

dose of 100kVp versus 120kVp ECG-gated 16-slice CT coronary angiography[J]. Korean J Radiol, 2009, 10(3): 235-243.

- [14] Moscariello A, Takx RA, Schoepf UJ, et al. Coronary CT angiography: image quality, diagnostic accuracy, and potential for radiation dose reduction using a novel iterative image reconstruction

technique-comparison with traditional filtered back projection [J]. Eur Radiol, 2011, 21(10): 2130-2138.

- [15] 王贵生, 商建华, 李剑颖, 等. 64 层螺旋 CT 心脏检查中体重指数和射线剂量关系的研究[J]. 医学影像学杂志, 2008, 18(5): 473-477. (收稿日期: 2013-01-23 修回日期: 2013-02-07)

盆腔内中肾管腺癌一例

• 病例报道 •

李善杰

【中图分类号】R739.9; R814.42; R445.2 【文献标识码】D 【文章编号】1000-0313(2013)05-0500-01

【关键词】中肾管肿瘤; 体层摄影术, X 线计算机; 磁共振成像

病例资料 患者, 女, 42 岁, 纳差、乏力、消瘦半年, 间断性发热两个月, 腰骶部疼痛半个月。查体: 体质消瘦, 贫血貌, 左下腹部深压痛阳性, 腰骶部压痛阳性。实验室检查: WBC $9.9 \times 10^9/L$, N% 79.6%, RBC $3.6 \times 10^{12}/L$, HCB 80 g/L, MCV 79.2 fl, MCH 22.2 pg, MCHC 281 g/L, PLT $621 \times 10^9/L$, 血沉 100 mm/H, C 反应蛋白 110 mg/L, ASO 521 U/mL, RF 291 U/mL, CEA 6.9 ng/mL, CA125 352.6 u/mL。彩超: 子宫后位, 子宫轮廓欠清, 宫体大小约 51 mm × 50 mm × 44 mm, 内膜线显示欠清, 子宫左侧可见大小约 101 mm × 84 mm × 98 mm 不均质实性团块, 彩色多普勒血流显像示周边及团块内可见短束状血流信号, 频谱多普勒: 测得一支动脉血流最大流速约 42.6 cm/s, RI 值约 0.50, 子宫受压向右侧移位, 双侧卵巢显示不清。彩超诊断: 盆腔实性占位(浆膜下子宫肌瘤, 左附件区肿瘤待排)。CT 扫描: 子宫体、底部左侧缘可见巨大类圆形包块, 内缘与子宫分界不清, 呈钝角相连, 直径约 9.0 cm, 其内密度不均, 主体呈软组织密度影(图 1a)。CT 诊断: 盆腔占位性病变。MRI 扫描: 盆腔内可见巨大团块状呈 T₁WI 等、低信号, T₂WI 呈等、高混杂信号, 大小约 85 mm × 105 mm × 100 mm, 肿块上部呈 T₁WI 高信号、T₂WI 高信号, 大小约 20 mm × 30 mm × 45 mm, DWI 示病灶呈等高信号, 子宫受压向右侧移位, 肿块与子宫分界不清, 子宫浆膜层似包绕肿块, 左侧附件显示不清, MRI 增强扫描肿块囊性部分未见强化, 实性部分及肿块边缘可见明显强化。MR 诊断: 盆腔占位性病变, 考虑为浆膜下子宫肌瘤, 但不除外恶变(图 1b~d)。手术及病理所见: 左侧子宫角处可触及一大小约 10 cm × 10 cm 包块, 将子宫压向右侧, 质韧、包膜光整, 左侧附件被肿瘤包绕, 子宫后壁与乙状结肠粘连紧密。将左侧附件自瘤体剥除, 见左侧附件色灰, 无血运, 切除左侧附件, 牵开瘤体表面包膜, 自肿瘤上界小心游离肿瘤, 将瘤体自子宫后壁完整剥离, 送病理检查。病

