

子宫平滑肌脂肪瘤一例

马黎斌, 夏进东, 王伟时, 杨道华

【中图分类号】R814.41; R445.2; R737.33 【文献标识码】D 【文章编号】1000-0313(2012)12-01412-02

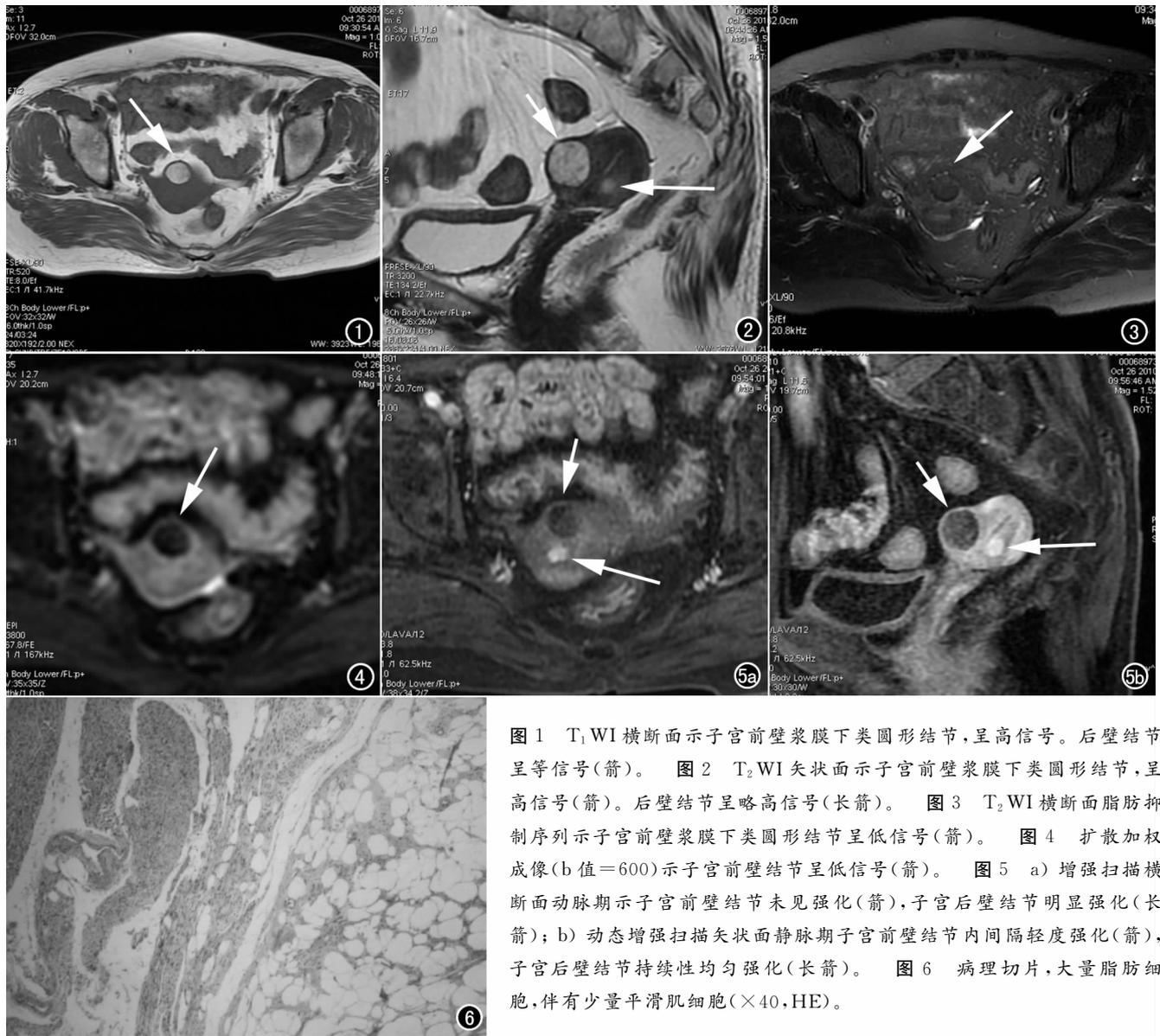


图1 T₁WI横断面示子宫前壁浆膜下类圆形结节,呈高信号。后壁结节呈等信号(箭)。图2 T₂WI矢状面示子宫前壁浆膜下类圆形结节,呈高信号(箭)。后壁结节呈略高信号(长箭)。图3 T₂WI横断面脂肪抑制序列示子宫前壁浆膜下类圆形结节呈低信号(箭)。图4 扩散加权成像(b值=600)示子宫前壁结节呈低信号(箭)。图5 a)增强扫描横断面动脉期示子宫前壁结节未见强化(箭),子宫后壁结节明显强化(长箭);b)动态增强扫描矢状面静脉期子宫前壁结节内间隔轻度强化(箭),子宫后壁结节持续性均匀强化(长箭)。图6 病理切片,大量脂肪细胞,伴有少量平滑肌细胞(×40,HE)。

