

论 著

卵泡膜-纤维瘤组肿瘤和浆膜下子宫肌瘤的CT鉴别诊断

江苏省南通市中医院放射科
(江苏 南通 226001)

葛芳清 刘灵灵

【摘要】目的 提高卵泡膜-纤维瘤组肿瘤和浆膜下子宫肌瘤的CT鉴别诊断。**方法** 回顾性分析8例卵泡膜纤维瘤和16例浆膜下子宫肌瘤的临床及CT表现。**结果** 卵泡膜纤维瘤组:肿瘤大多与子宫分界清楚,由卵巢动脉供血,增强肿瘤轻度延迟强化,可有“纤细血管征”,可合并子宫内膜增厚及腹水。浆膜下子宫肌瘤:肿瘤大部分与子宫分界不清,由子宫动脉供血,增强肿瘤强化较明显,可有“漩涡征”。**结论** 通过观察肿瘤与子宫的关系、CT增强表现、供血动脉及是否合并子宫内膜增厚、腹水等,有助于卵泡膜-纤维瘤组肿瘤和外突浆膜下子宫肌瘤作出诊断和鉴别诊断。

【关键词】 卵巢肿瘤; 子宫; 平滑肌瘤; 体层摄影术, X线计算机

【中图分类号】 R737.31

【文献标识码】 A

DOI: 10.3969/j.issn.1672-5131.2018.10.034

通讯作者: 葛芳清

CT Differential Diagnosis of the Group of Ovarian Thecoma-fibroma and Suberous Uterine Leiomyoma

GE Fang-qing, LIU Lin-lin. Department of Imaging, Nantong Hospital of Traditional Chinese Medicine, Nantong 226001, Jiangsu Province, China

[Abstract] Objective To improve the CT differential diagnosis of the group of ovarian thecoma-fibroma and suberous uterine leiomyoma. **Methods** The clinical and CT manifestation of 8 cases of ovarian thecoma-fibroma and 16 cases of suberous uterine leiomyoma were analyzed retrospectively. **Results** The group of ovarian thecoma-fibroma: most of the tumors and uterine state were clear, blood supply from the ovarian artery, tumors mild delayed enhancement, might have "slender blood vessels sign", could merger endometrial thickening and ascites. Suberous uterine leiomyoma: most of the tumors and uterine state were not clear, blood supply from the uterine artery, tumors enhanced obviously, might have "whirlpool sign". **Conclusion** By observing the relationship between tumor and uterine, CT enhancement performance, blood supply arteries and whether merger endometrial thickening, ascites, they were helpful to diagnosis and differential diagnosis of the group of ovarian thecoma-fibroma and suberous uterine leiomyoma.

[Key words] Ovarian Neoplasm; Uterine; Leiomyoma; X-ray Computed

卵泡膜-纤维瘤组肿瘤是卵巢最常见的实性良性肿瘤,大多数为良性,恶性罕见,好发于绝经前后的中老年妇女^[1];子宫肌瘤是女性生殖系统最常见的良性肿瘤,其中浆膜下子宫肌瘤约占10%^[2]。盆腔内体积较大的卵巢卵泡膜-纤维瘤组肿瘤与浆膜下子宫肌瘤的影像表现相似,对于两者的鉴别诊断较困难,容易误诊。

1 影像学检查方法

1.1 一般资料 共24例患者,均为女性。卵泡膜纤维瘤组8例,年龄49~65岁,5例腹部有隐痛,1例下腹部胀满1年,2例偶然发现,3例CA125水平轻度升高,绝经后6例,6例伴子宫肌瘤。浆膜下子宫肌瘤16例,年龄45~59岁,绝经后患者5例,腹痛9例,2例经血增多,1例阴道出血,4例偶然发现,1例伴巨大卵巢囊肿。

1.2 仪器与方法 采用Siemens Somatom Sensation 64层CT机,行盆腔或全腹部CT平扫及增强扫描。患者常规肠道准备,取仰卧位,经前臂静脉采用高压注射器注射碘海醇或碘佛醇90mL,流率为3.0mL/s,先行平扫,再进行动脉期、静脉期及延迟期三期增强检查,采用Smart自动触发技术进行动脉期扫描。

