

- [2] 曹建民, 储玉山, 孔伟东, 等. 股骨头缺血性坏死的血管造影及分型[J]. 中国介入影像与治疗学, 2006, 3(5): 321-324.
- [3] 张工化, 宋太民, 崔红领, 等. 成人非创伤性股骨头缺血性坏死 DSA 表现及介入治疗疗效观察[J]. 中国医学影像技术, 2002, 18(11): 1141-1143.
- [4] 周伟生, 王芳军, 林宜圣, 等. 股骨头缺血性坏死血管造影及血供初步研究[J]. 影像诊断与介入放射学, 2003, 12(2): 68-70.
- [5] Theron J. Superselective angiography of the hip: technique, normal features, and early features, and early results in idiopathic necrosis of the femoral head[J]. Radiology, 1977, 124(5): 649-657.
- [6] 曹建民, 陈君坤, 黄伟. 股骨头坏死介入溶栓治疗[J]. 金陵医院学报, 1999, 12(2): 85-86.
- [7] 李喜东, 褚建国, 范力军, 等. 股骨头缺血性坏死的介入治疗[J]. 中

华放射学杂志, 1995, 29(11): 753-756.

- [8] Mont MA, Jones LC, Seyler TM, et al. New treatment approaches for osteonecrosis of the femoral head: an overview [J]. Instr Course Lect, 2007, 56(2): 197-212.
- [9] Lee JS, Lee LS, Roh HL, et al. Alterations in the differentiation ability of mesenchymal stem cells in patients with nontraumatic osteonecrosis of the femoral head: comparative analysis according to risk factor[J]. J Orthop Res, 2006, 24(4): 604-609.
- [10] Tzaribachev N, Vaegler M, Schaefer J, et al. Mesenchymal stromal cells: a novel treatment option for steroid-induced avascular osteonecrosis[J]. Isr Med Assoc J, 2008, 10(3): 232-234.

(收稿日期: 2011-02-14 修回日期: 2011-08-11)

• 病例报道 •

卵巢恶性中胚叶混合瘤一例

李永华, 李彦, 刘国红, 毛巍, 杨光

【中图分类号】R814.42; R737.31 【文献标识码】D 【文章编号】1000-0313(2011)11-1215-01

病例资料 患者, 女, 62 岁。因 2 个月前发现右下腹可触及鹅卵大小肿块、半个月前自觉排便不畅而入院。查体: 右下腹可触及约 7 cm×7 cm 的实性肿块, 质硬, 边界尚清, 略有压痛。肛诊: 距肛门约 4 cm 处直肠前壁可触及包块。实验室检查: AFP2.09 ng/ml, CA125 77.50 U/ml, CA199 12.7 U/ml。盆腔超声示宫颈后方大小约 7.3 cm×8.1 cm×8.0 cm 的中等回声区, 边界清、形态规则, 其内可见 5.1 cm×2.7 cm 不规则液性暗区, 此包块与宫颈分界不清; 右附件区髂血管前可见一大小约 7.3 cm×6.6 cm×5.7 cm 的囊实性包块, 边界规则。CT 平扫示膀胱右上方有一囊性密度影, 边界清晰, 内有分隔(图 1、2); 膀胱后方可见一软组织密度肿块影, 密度不均, 其内可见片状低密度区, 肿块与子宫分界不清, 子宫形态显示不清(图 3、4)。手术所见: 于右侧卵巢有约直径 8 cm 的肿块, 质中等。于阴道及直肠前壁有一约 8 cm×8 cm 大小的肿块, 粘连重, 部分切除, 快速病理切片提示卵巢恶性肿瘤(腺癌)并直肠及阴道浸润, 行宫颈全切及宫体部分切除。免疫组化结果: 波形蛋白(++)、细胞角蛋白(++)、ER(++), PR(-)。病理诊断右侧卵巢恶性中胚叶混合瘤(同源性); 膀胱右上方囊性肿块为右卵巢浆液性囊肿。

讨论 卵巢恶性中胚叶混合瘤(malignant mixed mesodermal tumors of the ovary, MMMTO)非常少见, 来源于苗勒管中胚层, 发病率不及卵巢原发性恶性肿瘤的 1%, 约占卵巢上皮恶性肿瘤的 1.43%^[1]。MMMTO 含有上皮和间叶两种成分, 而且两者都是恶性的, 但免疫组化及遗传学研究支持两种成分均是单克隆起源的, 多数卵巢恶性中胚叶混合瘤发生在绝经后妇女^[2]。肿瘤常发生出血、坏死, 故常见症状是子宫增大和出血。因此肿瘤影像学缺乏特异性, 故早期诊断非常困难。本瘤在病理诊断方面主要和以下肿瘤鉴别。①卵巢未成熟性畸胎瘤: 多见于儿童和年轻女性, 包含有 3 个胚层成分, 神经外胚层



图 1 CT 平扫示右侧附件区囊性占位, 密度均匀(箭)。

图 2 稍下层面示肿块边界清晰(箭), 其内有分隔。图 3 盆腔 CT 平扫示膀胱后方软组织密度肿块影(箭), 边界较清, 密度不均, 可见片状低密度区, 肿块与子宫分界不清。图 4 矢状面重组图像示 2 个病灶分别位于膀胱右上方及膀胱左侧(箭)。

成分较明显。未成熟性畸胎瘤中的软骨具有胚胎或胎儿表现, 而 MMMTO 中的软骨通常类似于分化差的软骨肉瘤, 具有明显的核非典型性; ②Sertoli-Leyding 肿瘤: 多发生于年轻女性且常伴有男性化, 免疫组化示抑制素(+), EMA(-), 而恶性苗勒管源性混合瘤则相反。

参考文献:

- [1] 李洪君, 石素胜, 章文华. 卵巢恶性中胚叶混合瘤 12 例临床分析[J]. 中华肿瘤杂志, 1998, 20(6): 460-462.
- [2] Sternberg SS, 回允中. 诊断外科病理学(下卷)[M]. 北京: 北京大学医学出版社, 2003. 2333.

(收稿日期: 2011-02-30 修回日期: 2011-06-21)

作者单位: 072750 河北, 涿州市医院影像科

作者简介: 李永华(1977-), 男, 河北涿州人, 主治医师, 主要从事 CT 影像诊断工作。