

《请您诊断》病例 26 答案:卵泡膜纤维瘤一例

周梅玲, 严福华

【中图分类号】R445.2; R737.3 【文献标识码】D 【文章编号】1000-0313(2009)04-0462-02

病例资料 女, 74 岁, 自觉下腹部肿块 3 个月。患者一般情况好, 神志清, 精神状态可, 食欲、体重、睡眠及大小便均无明显异常。既往体健, 否认结核及肝炎病史。绝经 12 年。

查体: T 37℃, P 80 次/分, R 20 次/分, BP 140/80 mmHg。双肺呼吸音清晰, 肝脾肋下未触及, 未触及浅表淋巴结肿大。妇科检查: 阴道通畅; 宫颈光滑; 宫体触及不满意, 盆腔内可扪及直径约 8 cm 实质性肿块, 边界欠清, 活动度尚好。

实验室检查: CEA 1.2 ng/ml, CA125 17.07 IU/ml, 促黄体生成素(LH) 23.73 mIU/ml, 促卵泡生成激素 41.06 mIU/ml, 雌二醇 59.4 pmol/l, 孕酮 0.58 nmol/l。

盆腔 MRI: 子宫左后方见实质性肿块, 呈分叶状, 边缘清楚, 与子宫分界较清, T₁WI、T₂WI 均为低信号, 信号较均匀(图 1~3); 增强扫描早期肿块无明显强化(图 4); 延迟期肿块有轻度强化, 信号不均匀(图 5、6)。盆腔内见少量积液。

手术所见: 术中见子宫前位, 萎缩, 左卵巢实质性分叶肿瘤 9 cm×6 cm×5 cm, 呈黄白色, 粘连于阔韧带后叶与盆底, 左输卵管及右附件外观正常。行全子宫及双侧附件切除术。

病理结果: 左卵巢见一淡黄色肿块, 9 cm×6 cm×4 cm, 包膜完整, 剖面呈淡黄色均质改变, 质中。病理诊断: (左附件) 卵泡膜纤维瘤, 输卵管未见特殊。子宫内膜呈萎缩性改变, 右附件萎缩性改变。

讨论 卵泡膜纤维瘤是起源于原始性腺中的性索及间质

组织的良性肿瘤, 占全部卵巢肿瘤的 4%~6%^[1,2]。常发生于老年女性, 平均年龄为 59 岁, 将近 2/3 的患者发生在绝经后^[3]; 肿瘤增大则引起腹痛、腹胀和腹部包块等症状, 也可有腹水; 有内分泌活性的肿瘤可引起女性化或男性化症状, 术后多消退。该病多为单侧发生, 极少为双侧。肿瘤体积大小不等, 常为圆形或卵圆形, 也可呈分叶状。表面光滑, 境界清楚, 被覆光滑而薄的纤维包膜。肿瘤常为实性, 质较硬, 有些病例中可出现囊性区。切面组织为黄白色或亮黄色^[4]。很少见到广泛钙化。

影像学表现: 卵泡膜纤维瘤一般为实质性肿瘤, 形态多为类圆形、椭圆形, 部分为分叶状不规则, 边界清楚^[5]。由于含有丰富的纤维成分, MRI T₁WI 和 T₂WI 上均表现为边界清楚的低信号肿块^[6], 较有特征性; 无变性坏死时信号较均匀, 增强后肿瘤仅轻度强化^[7]。部分患者可见盆腔积液。

鉴别诊断: 卵泡膜纤维瘤较大时可压迫子宫, 需与子宫浆膜下或阔韧带内肌瘤相鉴别, MRI T₂WI 均可表现为低信号, 但后者增强后通常强化明显, 且发病年龄多为 50 岁以下, 不合并腹水, 而前者强化不明显, 多发生于 50 岁以上, 可合并腹水。卵巢颗粒细胞瘤也属于性索间质来源的肿瘤, 有时与卵泡膜纤维瘤易混淆, 前者以实性肿块内多发囊变最常见, T₂WI 上多为混杂高信号, 同时结合雌激素水平高的表现, 不难鉴别。单纯纤维瘤以及 Brenner 瘤与卵泡膜纤维瘤的影像学表现也很相似, 均含有丰富的纤维成分, 病灶为低信号, 单靠影像学难以鉴别,