2 CT表现结果

2.1 卵泡膜-纤维瘤组肿瘤 8例均为单侧实性肿块,最大者约8.2cm×9.6cm×10cm大小,境界清楚,呈类圆形、椭圆形,大者有浅分叶。平扫密度尚均匀(4例内有斑条状坏死区,3例有斑点钙化),CT值为21~39HU,略低于子宫肌层,动脉期CT增加值为2~15HU,静脉期CT增加值为5~28HU,呈轻度延迟性强化,3例内见纤细血管影(图1-2),6例合并子宫肌瘤(3例多发),3例子宫内膜增厚,2例有腹水。

2.2 浆膜下子宫肌瘤

瘤 16例中9例为单发,7例多发,瘤体共35个,最大 $11.5\text{cm} \times 12.3\text{cm} \times 25.6\text{cm}$,呈类圆形或分叶状,界清,多与子宫宽基底相连,6个瘤体以蒂与子宫相连。平扫时CT值 $36 \sim 61\text{HU}$,相应子宫肌层的CT值为 $34 \sim 58\text{HU}$,动脉期CT增加值 $15 \sim 46\text{HU}$,静脉期CT增加值为 $10 \sim 68\text{HU}$,呈中度及明显强化(图3-4),3例延迟强化明显,1例表现为轻度渐进性强化,7例见明显漩涡征(图3-4)。

3 讨论

卵泡膜-纤维瘤组肿瘤是一组起源于卵巢性索间质的肿瘤,约占卵巢肿瘤的4%^[1],包括卵泡膜细胞瘤、卵泡膜纤维瘤、纤维-卵泡膜细胞瘤。主要见于40岁以上女性,2/3以上为绝经后,肿瘤可分泌雌激素,导致子宫内膜增生、子宫肌瘤、卵巢囊腺瘤,甚至发生子宫内膜癌,少数也可分泌雄激素。临床除有腹痛、腹胀、腹部包块等症状外,可有内分泌症状^[3]。部分患者可出现胸、腹水(即麦格氏综合征)及CA125升高,肿瘤切除后胸、腹水可消失^[4-5]。

浆膜下子宫肌瘤是肌瘤突起在子宫表面,部分可仅有一蒂与子宫肌壁相连,成为带蒂的浆膜下肌瘤。较小时绝大多数无症状,较大或生长较快时可有月经过多、经期延长、白带增多等,挤压邻近脏器出现小便频数、大便秘结、输尿管受压致肾积水等,压迫输卵管或宫腔致不孕等。

体积较大卵泡膜-纤维瘤组肿瘤和浆膜下子宫肌瘤均可挤压子宫和卵巢造成解剖位置变化,或向腹腔内生长,易造成定位诊断困难,而且绝经前后女性,卵巢多体积小、显示不清;另外卵泡膜-纤维瘤组肿瘤可合并子宫肌瘤,易误诊为多发子宫肌瘤;所以此类肿瘤如何定位、如何鉴别是本文研究目的。

3.1 通过供血动脉来定位 盆腔原发性肿瘤的血供一般来自起源组织的供血动脉。有文献^[6]报道,寻找供血血管是判定肿瘤组织来源的直接征象。卵巢肿瘤的血供主要来自卵巢动脉和(或)子宫动脉卵巢支,子宫肌瘤主要由子宫动脉或其分支供血^[7]。随着肿瘤体积的增大,血供相应增多,供血血管直径也会增大(一般肿瘤直径大于4cm时)。因此,通

过寻找增粗的供血动脉,有助于肿瘤起源的判断。本文有6例通过CTA及血管重建对显示肿瘤供血血管,对肿瘤的定位判断极大提升了准确性(图5-6)。

3.2 通过与子宫的关系来定位 卵泡膜-纤维瘤组肿瘤因起源于卵巢,当肿瘤体积较小或体积较大但由于带蒂而活动度较大时,与子宫间没有直接接触,肿瘤与子宫外壁之间可见脂肪间隙(图1-2)。浆膜下子宫肌瘤起源于子宫,与子宫有直接接触,部分层面与子宫间没有脂肪间隙(图3-6)。

3.3 通过病灶的强化表现来鉴别 卵泡膜-纤维瘤组肿瘤因卵泡膜细胞富含脂质成分,平扫时肿瘤的密度略低于或接近子宫密度,瘤体较小时密度较均匀,较大者可出现坏死、水肿、囊变及出血而密度不均匀;偶见钙化。增强实质区多为轻度渐进性强化^[8],其强化程度与卵泡膜细胞含量有关,如果其含量多,则肿瘤强化相对明显,反之则强化不明显;少数无强化。本组8例均表现为轻度延迟强化另有3例肿块内部可见纤细动脉显影(图1-2),而肿块实性部分强化不明显,表现为纤细血管征。