病例资料 患者,女,64岁,绝经13年,入院前6d无诱因少量阴道出血,淋漓不净。无明显腹痛及恶心、呕吐。妇科检查:外阴正常,阴道畅、少量暗红血迹,宫颈光滑,宫体中位、大小正常、无压痛。双侧附件区未扪及肿块及压痛。血清学检查未见异常生化指标。

B超示子宫内膜增厚约5mm,子宫肌瘤20mm×18mm×20mm。MRI示子宫体前壁浆膜下一大小约19mm×17mm×19mm异常信号结节,T₁WI和T₂WI均呈稍高信号(图1、2),

结节内线状低信号间隔,T₁WI和T₂WI压脂序列结节呈低信号改变(图3)。DWI(B值=600)扩散未见明显受限(图4)。LAVA增强扫描结节及间隔未见明显强化,仅见结节边缘轻度线状强化(图5)。子宫后壁肌壁间一直径约10mm异常信号结节,T₁WI等信号(图1),T₂WI略高信号(图2),LAVA增强扫描呈明显均匀强化(图5)。MRI诊断:子宫体前壁浆膜下含脂肪结节,考虑脂肪瘤或平滑肌脂肪变性。子宫体后壁肌壁间平滑肌瘤。

手术示宫体萎缩,子宫前壁一直径约20mm结节凸出子宫浆膜下。行子宫全切术。术后诊断:子宫平滑肌瘤。病理切片:离体子宫,宫体剖开,子宫前壁浆膜下见一枚直径约22mm实性灰白编织状质韧结节,子宫后壁肌壁间见一枚直径约

作者单位:201600 上海,上海交通大学附属第一人民医院松江分院放射科(马黎斌、夏进东、王伟时),病理科(杨道华)

作者简介:马黎斌(1975-),男,上海人,主治医师,主要从事腹部CT及MRI诊断工作。

11 mm 灰色实性结节。镜下:子宫前壁结节见广泛脂肪细胞,伴少量平滑肌细胞(图 6)。病理最终诊断:子宫前壁浆膜下平滑肌脂肪瘤,子宫后壁平滑肌瘤。

讨论 子宫平滑肌脂肪瘤(lipoleiomyoma of the uterus)是一种少见的良性肿瘤,国内外文献报道较少。报道发生率约为 0.03%~0.20%^[1]。好发于 30~76 岁的中老年绝经后女性,肿瘤常发生在子宫体肌壁内,也可位于子宫的任何部位如肌层浆膜、粘膜下、子宫颈部等^[2-3]。根据肿瘤发生的部位及大小可有不同的临床表现及体征,如盆腔区触及肿块、下腹部疼痛、月经不调、贫血、排尿困难等,经常合并子宫平滑肌瘤;亦可偶然发现而无任何临床症状及体征。病理组织学显示肿瘤由大量的脂肪组织,少量平滑肌及纤维组织构成。平滑肌脂肪瘤的脂质存在于脂肪细胞内。Tsushima 等^[4]认为子宫平滑肌脂肪瘤往往最有可能是子宫平滑肌瘤的脂肪变性发展而来。CT、MRI 及超声检查对于肿块的发现及鉴别均有较高的价值。CT 表现:可见与子宫关系密切的边界清楚的脂肪密度圆形或椭圆形肿块,内有少量间隔,增强扫描肿块及间隔无明显强化。MRI 表现:子宫肌层 T₁WI 及 T₂WI 均呈略高或高信号肿块,内见少量条状低信号纤维间隔。脂肪压脂序列肿块呈低信号改变。扩散加权肿瘤无明显扩散受限,呈低信号改变。增强扫描肿块及间隔无明显强化,肿块边缘呈环形强化(肿块边缘推移的子宫平滑肌)。超声表现:子宫壁内高回声团块,由于肿块压迫周围子宫平滑肌,而出现肿块周围低回声衰减。

子宫平滑肌脂肪瘤常需与子宫脂肪瘤、血管平滑肌脂肪瘤和畸胎瘤、梭形细胞脂肪瘤鉴别。①子宫脂肪瘤:在 CT 和 MRI 分别亦表现为脂肪密度肿块和短 T₁、长 T₂ 信号肿块,而病理组织学肿块内仅见成熟脂肪细胞及纤维组织,无平滑肌细胞,而平滑肌仅存在于肿瘤边缘^[6]。故影像学表现极为相似,

