

## · 短篇 ·

## 巨大输卵管系膜囊肿一例报告

江苏省如皋市中医院放射科 (江苏 如皋 226500)

袁亚峰

【关键词】输卵管; 囊肿

【中图分类号】R711.76

【文献标识码】D

DOI: 10.3969/j.issn.1009-3257.2018.02.034

## 1 病例资料

患者,女,20岁,反复腹胀、腹痛4年,半月前症状加重,出现腹痛、腹胀,腹部肿大,伴排尿、排便困难。专科检查,腹部隆起,呈尖腹,腹壁静脉无曲张,腹部触及巨大囊性包块,脐上5cm至耻骨联合水平。

超声图像所见(如图1):腹盆腔内见巨大无回声区,形态规则,边缘光整,回声较均匀,病灶内未见明显分隔及壁结节,其前后径约8.23cm,左右径约20.1cm,上至剑突下,下与膀胱相邻,与左侧卵巢紧贴,左侧卵巢受压。超声诊断:腹盆腔囊性占位,建议CT进一步检查。

CT检查方法:使用SIEMENS EMOTION 16层螺旋CT扫描机,全腹部螺旋扫描,上缘包括膈肌,下缘达耻骨联合下缘水平,层厚及层间距均为5mm,对比剂:碘佛醇,肘前浅静脉注射,注射速度为3.0ml/s,总量为100ml,后处理多平面重组(Multi-Planar Reconstruction, MPR)。

CT表现(如图2-4):腹盆腔见巨大囊性肿块,大小约18.4cm×9.5cm×28.0cm,上缘达胸11椎体水平,下缘达耻骨联合上方水平,呈上宽下窄的芒果形,病灶呈均匀水样密度,CT值0-10.0Hu,边缘清楚,壁薄均匀,无壁结节,小肠肠管明显受压向上移位,膀胱、子宫受压向下移位,未见受侵改变,增强后囊肿壁有强化,囊内容物未见强化。腹膜后未见肿大淋巴结,腹腔未见积液。CT诊断:腹盆腔巨大囊性占位,考虑囊肿,来源待定。

手术所见(住院号201207274):患者于2012.8.16

日行左侧输卵管切除术,常规准备后,取下腹正中切口长约12cm,逐层切开进腹后探查盆腹腔,见子宫中位,正常大小,表面光滑,左侧输卵管系膜处见一巨大囊肿,上达膈肌,输卵管爬行其上,左侧卵巢紧贴囊肿。先用注射器吸出部分囊液,见流出清亮液体约2000ml后囊肿缩小,取出囊肿送病理。

病理镜下所见:纤维性囊壁组织内衬单层立方、柱状上皮,细胞无异型。病理诊断(病理号20124839):左输卵管系膜囊肿。

## 2 讨论

病因病理:输卵管系膜囊肿临床上少见,其来源于胚胎发育过程中,胚胎组织向女性分化时“中非管”逐渐退化<sup>[1]</sup>,苗勒氏管发育成女性生殖管道,由中肾小管的残余形成<sup>[2-3]</sup>。输卵管系膜囊肿常常位于输卵管与卵巢门的两叶阔韧带之间的输卵管系膜内<sup>[4]</sup>。中肾管远端的盲端扩大,形成单发或多发的囊状或腊肠状结构,周围被覆单层立方上皮,在上皮周围常可见肌组织。

输卵管系膜囊肿可以发生在任何年龄妇女,其中以生育期妇女多见,囊肿一般为良性,恶性罕见。输卵管囊肿较小时,一般无明显临床症状,长大后压迫相邻组织可出现腹痛、腹胀,肛门坠胀感,部分患者伴有月经紊乱,当囊肿生长到一定程度时,可压迫输尿管或肠管,引起排尿、排便困难,少数会发生蒂扭转而引起急腹症。一般该囊肿发生后,不会自行消退,所以临床处理主要是手术切除。本例输卵管系膜囊肿巨大,文献罕见报道。

MSCT由于扫描范围大,密度分辨率高,以及图像多种后处理功能,对全面显示病变的大小、形态特征、病灶内有无钙化以及与邻近脏器的关系等方面较超声检查有一定的优势,尤其MPR重建可以更全面、直观显示病灶在多个方位上的全貌及其与肠道、子宫、附件以及膀胱等相互关系,对于病灶的定位定性诊断有较大帮助。同时给外科手术治疗提供了重要的参考价值,但对于病灶内有无分隔尤其是较薄分隔的显示超声优于CT。

本例输卵管系膜囊肿体积巨大,给病灶的定位定性诊断带来一定的困难。以下征象支持肿块来源于腹腔而不是腹膜后:①、病灶呈上宽下窄的芒果形,提示病灶起源于盆腔向上生长。②、肿块巨大,前缘大部分紧贴腹壁,而腹膜后病变前缘一般不会达到前腹壁。③、小肠肠管受压向上移位,升结肠、降结肠受压向后移位。④、胰腺及肠系膜血管受压向后上方移位。⑤、双肾轻度后移,肾轴未见旋转,双肾、输尿管未见明显扩张积水征象。

