降低。

CT平扫:盆腔子宫及膀胱上方见约 $11\text{ cm}\times 16\text{ cm}\times 12\text{ cm}$ 椭圆形囊性病变,薄壁,内有少许欠规则较纤细分隔(部分稍厚),囊壁无明显局限性增厚或形成结节样软组织密度影;囊液密度较均匀,CT值约 $11\sim 24\text{ HU}$,部分小房内密度较低,CT值约 $4\sim 13\text{ HU}$;囊壁无钙化,囊内无出血;周围肠管、膀胱、子宫受压移位,但与囊壁间尚可见线样脂肪性低密度分界(图2);盆腔少量水样密度影。双肺未见明显实质性改变,肺纹理走行自然,支气管通畅;左胸腔后部可见“新月形”水样密度影,部分包裹形成(图3),肺门及纵隔未见明显肿大淋巴结。肝、胆、胰、脾、双肾及肾上腺未见明显异常,腹膜腔、腹膜后及盆壁未见明显肿大淋巴结,胸廓、腰椎及骨盆骨质结构正常。

患者未作CT增强及腹水化验检查,因出现胸、腹腔积液且胸腔积液多次抽吸不见减少,反复多次化验虽未找到肿瘤细胞,结合患者年龄大、包块有短期内增大病史,以及实验查CEA大于 $10\text{ }\mu\text{g/l}$ (正常值上限)等,临床诊断“卵巢癌可能”。后经会诊采用胸腔闭式引流术短期内控制住胸腔积液,并随即行剖腹探查术。术中摘出具有完整包膜(囊壁)肿块,术后病理诊断:(左)卵巢黏液性囊腺瘤,局部区域呈交界性改变(图4)。

术后胸腔积液未再增加,出院时检查胸、腹腔积液基本吸收;出院后随访至今近1年,胸、腹腔积液及肿瘤未见复发;患者术后经一段时间的中、西结合治疗现已基本康复。

讨论 卵巢黏液性囊腺瘤虽为较常见妇科肿瘤,并发胸、腹腔积液且术后自然消退的现象却并不多见,国内少有报道。卵巢黏液性囊腺瘤属于卵巢上皮性肿瘤,多数为多房性,约占卵巢肿瘤的25%。分良性(约50%)、交界性(约35%)、恶性(约

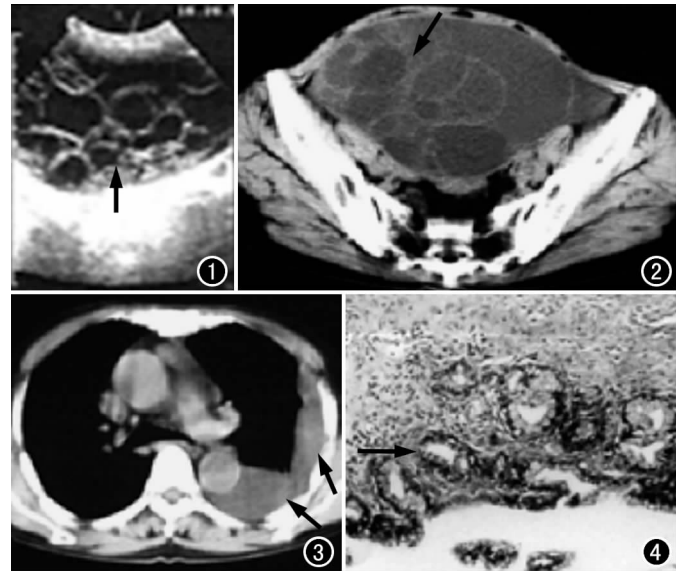


图1 盆腔超声示盆腔囊性包块,有分隔,壁薄较均匀(箭),未见结节形成。图2 病变最大层面CT平扫示盆腔椭圆形囊性团块,内有少许分隔(箭),壁及分隔无明显局限性增厚或形成结节,部分小囊内密度较低,囊壁无钙化,界清。图3 下胸部层面CT平扫示胸腔积液,且部分有包裹形成(箭)。

图4 病理片示局部区域呈交界性改变(箭)。

15%)三类;三者5年生存率分别为: $>98\%$ 、约 90% 、 $40\%\sim 50\%$ 。其中交界瘤为潜在或低度恶性肿瘤,临床经过及预后介于良、恶性之间,而恶性者术后复发率较高,且复发者5年生存率仅约 $20\%\sim 30\%$,因此及时诊治至关重要,手术越早预后越好。