当平滑肌组织极少的时候影像学很难鉴别。②血管平滑肌脂肪瘤:由不同比例平滑肌、脂肪及血管组织构成,除脂肪成份表现外,增强扫描 CT 及 MRI 均有肿块不同程度强化,当血管成份稀少时,影像学鉴别较为困难。③畸胎瘤:好发卵巢,肿瘤由脂肪、毛发、牙齿、钙化、骨骼等不同比例组织成份构成,CT 可见肿块内有钙化、骨化及脂肪密度改变。MRI 由于是多方位成像,并具备优秀的软组织分辨力,有利于对肿块起源的鉴别。④梭形细胞脂肪瘤:在 HE 染色切片中,很难与平滑肌脂肪瘤区别,免疫组化染色有助于鉴别诊断。梭形细胞 CD34 阳性,α-SMA 阴性支持梭形细胞脂肪瘤的诊断;反之,则支持平滑肌脂肪瘤的诊断。临床方面对于无症状性子宫平滑肌脂肪瘤往往无需临床处理。

参考文献:

- [1] Prieto A, Crespo C, Pardo A, et al. Uterine lipoleiomyomas: US and CT findings[J]. *Abdom Imaging*, 2000, 25(6): 655-657.
- [2] Kazuhiro Kitajima, Yasushi Kaji, Kazufumi Imanaka, et al. MRI findings of uterine lipoleiomyoma correlated with pathologic findings[J]. *Am. J. Roentgenol*, 2007, 189(2): 100-104.
- [3] 熊焰, 徐钢, 宋林红, 等. 子宫平滑肌脂肪瘤 3 例[J]. *临床与实验病理学杂志*, 2005, 21(5): 632.
- [4] Aizenstein R, Wilbur AC, Aizenstein S. CT and MRI of uterine lipoleiomyoma[J]. *Gynecol Oncol*, 1991, 40(3): 274-276.
- [5] Tsushima Y, Kita T, Yamamoto K. Uterine lipoleiomyoma: MRI, CT and ultrasonographic findings[J]. *Br J Radiol*, 1997, 70(838): 1068-1070.
- [6] Willen R, Gad A, Willen H. Lipomatous lesions of the uterus[J]. *Virchows Arch A Pathol Anat Histol*, 1978, 377(4): 351-361.

(收稿日期: 2011-09-15)

· 外刊摘要 ·

对持续 PSA 升高且活检肿瘤阴性的门诊患者前列腺癌的诊断

Scheidler J, Weöres I, Brinkschmidt C, et al

目的:前列腺癌患者首次行经直肠活检(Bx)时有约 20% 的假阴性结果,特别是直肠镜(DRE)或经直肠超声(TRUS)结果阴性的患者。本研究的目的是探讨在门诊多阅片者环境下经直肠前列腺 MRI 对临床上选择这类患者中适行再次活检者的辅助诊断价值。**方法:**连续选取 115 例持续 PSA 升高而活检、DRE、TRUS 阴性的患者行前列腺 MRI 检查,包括横轴面和冠状面 T₂WI 及横轴面 T₁WI。首先由一位值班的 MRI 医师对肿瘤可疑还是无肿瘤作出初步判断。然后,由一位前列腺 MRI 诊断专家和一位经过规范化培训的腹部影像学医师分别进行阅片和诊断,分析阅片者诊断经验对肿瘤检出的影响。并将 MRI 检查结果与再次活检(61 例)或临床随访结果(至少 2 年)进行对照。**结果:**初次阅片, MRI 的诊断敏感度为 83%, 特异度为

69%, 阳性和阴性预测值为 33% 和 96%。受试者工作特征曲线分析显示前列腺 MRI 诊断专家与经过规范化培训的腹部影像学医师间的诊断结果有很好的 consistency(曲线下面积分别为 0.88 和 0.66, P<0.001)。根据初诊结果,本研究中 MRI 诊断前、后(肿瘤阴性)患者为前列腺癌的可能性由 17.4% 降至 5.0%。**结论:**在门诊多阅片者环境下 MRI 有助于临床选择适宜行再次活检的患者。对于 MRI 检查结果为肿瘤阴性的患者其发生 PCa 的可能性降至 5%, 使更多的患者只需临床随访而不需要行再次活检。专业训练和经验可以提高前列腺 MRI 的肿瘤检出率。

华中科技大学同济医学院附属同济医院 杨岷译 夏黎明校
摘自 *Fortschr Röntgenstr*, 2012, 184(2): 130-135.