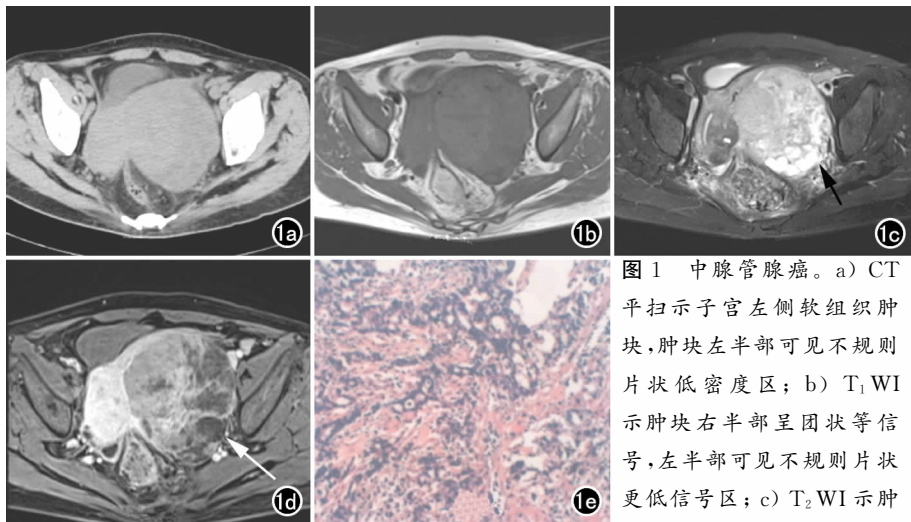


图 1 中腺管腺癌。a) CT 平扫示子宫左侧软组织肿块, 肿块左半部可见不规则片状低密度区; b) T₁WI 示肿块右半部呈团块等信号, 左半部可见不规则片状更低信号区; c) T₂WI 示肿

块右半部呈团块稍高信号, 左半部呈信号混杂, 后外侧呈囊泡状结构(箭), 子宫明显受压右移; d) T₁WI 增强扫描示肿块呈不均匀强化, 右半部病变中心可见无强化坏死区, 左半部可见蜂窝状强化, 其内可见囊状无明显强化区域(箭); e) 镜下可见大小不等腺管, 呈畸形且不规则分散排列, 核深染, 可见上皮细胞移行(×100, HE)。

理诊断: 子宫浆膜层中肾管源性腺癌并广泛变性坏死(图 1e); 输卵管慢性炎症。

讨论 中肾管肿瘤是一种罕见的肿瘤, 文献主要以个案形式报道中肾管囊肿多见, 而中肾管腺癌报道极少, 其起源于胚胎时期残存的中肾管组织。胚胎发育中, 无论男性或女性, 在胚胎发育早期都发生一对中肾管及一对副中肾管, 这两对管道将分别发育成男女生殖管道, 称为原始生殖管道。中肾管在输卵管系膜中走向内侧子宫侧壁及宫颈侧, 再沿阴道前壁行走止于阴道口, 若途中任何部位退化不全, 中肾管上皮生长, 都有可能形成肿瘤, 甚至恶变。

本例中肾管腺癌发生于子宫左侧壁, 表现为以实性为主的囊实性肿块, 实性部分强化明显, 其内可见不均匀分布的无强化变性坏死区, 坏死区以远子宫侧为主, 近子宫侧坏死区较小, 可能与肿瘤发生部位有关。影像学表现主要与子宫内膜样癌、子宫肌瘤、颗粒细胞瘤、腺瘤样瘤以及支持-间质细胞瘤相鉴别。

中肾管腺癌发病罕见, 影像学表现缺乏特征性, 目前尚无明确的诊断标准, 高分辨力 CT 和高场磁共振对本病的诊断具有重要价值, 诊断困难时需进行病理检查。

(收稿日期: 2012-10-24 修回日期: 2012-12-25)

作者单位: 453000 河南, 解放军第三七一医院放射科

作者简介: 李善杰(1983-), 男, 河南新乡人, 住院医师, 主要从事磁共振的影像诊断工作。