70%的子宫肌瘤存在不同程度变性,多位于瘤体中心或呈同心圆样分布,瘤内平滑肌细胞与纤维结缔组织相互交替,部分病变中心呈漩涡状混杂密度,即影像所见的“漩涡征”。肿瘤早期强化显著,呈较明显的均质或不均质强化。本组16例浆膜下子宫肌瘤中有12例动脉期就表现为较明显强化,有3例延迟明显强化,1例为轻度渐进性强化。

3.4 通过合并表现来鉴别 卵泡膜-纤维瘤组肿瘤可分泌雌激素,导致子宫内膜增生、子宫肌瘤、卵巢囊腺瘤,甚至发生子宫内膜癌,部分患者还可出现胸、

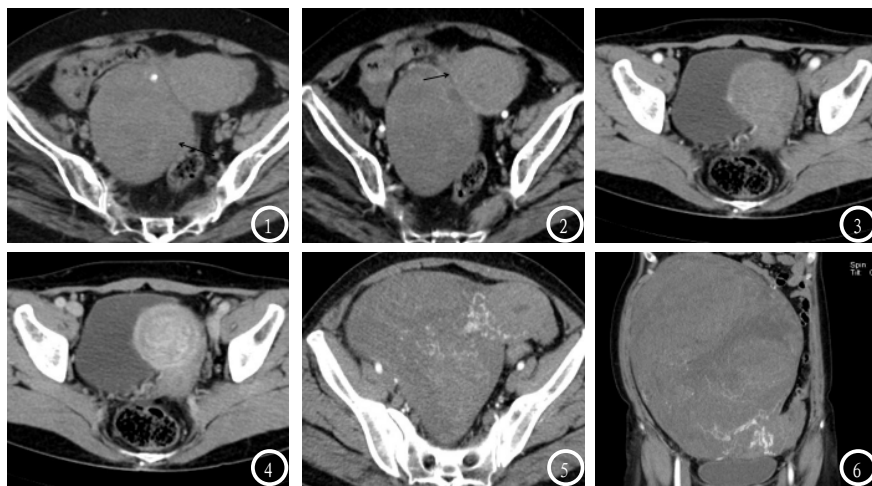


图1-2 卵泡膜细胞瘤,肿瘤位于子宫右侧方,图1 平扫显示病变密度均匀、较子宫密度略低,内见点状钙化,图2 增强动脉期内见纤细动脉显影(黑箭),而肿块实性部分强化不明显(纤细血管征),肿瘤与子宫间脂肪间隙清晰。图3-4 浆膜下子宫肌瘤,肿瘤位于子宫左前方,增强见明显迂曲增粗的子宫动脉(图3),静脉期(图4)肿瘤明显强化呈“漩涡状”,肌瘤与子宫界限不清。图5-6 浆膜下子宫肌瘤,肿瘤巨大,位于子宫的右侧方,见明显迂曲增粗的子宫动脉供血,肌瘤与子宫界限不清。

腹水(即麦格氏综合征)及CA125升高,本组8例中有3例合并子宫内膜增厚,2例出现胸腹水。而单纯子宫肌瘤没有子宫内膜增厚、胸腹水这些合并表现。

综上所述,通过观察肿瘤与子宫关系、肿瘤的供血动脉、结合纤细血管征、“漩涡征”、肿瘤的强化程度、是否合并子宫内膜增厚及胸腹水等,在一定程度上有助于对卵泡膜-纤维瘤组肿瘤和外突浆膜下子宫肌瘤作出诊断和鉴别诊断。

