

# 卵巢畸胎瘤的CT诊断

楼芬兰, 潘芝梅

(浙江大学医学院附属妇产科医院, 浙江 杭州 310006)

**摘要:**目的:探讨卵巢畸胎瘤的CT表现特点及诊断价值。方法:回顾性分析经手术病理证实的34例43个卵巢畸胎瘤的CT资料,与术前B超结果对照。结果:CT和B超对肿块的检出率均为100%,诊断符合率分别为93.02%和58.14%。30例38个成熟囊性畸胎瘤,CT明确诊断27例35个,均含有脂肪密度区,5个见脂液平面,11个有浮球征,16个有钙化或牙齿状影。4例5个未成熟畸胎瘤呈囊性或实性为主肿块,肿块内均见多发斑点状钙化和少许小片状脂肪密度影,其中1例实性成分内见盘曲的带状略低密度影。结论:卵巢畸胎瘤的CT表现具有特征性,与B超相比,CT是更好的检查方法。

**关键词:** 卵巢肿瘤/诊断;畸胎瘤/放射摄影术;体层摄影术,X线计算机;回顾性研究

**中图分类号:** R737.31;814.42 **文献标识码:** A **文章编号:** 1008-9292(2001)04-0185-02

卵巢畸胎瘤是最常见的生殖细胞肿瘤,约占卵巢肿瘤的10%~20%。作者收集34例自1995年3月~2000年6月经本院手术和病理证实的卵巢畸胎瘤的CT资料,回顾分析其CT表现和特点,旨在提高CT诊断的准确性,并就CT和B超对卵巢畸胎瘤的诊断价值作一评价。

## 1 材料与方 法

本组34例43个卵巢畸胎瘤均经手术病理证实,成熟囊性畸胎瘤30例38个,未成熟畸胎瘤4例5个。全部病例术前均行B超、CT检查。CT机采用TCT300。方法:先平扫后增强,层厚10mm连续扫描,32例行盆腔扫描,2例行全腹扫描。

## 2 结 果

本组34例43个卵巢畸胎瘤均行B超检查,发现肿块43个,检出率100%;与术后病理对照诊断符合率58.14%(25/43)。CT发现全部肿块,检出率100%,与术后病理对照诊断符合率93.02%(40/43),有3例成熟囊性畸胎瘤误诊,2例误诊为卵巢恶性肿瘤,1例误诊为卵巢单纯囊肿。

### 2.1 卵巢成熟囊性畸胎瘤 30例38个肿瘤,

年龄13~72岁,平均36岁。单侧22例,双侧8例。CT检查正确诊断27例35个肿瘤,直径2.5~18.0cm,平均7.8cm。肿块呈囊性33个,囊实性2个。形态大多呈椭圆形或卵圆形,仅2个呈不规则形。肿块边缘大多光整,仅2个边缘欠清楚规则。单房为主31个,多房4个。囊壁大多光整,直径2~5mm,有3个囊壁厚达1~2.5cm。囊内分隔细而薄。35个肿块内均含有脂肪样密度区,CT值-40~-148Hu,其中10个肿块呈均匀脂肪密度为主。11个囊性肿块内见团状软组织密度影漂浮其中,即“浮球征”(图1)约占31%(11/35),漂浮物无增强效应,且与囊壁呈锐角相交,大体标本显示主要为毛发团,而囊性成分主要为油脂、水样液体。有5个肿块内见脂液平面,占14%(5/35)。16个肿块有钙化或牙齿状影,占43%(16/35),其中6个见囊壁斑点状钙化,4个见牙齿状影。

### 2.2 卵巢未成熟畸胎瘤 4例5个,

B超检查无1例明确诊断,仅提示卵巢肿瘤。而CT检查均明确诊断。年龄27~30岁,平均28岁。肿块最大径线5~20cm,平均12cm。2例分叶状,2例呈类椭圆形。2例呈囊性为主,内见乳头状斑

收稿日期:2000-08-28 修回日期:2000-12-25

作者简介:楼芬兰(1964-),女,主治医师,主要从事临床放射学诊断工作。

片状软组织成分,边缘可光整或不规则模糊。2例呈实性成分为主,边缘不规则。肿块内均含较多斑点状钙化影和散在小片状少许脂肪密度影(图 2),1例实性成分内见盘曲的带状略低密度影(图 3)。2例见腹水,其中 1例见多处盆腔种