本例如果仅就肿瘤本身影像学表现考虑,确实没有出现诸多文献中所论述的、明显的恶性征象——囊壁或分隔局限性增厚、不规则或结节形成等;然而结合患者年龄、病史、实验室检查等,临床倾向为恶性肿瘤的基本思路应该是正确的。因此,从肿瘤所表现出的生物学行为、结合肿瘤外影像学征象(出现胸、腹腔积液),可以考虑该肿瘤正处于恶性变期间,且有部分可能已发生恶变。那么,理论上推断出现胸、腹腔积液应该属于转移,然而由于各种原因所致,临床上并未找到确切的证据,而且患者术后胸、腹腔积液的自行消退,从相当程度上则表明胸、腹腔积液并非一定就是转移征象。术前临床上曾经考虑过Meigs综合征,影像表现及病理结果已显然证实不是纤维瘤并发胸、腹腔积液。那么胸、腹腔积液的出现和消退,是否如同某些系统、器官恶性肿瘤的转移灶,在原发肿瘤摘除术后可以自然消退;或者如同有的肿瘤由于分泌毒素、因子等刺激胸、腹膜产生异常渗出导致积液,而随着肿瘤的摘除则积液会自然消退的副肿瘤综合征一样,原因有待深入研究。

致谢:贵阳医学院附属安顺医院提供术前 CA_{125} 、 CA_{199} 检查结果及

术后病理结论。

参考文献:

- [1] 李甘地. 病理学[M]. 北京:人民卫生出版社,2001. 124,356.
[2] 赵克忠. 妇产科学[M]. 北京:人民卫生出版社,1992. 154.

- [3] 吴恩惠. 医学影像诊断学[M]. 北京:人民卫生出版社,2004. 784-785.

(收稿日期:2006-04-03)

小儿眼眶炎性假瘤一例

· 病例报道 ·

刘发明, 骆宾, 王仁法

【中图分类号】R814.42 【文献标识码】D 【文章编号】1000-0313(2006)12-1288-01

病例资料 患儿,女,4岁,发现左眼突出4月余。体检:左眼突出,眼眶轻度压痛,左眼视力指数5m。内眦部可及小结节状肿物,质软,边界不清。眼球活动可,左瞳孔直径约3mm,光反射可,左眼底网膜未见异常,眼压正常。

CT表现:左眼球明显突出,左眼球后眶内见不规则软组织肿块,呈不均匀的等密度及稍高密度(图1a);内缘与视神经分界不清,并推挤视神经向鼻侧移位,外缘与外直肌界限模糊并向上累及上直肌;左眼内眦部见约0.8cm×1.0cm的软组织密度结节影(图1b);增强后见左眶内病变呈轻至中度不均匀强化,双侧海绵窦强化正常,颅内未见异常强化灶,左眼内眦部结节影呈均匀强化(图2a);骨窗示左眼眶外侧壁眶尖部骨质吸收变薄,眶上裂扩大(图2b)。

手术所见:切开眶外侧壁及眶筋膜,可见灰红色肿瘤组织,部分呈实性,部分为囊性。分块切除病变实性部分后,可见暗红色囊液渗出,肿瘤大小约3cm×2cm×3cm,病变与视神经粘连紧密。病理诊断:左眼眶炎性假瘤(纤维增生型,硬化型)

讨论 眼眶炎性假瘤为原因不明的眶内非感染性炎症,可与全身性系统性疾病并发,有人认为与病毒感染或其他病灶感染有关。通常为单侧性发病,有少数患者呈双侧性,可发生于任何年龄,但儿童中较少见。在病理组织学上表现为非特异性多形性炎性细胞浸润,以淋巴细胞和浆细胞为主,包括淋巴滤泡增生,以及嗜伊红细胞、中性多核白细胞浸润,类肉芽肿样病变有反应性纤维组织增生和毛细血管新生^[1]。CT表现根据原发部位和受侵犯范围分4型:①泪腺型,表现与泪腺肿瘤相似;②眼外肌型,可以累及单个眼外肌或多个眼外肌,眼外肌腱与肌腹都增大,眼肌附着处眼环增厚、模糊并有强化,是假瘤的特征性表现;③球后炎性肿块型,表现为眶上裂、眶尖、视神经处肿块样改变,外观规则或不规则,难与其它肿物鉴别;④弥漫型眼眶炎性假瘤,可以是双侧性的,并同时累及泪腺和视神经。眼眶内结构被硬纤维组织代替,形成冰冻眼。