参考文献

- [1] 段小玲,陈自谦,钟群,等.卵巢卵泡膜细胞瘤的MRI表现[J].中国CT和MRI杂志,2017,15(2):83-85.
- [2] 杨燕珍,蔡春燕.子宫肌瘤不同手术方式效果的临床分析[J].罕少疾病杂志,2016,23(6):35-36.
- [3] 范娜娣.卵巢临床与病理[M].天津:天津科学技术出版社,1993:202.
- [4] Schradin S, Kuhl C K. Mammographic, US, and MR imaging phenotypes of familial breast cancer[J]. Radiology, 2008, 246(1): 58-70.
- [5] Jansen S A, Newstead G M, Abe H, et al. Pure ductal carcinoma in situ: kinetic and morphologic MR characteristics compared with mammographic appearance and nuclear grade[J]. Radiology, 2007, 245(3): 684-691.
- [6] 胡海菁,黄飏,李春芳.供血动脉及引流静脉的MSCT研究对卵巢肿瘤的的诊断价值[J].放射学实践,2012,27(7):775-778.
- [7] 文小检,刘筠,华锐,等.子宫及其附件区巨大实性肿块的影像学分析[J].中国医学影像技术,2012,28(4):747-750.
- [8] 曾焕忠,金新安,黄波涛,等.卵巢卵泡膜细胞瘤的MR表现[J].实用放射学杂志,2012,28(9):1412-1414.

(本文编辑:黎永滨)

【收稿日期】2017-11-23

(上接第101页)

本次增强CT与手术病理结果相符者,恶性病变27例,良性病变4例,检出准确率78.49%。侯雅昕等^[11]研究表明,增强CT对胰腺占位病变诊断准确率为82.61%,与本研究结果相似。在增强CT扫描中,恶性病变扫描信号无增强或低增强,良性病变扫描信号等增强,这是因为导管腺癌肿瘤组织分散存在于病灶残存胰腺组织及纤维间质中,而纤维化程度不同,肿瘤组织与病灶残存胰腺组织比例也不一样,故而恶性肿瘤血管亦不尽相同,但相对于正常胰腺组织微血管较少,所以恶性病变扫描信号无增强或低增强^[12]。此次超声造影检出准确率与增强CT无显著差异($P>0.05$),表明两种检查方法在胰腺占位性病变中的诊断价值较为接近。对比超声造影与增强CT具体检查情况,发现超声造影对良性病变检出结果更符合手术病理结果,提示在良性肿瘤、炎性包块和囊肿

鉴别中,超声造影相对增强CT检出较好。

综上所述,在胰腺占位性病变诊断中,超声造影与增强CT诊断检出率相近,诊断效能相似。但由于本次研究样本量较少,还未对胰腺占位性病变病理分型进行详细研究,因此还需扩大样本量再做更加深入的分析。

参考文献

- [1] 马学柱.血清CA199CA125CA242癌胚抗原表达水平与胰腺癌的早期诊断和预后转归的关联性研究[J].山西医药杂志,2016,45(13):1543-1545.
- [2] 王缉胜.胰腺癌可切除性的多层螺旋CT诊断进展[J].罕少疾病杂志,2015,22(4):62-64.
- [3] 冯广龙,姜慧杰,李金平,等.多层螺旋CT增强扫描在胰腺癌术前诊断中的价值[J].中华医学杂志,2017,97(11):838-842.
- [4] 刘站,唐少珊.超声造影评估胰腺癌周围血管受侵程度及可切除性的应用价值[J].临床肝胆病杂志,2017,33(1):126-129.
- [5] 杨兴无.胰腺癌的流行病学和病因学机制[J].医学与哲学(B),2015,36(1):10-11.
- [6] 韩丽,夏廷毅.CT和MRI及PET-CT在胰腺癌诊断及分期中的价值研究进展[J].医学研究生学报,2014,27(7):777-780.
- [7] 蒋明,胡鸿涛.超声造影、增强CT扫描及MRI在评估肝癌介入治疗疗效中的应用比较[J].中国CT和MRI杂志,2017,15(8):88-90.
- [8] 刘伟.超声造影与增强CT扫描在诊断肝脏占位性病变的临床价值比较[J].中国CT和MRI杂志,2015,(11):56-58.
- [9] 彭莉晴,周静,张煜,等.超声造影与增强CT在诊断胰腺占位性病变的对比研究[J].临床超声医学杂志,2013,15(9):625-627.
- [10] 韩伟,王燕,宋涛,等.胰腺占位性病变的超声造影特征及定量分析[J].临床超声医学杂志,2015,17(8):519-521.
- [11] 侯雅昕,于晓玲,韩治宇,等.超声造影对胰腺占位病变的诊断价值[J].解放军医学院学报,2014,35(11):1119-1121.
- [12] 王琦,李甜甜,张羽,等.胰腺疾病四种影像学检查技术的对比分析[J].中华超声影像学杂志,2012,21(10):868-871.

(本文编辑:谢婷婷)

【收稿日期】2018-04-26