

腹部巨大囊性肿瘤(附 6 例分析)

李方潮

【中图分类号】R814.42; R816.5 【文献标识码】D 【文章编号】1000-0313(2007)04-0426-02

搜集本院 6 例经手术病理证实的腹部巨大囊性肿瘤的 CT 影像资料,对肿瘤进行定位、定性诊断,回顾性分析肿瘤在密度、形态、瘤体内部有无分隔、瘤结节及腹腔内表现,旨在为临床治疗提供帮助。

病例资料 患者,6 例,均为女性,年龄 40~74 岁。临床症状:腹部增大,腰围增宽,腹胀最长 2 年,最短半个月,多伴腹部疼痛;查体:腹部膨隆,腹部可触及大小约 10~20 cm 肿块,质软,活动度差,轻压痛,皮肤无红肿,墨菲征(-),1 例有移动性浊音。实验室检查:WBC 正常范围,肝肾功能检查未见异常。B 超:腹部囊性占位 5 例,其中 1 例怀疑巨大输尿管。

采用 GE 公司生产的 ProSpeed AL 螺旋 CT 机, Pitch 1.3, 120 kV, 160 mA, 层厚 5 mm, 层间距 5 mm, 扫描时间 1 s, 平扫和增强双期扫描,对比剂 300% 碘海醇 100 ml, 注射速率 2.5~3.0 ml/s, 内插 2.5 mm, 动脉期 25 s、静脉期 70 s, 内插 2.5 mm; 多层面重组 (multiplanar reformation, MPR) 方法包括冠状面、矢状面重组、任意角度图像重组及曲面重组。

6 例中,卵巢来源的囊性肿瘤 3 例,腹膜后囊性淋巴瘤 1 例,肾上腺囊肿 1 例,腹腔单纯囊肿 1 例。

CT 表现 卵巢来源的囊性肿瘤:3 例,1 例呈单房的囊性改变,2 例呈多房性囊内有分隔,其中 1 例囊内有壁结节。病灶最大直径 14 cm×20 cm, 平均 15 cm。囊壁薄,边界清,1 例囊内密度不均匀,2 例囊内密度均匀,CT 值 7.0~10.3 HU, 壁结节呈软组织密度,1 例囊内有弧状及条状钙化。增强扫描后 3 例病灶囊壁轻度强化,囊内无强化。周边脏器有推移现象 3 例,1 例腹腔内见腹水,3 例淋巴结均无肿大。

腹膜后囊性淋巴瘤:1 例,为囊性肿块,病灶呈单房囊性改变,囊内无分隔,无壁结节。病灶最大直径 12 cm×15 cm, 囊壁薄,边界清,病灶内密度均匀,CT 值 6.2~8.5 HU, 囊内无钙化。周边脏器推移,病变有向周围间隙蔓延生长趋势,并同时累及多个间隙,腹腔内未见腹水及淋巴结肿大。