长方式与原发病灶相似。

### 3 讨 论

3.1 卵巢畸胎瘤分成熟性和未成熟性,成熟性畸胎瘤占畸胎瘤的 95%以上<sup>[1]</sup>,其以单侧为主,也可双侧,常呈囊性、单房,囊壁多光滑,囊内含有脂肪和钙化,钙化以位于囊壁为主。CT 常见团状软组织密度影浮于囊中或与囊壁成锐角相交,形成“浮球征”。脂肪是最常见的 CT 表现,脂液平面则为 CT 的特征性表现,这是由于重力作用,囊腔上部为脂肪性内容物,下部则为含有水样密度内容物之故。卵巢肿瘤内脂肪的存在提示卵巢囊性畸胎瘤,而 CT 是唯一有助于判断脂肪存在的检查方法<sup>[2]</sup>。卵巢囊性畸胎瘤绝大多数具有典型 CT 表现,诊断不难,对于不典型卵巢囊性畸胎瘤,有时诊断有困难。本组误诊 3 例,1 例 CT 表现为不规则囊实性肿块,边界模糊与周围组织粘连,少量腹水,病理为畸胎瘤合并感染。1 例表现为囊性肿块,包膜不完整,内见斑片、索条状软组织密度影,中量腹水,病理为皮样囊肿破裂。此 2 例 CT 均未见脂肪密度影,因腹水的存在而误诊为卵巢癌。但卵巢囊性畸胎瘤合并感染如常有囊壁钙化灶,可有资鉴别。另 1 例表现为巨大椭圆形囊肿,囊壁光整,前壁斑状钙化,因忽视了腔隙状脂肪密度区以致误诊为单纯囊肿,今后工作中需注意。

3.2 卵巢未成熟畸胎瘤好发于儿童、年轻妇女,40 岁以上很少见<sup>[1]</sup>,多为单侧性,有小部分为双侧(一侧为转移所致),本组 4 例中仅 1 例肿块以实性为主,大多有囊性部分,有的呈囊实性或囊性为主。肿块内多发斑点状钙化和少许小片脂肪密度影及实性成分内盘曲的带状略低密度影是主要的 CT 表现,后者的病理基础是脑样的神经胶质组织区<sup>[1,3]</sup>。卵巢未成熟畸胎瘤的恶性度随未成熟组织量的增加而增加,恶性程度愈高,实性部分愈多<sup>[1,4,5]</sup>。

3.3 对卵巢肿瘤来说,B 超是常用的首选的一种检查方法,方便、经济、易被患者接受,其敏感性与 CT 相仿,但对卵巢畸胎瘤诊断的准确性明显低于 CT,尤其是未成熟畸胎瘤,这主要是由于 CT 有较高的密度分辨率,能清楚显示肿块内特征性的脂肪和钙化, (下转第 188 页)



图 1 左卵巢囊性成熟畸胎瘤  
盆腔左侧类椭圆形囊性肿块,呈脂肪密度,囊内见团状软组织密度影,形成“浮球征”



图 2 左卵巢畸胎瘤,部分未成熟性  
盆腔内类椭圆形肿块,囊实性,内见较多斑点状钙化灶和少许小片脂肪密度区



图 3 双侧卵巢未成熟畸胎瘤(右侧转移性)  
盆腔内实质性肿块伴腹水,分叶状,密度不均,见斑点状钙化和少许小片脂肪密度区及弯曲的带状略低密度影

植转移灶,且术后 1 年发现肝脏转移,转移灶生

期淋巴外漏外,其余切口均一期愈合,无 1 例发生深静脉血栓形成。本组术后随访 89 例,随访时间 3~64 个月,中位时间 18 个月,术后 89% (79/89)患肢肿胀消退,92% (82/89)的患肢酸胀、沉重感等症状消失,80% (20/25)的慢性溃疡愈合,所有肢体浅静脉曲张消失。全组术后 35 条肢体行 B 超复查,84 条肢体行无创血管检查仪复查静脉倒流情况,除 8 条肢体有轻度倒流外,其余肢体(91%)深静脉瓣膜功能恢复正常。有 1 条患肢手术 1 年后小腿浅静脉曲张,溃疡复发,造影见股浅静脉第一对瓣膜功能不全,包窄的管腔无明显缩小,倒流明显,另作肌祥代瓣术痊愈。