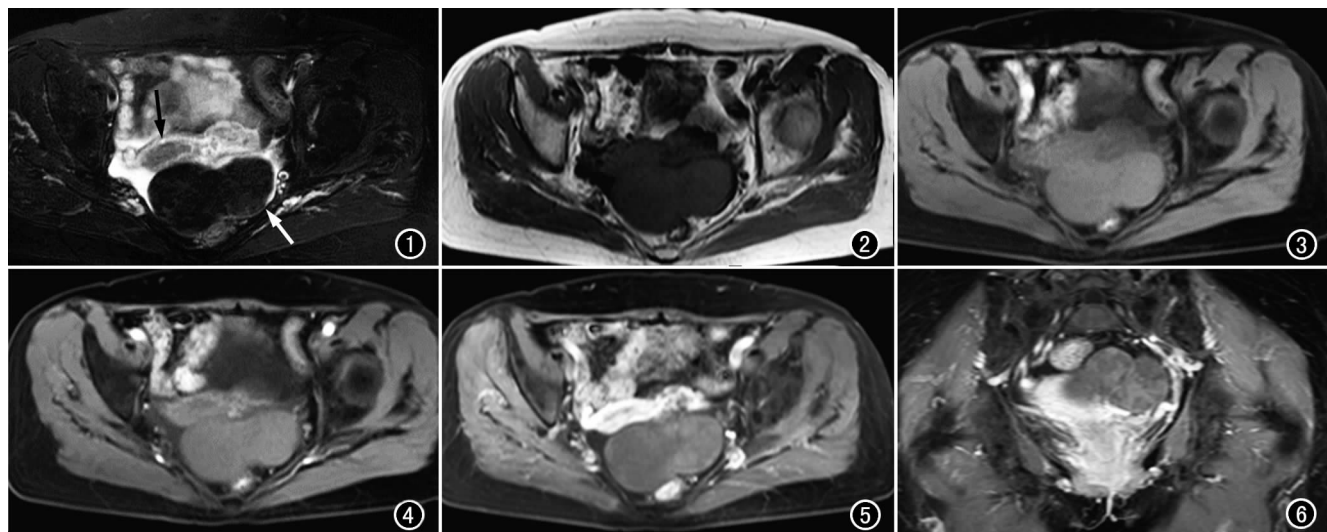


图 1 MRI 平扫横断面 T₂WI 抑脂相, 示子宫较小(黑箭), 偏右侧, 其左后方见椭圆形分叶状肿块(白箭), 呈明显低信号, 边界清楚, 病灶周围见少量高信号的积液。图 2 平扫横断面 T₁WI, 示肿块呈均匀低信号。图 3 横断面 T₁WI 抑脂相, 肿块呈均匀等低信号, 与肌肉信号相似。图 4 MRI 增强早期, 肿块无明显强化。图 5 MRI 增强延迟期横断面, 示肿块轻度强化, 信号不均匀。图 6 MRI 增强延迟期冠状面, 示肿块轻度强化, 信号略不均匀, 子宫强化均匀, 后缘略受压, 分界清楚。

作者单位: 200032 上海, 复旦大学附属中山医院放射科

作者简介: 周梅玲(1981-), 女, 安徽人, 住院医师, 博士, 主要从事腹部疾病影像诊断工作。

需靠手术病理证实。

(注:1 mmHg=0.133 kPa)

参考文献:

- [1] Ovadia J, Godlan G. Ovarian Masses in Postmenopausal Women [J]. Int J Gynecol Obstet, 1992, 39(1): 35-39.
- [2] Koonings PP, Campbell K, Mishell DR, et al. Relative Frequency of Primary Ovarian Neoplasms: a 10-year Review[J]. Obstet Gynecol, 1989, 74(6): 921-926.
- [3] Bjorkholm E, Silfversward C. Theca-cell Tumors: Clinical Features and Prognosis[J]. Acta Radiol, 1980, 19(4): 241-244.
- [4] 刘元姣, 曹来英. 妇产科疾病诊疗学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2002. 757.
- [5] Bazot M, Ghossain MA, Buy JN, et al. Fibrothecomas of the Ovary: CT and US Findings[J]. J Comput Assist Tomogr, 1993, 17(5): 754-759.
- [6] Sala EJ, Atri M. Magnetic Resonance Imaging of Benign Adnexal Disease[J]. Top Magn Reson Imaging, 2003, 14(4): 305-327.
- [7] Outwater EK, Siegelman ES, Talerman A, et al. Ovarian Fibromas and Cystadenofibromas: MRI Features of the Fibrous Component [J]. J Magn Reson Imaging, 1997, 7(3): 465-471.

(收稿日期: 2008-09-22)

专家点评

卵泡膜纤维瘤是少见的卵巢良性肿瘤, 是卵泡膜-纤维瘤组肿瘤中的其中一型, 当卵泡膜细胞瘤老化时纤维成分增多, 形成富含卵泡膜细胞和纤维细胞两种成份的肿瘤。即卵泡膜纤维瘤。肿瘤好发于一侧卵巢, 多为中等大小的实性肿瘤, 常为圆形或卵圆形, 也可呈分叶状。质地较硬, 有些病例中可出现囊性区。卵泡膜纤维瘤多发生于 50 岁以上妇女, 常见于 50~60 岁绝经后女性, 约 30%~50% 无临床症状, 约 10%~15% 并发腹水, 1% 并发胸、腹水, 具此三者称之为 Meigs 综合征, 当肿瘤切除后, 胸腹水消失。手术切除肿瘤后, 很少复发, 愈后良好。

卵泡膜纤维瘤在 CT 和超声上缺乏特征性, 诊断较为困难, 当合并卵巢畸胎瘤、囊肿或子宫肌瘤时, 甚至会漏诊。但 MR 上其有一定的特征性。因富含纤维成分, T₁WI 和 T₂WI 上均表现为边界清楚的低信号肿块, 无坏死囊变时信号较均匀。因血供较少, 增强后肿瘤仅有轻度强化。部分患者可见盆腔积液。这种表现有助于和其他肿瘤如子宫肌瘤、卵巢颗粒细胞瘤鉴别, 但和单纯纤维瘤以及 Brenner 瘤的鉴别仍有一定困难, 需手术病理证实。

(上海复旦大学附属中山医院 严福华)

中华临床医师杂志(电子版)征稿、征订

由中华人民共和国卫生部主管, 中华医学会主办, 中华医学电子音像出版社出版的中华临床医师杂志(电子版)ISSN 1674-0785 CN 11-9147/R 于 2007 年正式创刊, 月刊, 以光盘附纸质导读形式面向全国公开发行人, 邮发代号: 80-728。本刊为《万方数据——数字化期刊群》全文上网期刊, 《中国核心期刊(遴选)数据库》《中文科技期刊数据库(全文版)》《中国学术期刊网络出版总库》收录期刊。

主要栏目: 述评、专家笔谈、临床研究、实验研究、综述、临床经验、病例报告等。

本刊特色栏目: 讲座(视频)、外科手术案例分析(视频)、影像及电生理诊断典型图像分析(动态图像)。欢迎投稿!

2009 年度, 本刊将陆续刊出 24 个重点栏目, 每期包含 5~10 个精品视频。同时, 本刊特别邀请北大第一医院录制病例讨论系列视频。其内容详实, 图像清晰, 全部由临床一线名家主讲, 是广大临床医师难得的学习资料。欢迎订阅!

投稿信箱: 100035 北京市 100035-50 信箱 编辑部 收

电话: 010-62219211 传真: 010-62234701

电子邮件: Lcdoctor@163.com 网址: www.clinicmed.net