

lations and Proposal for a New Classification[J]. *Neuroradiology*, 2000, 42(7):471-491.

[5] 徐宏光, 王以朋, 邱贵兴, 等. 骶椎发育不全一例并文献复习[J]. *中华医学杂志*, 2003, 83(1):56-58.

[6] Tortori-Donati P, Fondelli MP, Rossi A, et al. Segmental Spinal Dysgenesis; Neuroradiologic Findings with Clinical and Embryo-

logic Correlation[J]. *AJNR*, 1999, 20(3):445-456.

[7] Nieuwstein RAJ, Valk J, Smit LME, et al. MR of the Caudal Regression Syndrome; Embryologic Implications[J]. *AJNR*, 1994, 15(6):1021-1029.

(收稿日期:2007-01-01 修回日期:2007-01-29)

· 病例报道 ·

MRI 诊断儿童卵巢内胚窦瘤一例

王西宾, 黄斌, 陈丽萍

【中图分类号】R445.2; R816.92 【文献标识码】D 【文章编号】1000-0313(2007)04-0340-01

病例资料 患儿,女,4岁,主诉间歇性腹痛3年,加重伴发热10天。3年来患儿多食后下腹部疼痛,休息及大便后缓解,10天前无明显诱因再次出现下腹部疼痛伴发热。查体:T 38.6℃,发育正常,但近3个月明显消瘦;盆腔正中可扪及一约7 cm×8 cm×8 cm 肿块,质中等,活动差,压痛明显。实验室检查:血细胞分析正常,AFP 明显升高,CEA 正常。B超检查:膀胱与直肠间见7 cm×7 cm×7 cm 大小肿块,边界清晰,内部回声不均,提示:盆腔实性肿块。

MRI 检查:盆腔内见不规则软组织肿块充填;其部分轮廓清楚,约10 cm×9 cm×8 cm 大小,呈长T₁、长T₂不均信号改变,内见液化坏死区(图1);占位效应明显:前推腹壁后达骶骨,浸及直肠前壁并呈头状突入其内(图2);子宫受压前倾呈薄片状,膀胱充盈不良,盆壁骨质未见异常。MRI 诊断:卵巢恶性生殖细胞瘤。

手术所见:全麻后依次切开腹壁各层入腹腔,见腹腔内淡黄色腹水约200 ml;左卵巢增大约12 cm×12 cm×9 cm,与大网膜、乙状结肠粘连,后壁与直肠关系紧密并与右侧盆壁粘连,粘连部位呈紫褐色;钝性分离肿瘤与盆底粘连时肿瘤破裂,溢出烂鱼肉样组织;清除瘤体后见左输卵管增粗,子宫略大呈薄片状,直肠前壁约5 cm 范围受肿瘤浸润。病理诊断:卵巢内胚窦瘤。

讨论 内胚窦瘤又称为 Feilum 瘤,是小儿生殖细胞来源的具有高度恶性的性细胞瘤。未分化的多能性细胞向体腔组织或滋养叶组织分化,特别是卵黄囊内胚组织与外胚性中胚母细胞并和高度发展成为组织的主质。较罕见,发病年龄为2~35岁,平均19岁。也可发生在卵巢、睾丸及性腺以外部位,发生于卵巢者直接浸润卵巢背膜向腹膜后及盆腔生长。本例患儿4岁,发病年龄较小,临床上表现的发热、腹痛是由于瘤体生长迅



图1 MRI 示盆腔内一不规则软组织肿块充填,右侧缘与盆壁界限不清,呈长T₁、长T₂不均信号改变,液化坏死区T₁、T₂信号更长。a) 横断面T₂WI; b) 冠状面T₁WI。图2 肿块浸及直肠前内侧壁并呈乳头状突入其内,子宫受压前倾呈薄片状,膀胱充盈不良。a) 矢状面T₂WI; b) 冠状面T₁WI。

速,一方面因血供差而坏死、出血,另一方面瘤体穿破包膜,在腹腔内广泛浸润、种植引起。血清甲胎蛋白升高是因为卵黄囊是胚胎产生 AFP 的部位之一,而内胚窦瘤来源于卵黄囊,可产生大量 AFP,故 AFP 升高是本瘤重要的标志物。MRI 表现符合卵巢实性肿块并坏死囊变的一般信号改变,虽无特异性,最终诊断有赖于病理结果,但因 MRI 具备多方位、多层面成像的能力,故术前无创性的在显示瘤体内部结构病理变化的同时,准确地判断肿块的起源以及肿块向盆腔、直肠浸润的情况,可为手术方案的制订及预后的判断提供可靠依据。

作者单位:723000 陕西,汉中 3201 医院影像中心

作者简介:王西宾(1963-),女,陕西汉中,副主任医师,主要从事医学影像诊断工作。

(收稿日期:2006-07-28)