肾上腺囊肿:1 例,起源于肾上腺区,1 例为囊性肿块,病灶呈单房囊性改变,囊内有分隔,无壁结节。病灶最大直径

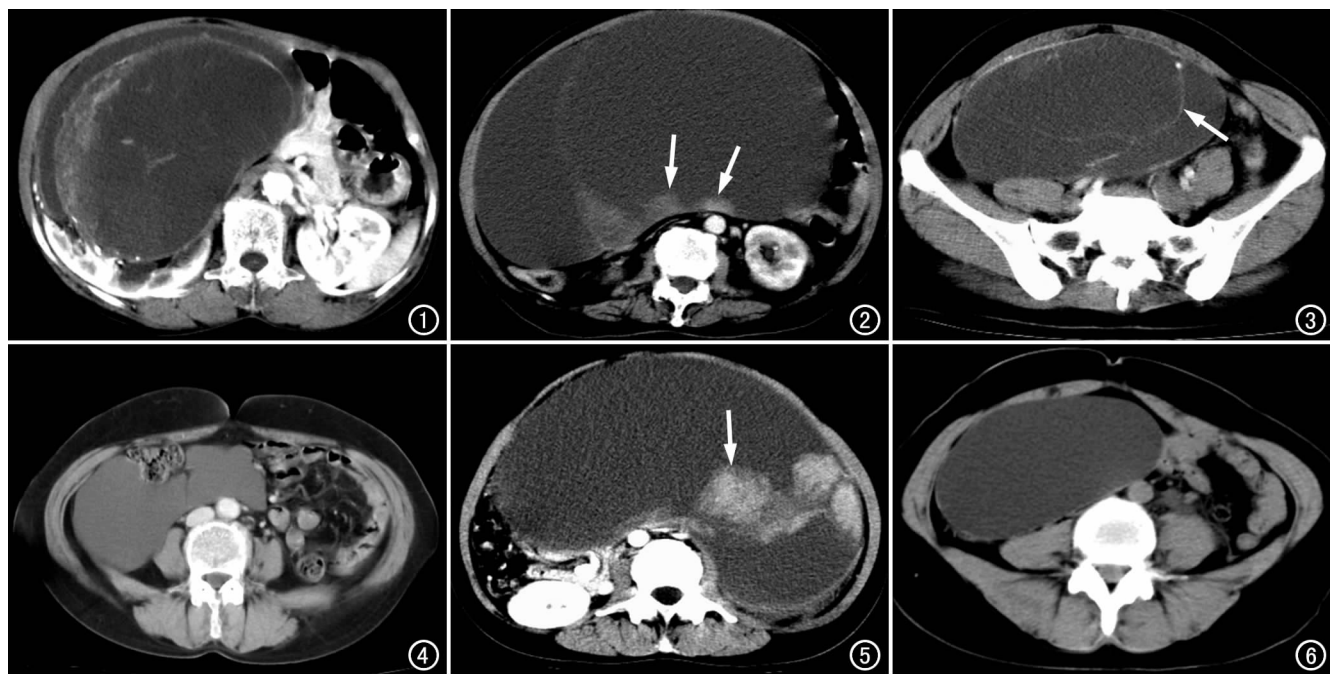


图 1 卵巢黏液性囊腺癌。右上腹囊性肿块,囊内有分隔,肾脏受压变形,肾周见水样密度,增强囊壁轻度强化。图 2 卵巢浆黏液性囊腺癌。多囊性肿块,囊内见壁结节,增强壁结节强化(箭)。图 3 卵巢黏液性囊腺癌。囊壁薄,内呈水样密度,囊内见分隔(箭),增强囊壁轻度强化。图 4 囊性淋巴瘤。腹膜后巨大囊性块,病变有向周围间隙蔓延生长趋势,并同时累及多个间隙,增强病灶无强化。图 5 肾上腺囊肿。左上腹巨大囊性肿块,内见斑片状密度增高影(箭),病理为囊内出血,增强囊壁轻度强化。图 6 腹腔单纯囊肿。卵圆形囊性肿块,囊壁薄,囊内密度均匀,增强病灶无强化。

14 cm×20 cm,囊壁薄,边界清,病灶内见斑片状高密度影,CT值 6.2~48 HU,囊内无钙化,增强囊壁轻度强化,肾周间隙见水样低密度影与病灶相连,肾脏受压变形,腹腔其他脏器有被推移现象,腹腔内未见腹水及淋巴结肿大。

腹腔单纯囊肿:1 例为囊性肿块,病灶呈单房性,囊内无分隔,无壁结节。病灶最大直径 9 cm×13 cm,囊壁薄,边界清,病灶内密度均匀,CT 值 5.2~7.6 HU,囊内无钙化。增强后肿块不强化,腹腔内未见腹水及淋巴结肿大。

6 例均经手术病理证实。卵巢来源囊性肿瘤 3 例,其中卵巢黏液性囊腺瘤、浆液性囊腺瘤、黏液性囊腺瘤各 1 例;腹膜后淋巴管瘤 1 例;肾上腺囊肿 1 例,腹腔单纯囊肿 1 例。

讨论 腹部巨大囊性肿瘤不为少见,其中卵巢源肿瘤较为常见,而囊性淋巴管瘤及肾上腺囊肿较为少见,本病好发于女性,本组 6 例均为女性,年龄 40~74 岁。

囊腺瘤、囊腺癌是常见的卵巢肿瘤,来源于卵巢上皮组织,卵巢上皮肿瘤约占全部卵巢肿瘤的 60%^[3]。在病理上最常见的是浆液性和黏液性肿瘤,多发生于育龄妇女。根据组织学和临床表现可分为良性、边缘性(低度恶性可能)和恶性。良性多于恶性,本组 3 例中仅 1 例为良性,这可能于本文选择腹腔巨大囊性肿瘤例数少有关。