输卵管系膜囊肿的主要CT表现:多数位于子宫与卵巢之间,呈边缘清楚,壁薄、均匀,圆形或类圆形囊性肿块,囊液可为各种各样的密度,CT值一般在0~25Hu,有时囊内有间隔或分层现象,增强后囊壁强化,囊内容物无强化<sup>[5]</sup>。本例输卵管系膜囊肿的主要特点:①、发生于年轻女性,病史较长,反复腹胀、腹痛4年。②、肿块巨大,约18.4cm×9.5cm×28.0cm大小,上缘达胸11椎体水平,下缘接近耻骨联合上方水平。对确定病灶的来源带来困难。③、病灶占据大部分腹腔,邻近的组织器官主要表现为推移受压改变,小肠肠管明显受压向上移位,膀胱、子宫受压向下移位,未见受侵改变。④、病灶密度均匀,水样密度,CT值0~10.0Hu。边缘清楚,壁薄均匀,无壁结节及软组织成分,囊内未见间隔及分层现象,增强后囊肿壁有强化,囊内容物未见强化。以上病史及CT征象均支持囊肿的诊断。由于输卵管系膜囊肿为少见病,所以工作中未能首先考虑到输卵管系膜囊肿的诊断。

鉴别诊断:输卵管系膜囊肿需与卵巢囊肿、卵巢畸胎瘤、卵巢囊腺瘤、巧克力囊肿、盆腔包裹性积液等鉴别。(1)卵巢囊肿包括滤泡囊肿、黄体囊肿及黄素囊肿等,动态观察病灶可有变化,多数单发,直径多小于3.0cm,边缘光滑,呈水样密度,囊壁薄而均匀,增强扫描内容物不强化,囊壁通常也不强化<sup>[6]</sup>。(2)卵巢畸胎瘤:来源于原始生殖细胞,由多胚

层组织构成,囊内多可见脂肪密度及弧形或不规则形钙化影,以及毛发或上皮等形成的实质性壁结节或漂浮物影,病灶内出现脂肪成分或者脂液平面为其特征性表现。(3)卵巢囊腺瘤:常常表现为多囊,囊大小不一,囊内常见分隔,囊内容物密度不均匀,浆液性囊腺瘤囊液常较清澈,粘液性囊腺瘤因囊内含有蛋白成分或出血,密度高于浆液性囊腺瘤,囊腺瘤可见壁结节,分隔和壁结节可见明显强化。(4)卵巢巧克力囊肿:常有痛经史,病灶形态常欠规则,囊内密度较高且不均匀,有时可见出血分层现象,多数病灶粘连而与周围器官组织分界不清。(5)盆腔包裹性积液:常见于盆腔手术后或继发于盆腔炎症,也可作为腹腔积液的一部分,可表现为圆形、类圆形或不规则形囊性低密度影,边缘较清,密度均匀,当盆腔积液合并感染时,病灶边界欠清,囊液密度增加,可见分隔,病灶周围脂肪间隙模糊,当病灶内出现气体时,为盆腔脓肿的典型表现。临床上可出现发热、腹痛、腹胀等感染症状。(6)输卵管积水:输卵管积水是由输卵管积脓变为慢性,脓液逐渐吸收演变而来,也可作为输卵管炎症较轻,峡部及伞部粘连,渗出液积聚而形成。临床上常有妇科炎症病史,病程较长,囊内密度通常较高,囊壁一般较厚,周围可见索条状影,多伴有盆腔积液<sup>[7]</sup>。

输卵管系膜囊肿临床上为少见病,当育龄期妇女CT表现为盆、腹腔囊性病灶,境界清晰,水样密度,密度均匀,无壁结节,包膜强化等征象时应考虑到输卵管系膜囊肿的可能性,以减少误诊。

## 参考文献

- [1] 杨广英,张穗,李军,等.剖宫产中合并输卵管系膜囊肿的病理诊断及临床意义[J].中原医刊,2003,30(1):51.
- [2] 刘彤华.诊断病理学[M].北京:人民卫生出版社,1994.519-533.
- [3] 陈忠年.妇产科病理学[M].上海:上海科学技术出版社,1996.130-140.
- [4] 唐军.妇科疾病的超声诊断与鉴别诊断学[M].北京:中国医药科技出版社,2006.131.
- [5] 王仲楚,苏广.输卵管系膜囊肿的CT诊断[J].放射学实践,2006,21(6):586.
- [6] 卢光明.CT诊断与鉴别诊断学[M].南京:东南大学出版社,1999.487-492.
- [7] 何芳,王玉洁,石丽云.腹腔镜下输卵管积水造口术与妊娠结局[J].罕少疾病杂志,2009,16(1):32-34.

(本文图片见封二)

【收稿日期】2016-09-20