## 2 讨 论

全瓣环包术的机理是将扩张的股浅静脉瓣膜缩窄,使瓣膜游离缘能靠拢对合,不再向下翻转,阻止血液倒流;同时用于包裹的静脉片使该处静脉壁增厚,增强了静脉壁抗张力强度,对防止再扩张有重要作用。股浅静脉第一对瓣膜是全身静脉瓣膜中抗张力强度最大的,又是下肢静脉承受来自近侧血流压力的第一道防线,所以该瓣膜是环包术最理想的位置<sup>[3]</sup>。对于全瓣环包术所用的材料,可以使用深筋膜,但有人认为深筋膜会发生消融导致手术失败;也可使用 ePTFE 人造血管片,也取得良好效果。通过本组 119 例的经验,我们认为还是取大隐静脉做环包术为宜,一是自体组织不会引起异物反应,二是全瓣环包术患者一般同时伴有大隐静脉曲张,大隐静脉抽剥本身就是手术的一部分。

全瓣环包术的手术选择应依据深静脉倒流的范围和程度而定,一般认为全瓣环包术主要用于治疗轻中度原发性下肢深静脉瓣膜功能不全。按 Kistner 分级即适用于 II~III 级患者,IV 级患者应慎重。因为重度瓣膜功能不全由于静脉管腔明显扩张,游离缘严重松弛,环包术后即使瓣膜游离缘可以靠拢,但并不紧密不能完全阻止血液倒流。如过度缩窄瓣膜口径将会阻碍血液回流,甚至导致血栓形成。本组病例中选择了 10 条 IV 级患肢深静脉瓣膜形态比较完整者行此术式,术后 1 例溃疡复发,3 例肿胀减轻不明显,6 例症状明显改善,因而对 IV 级患肢可有选择地行此术式。其次,全瓣环包术对瓣膜本身无病损的静脉管扩张所致相对性瓣膜关闭不全有效,而不适用于瓣膜本身有损害的患者,因其无法直接修复瓣膜,对此类病人可行股浅静脉内、外瓣膜修复成形术;对于既往有深静脉血栓形成或先天性深静脉无瓣症也不适合,此类病人应行肌祥代瓣术。

## 参 考 文 献

[1] 黄新天,蒋米尔,陆 民,等. 下肢静脉淤血性溃疡的外科治疗[J]. 普外临床,1996,11(4): 244-245.  
 [2] Kistner RL, Eklof B, Masudu EM. Deep venous valve reconstruction [J]. Cardiovasc Surg, 1995, 3(2): 129-133.  
 [3] 孙建民,张培华,秦月琴,等. 下肢深静脉瓣膜的解剖和组织学观察及其临床意义[J]. 中华实验外科,1989,6(1): 1-3.

[责任编辑 严少洁]

(上接第 186 页)并对邻近组织关系和腹腔的确定有较好的作用;而 B 超虽有助于卵巢囊性畸胎瘤的诊断,但对脂肪组织缺乏特异性的回声,常与囊肿、血肿、脓肿、巧克力囊肿等鉴别困难,加之肠腔气体干扰和远场强度衰减的影响,故对未成熟畸瘤及其转移灶有很大局限性。

## 参 考 文 献

[1] 袁耀尊. 临床妇科病理学[M]. 第 1 版,北京:人民卫生出版社,1998,404-428.

[2] Buy JN, Ghossain MA, Moss AA, et al. Cystic teratoma of the ovary; CT detection [J]. Radiology, 1989, 17(3): 697-701.  
 [3] 沙 炎,王玖华. 卵巢生殖细胞肿瘤的 CT 诊断[J]. 临床放射学杂志,1998,17(3):150-152.  
 [4] 朱关珍,陆惠娟,张惜阴. 卵巢恶性畸胎瘤的病理及临床分析[J]. 中华妇产科杂志,1993,28(4):220-223.  
 [5] 郭燕燕,沈祝萱,毛兰影,等. 卵巢未成熟畸胎瘤(33 例临床病理分析)[J]. 北京医学,1986,8(5):281-283.

[责任编辑 黄晓花]