鉴别诊断:本病应与Graves病、泪腺肿瘤、球后肿瘤鉴别。①Grave病:临床最常见的眼外肌肥大是Grave病,该病肌肉受累的次序是下直肌、上直肌、外直肌,肥大肌肉边缘光滑,以肌腱肥大为主,且两侧眼外肌同时受累多见;而炎性假瘤所致的

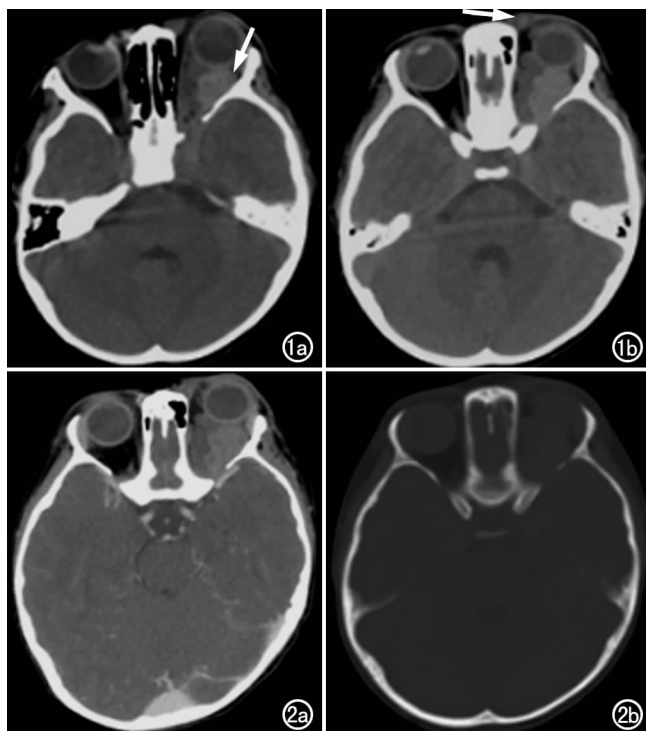


图1 a) CT平扫示左眼球后眶内一不规则软组织肿块,边界不清(箭);b)左眼内眦处有一小结节(箭)。图2 a) CT增强扫描示病变不均匀强化,左眼内眦处结节明显强化;b)骨窗示左眶尖部骨质吸收变薄,眶上裂扩大。

肌肉受累多为单侧,而肥大的肌肉边缘多不光整且模糊^[2]。②泪腺肿瘤:原发于泪腺的良性肿瘤常为膨胀性生长,呈类圆形,并可使局部骨质产生骨凹,这是与炎性假瘤鉴别的重要征象之一;而泪腺的恶性肿瘤常有骨质破坏。③球后炎性假瘤若形成肿块,则需与眶内肿瘤鉴别。眶内良性肿瘤多边界清楚,很少累及眶内正常结构,而炎性假瘤多同时广泛侵犯眶内多种结构。眶内恶性肿瘤常侵犯范围较大,多有骨质破坏,并向周围组织侵犯和蔓延,易与炎性假瘤鉴别^[2]。

参考文献:

- [1] 袁亮,李军,杨春华,等. 眼眶炎性假瘤的诊断价值[J]. 眼科新进展,2003,23(5):340-341.
[2] 宋有文,王忠红,李英洲,等. CT对眼内炎性假瘤的诊断价值[J]. 黑龙江医药科学,2005,28(2):106.

(收稿日期:2005-10-25 修回日期:2006-01-05)

作者单位:430030 武汉,华中科技大学同济医学院附属同济医院放射科(刘发明、王仁法);432500 湖北,云梦县人民医院CT室(骆宾)
作者简介:刘发明(1976-),男,湖北孝昌人,主治医师,主要从事普通放射和CT诊断工作。

通讯作者:刘发明,同济医院进修生,现单位432900 湖北,孝昌县人民医院CT室