卵巢黏液性或浆液性囊腺瘤大多系浆液性或黏液性囊腺瘤恶变而来,是卵巢中最常见组织类型,占卵巢恶性肿瘤 2/3^[2],CT 的特征性表现为囊壁增厚,不规则,有乳头状物突出囊外或突入囊内,肿瘤内的组织成分比例大,并可伴有坏死。其中实质性非脂肪的软组织密度结节或肿块是恶性的最有力的证据,其它 CT 表现有盆腔器官的侵犯或种植、腹水和淋巴结

肿大等^[3]。根据上述表现可与有光滑的薄壁、液性成分比例的良性囊腺瘤鉴别。本组囊腺癌 2 例,囊腺瘤 1 例,2 例术前根据 CT 表现作出了正确诊断,其中另 1 例异位卵巢黏液性囊腺瘤术前未能作出正确诊断;但良、恶性的 CT 表现常有重叠,特别介于良、恶性之间的边缘性的早期或轻度恶变者中,CT 作出正确诊断常有困难。

囊性淋巴管瘤:是由于胚胎发育障碍、淋巴管增殖扩张所致;亦可继发于手术后淋巴管阻塞,因淋巴管回流障碍致囊性扩张。病变可发生于任何年龄,常见于颈部、胸部、腋窝极少发生在腹膜后。囊肿呈弥漫性生长者罕见。临床上多无症状,有时可表现为腹部包块,CT 主要特点为单房或分隔成多房水样密度囊性肿块,本例为单房,边缘清楚,囊壁薄而光整,病变有向周围间隙蔓延生长趋势,并同时累及多个间隙,邻近组织多不累及,增强后病灶无强化^[1]。

肾上腺囊肿:起源于肾上腺组织,肿块位于肾上腺区,肿瘤边界光整,肾脏受压变形,肾周间隙与囊性肿块相连,邻近组织不累及,增强扫描囊壁轻度强化。

参考文献:

- [1] 冯亮,陈君坤,卢光明,等. CT 读片指南[M]. 南京:江苏科学技术出版社,2000. 417.
- [2] 楼分兰,向可伟,潘芝海,等. 原发性卵巢恶性肿瘤的 CT 表现及分期[J]. 临床放射学杂志,2001,20(8):608.
- [3] Jeong YY, Ootwater EK, Kang HK. Imaging Evaluation of Ovarian Masses[J]. RadioGraphics, 2000, 20(2):1445.

(收稿日期:2006-05-08)

第十四届全国临床医学影像学学术会议 暨医学影像学及介入放射学新进展继续教育学习班征文通知

第十四届全国临床医学影像学学术会议暨医学影像学及介入放射学新进展继续教育学习班拟定于 2007 年 10 月在深圳市举办。届时将邀请国内著名专家前来讲学。

1. 征文内容

①医学影像学诊断:普通 X 线、CT、MRI、DR、CR、PET、ECT、超声、短篇报道、病例讨论;②介入放射学;③影像的传输和存储管理系统;④医学影像学诊断设备的改良、维修、管理的经验和总结 and 介绍。

2. 征文要求

①论文全文 2500 字以内,需附 500~800 字的摘要;②请附单位介绍信,写清作者单位、详细通讯地址及邮编,录用与否均不退稿;③已在全国公开发刊物上发表的论文不再采用;④请在信封上注明“会议征文”。

3. 会议形式

会议将以专家讲座、专家答疑、专题报告、继续教育项目为主,同时进行优秀论文交流。会议将根据听课及考试情况颁发国家级继续医学教育学分证书(医学影像学及介入放射学新进展继续教育课程 10 学分)

联系地址:110004 沈阳市和平区三好街 36 号《中国临床医学影像杂志》编辑部 王丽萍 收

电话(传真):024-23925069 E-mail:jccmisys2005@yahoo.com.cn

截稿日期:2007 年 7 月底。