

参考文献

[1] 李家德,杨蕾.卫生士官培训改革应坚持三个原则[J].西北医学教育,2011,19(3):464-466.

[2] 孙姝,冯林平,毛俊超.任职教育院校士官教学方法探析[J].知识

经济,2013,15(8):166.

[3] 杨希,吴盛正,孙思等.浅谈超声见习生带教工作体会[J].临床超声医学杂志,2014,16(5):347-348.

(修回日期:2016-10-22)

· 病例报道 ·

Ultrasonic manifestation of pregnancy luteoma: a case report

妊娠黄体瘤超声表现 1 例

高春燕 颜 苹

[中图法分类号]R445.1

[文献标识码]B

孕妇,28岁,孕2产0,停经5个月。产前系统性超声检查:双顶径55mm,头围198mm,腹围177mm,股骨39mm,肱骨35mm,测值相当于22⁺周;胎心率155次/min;脐血流收缩期峰值流速与舒张末期流速比3.5;羊水最大深度40mm。于孕子宫左后方探及一大大小为42mm×40mm×31mm的混合性回声肿块,边界尚可,形态不规则,由多个实性结节融合而成,融合范围42mm×20mm,实质内血流信号丰富,囊性部分透声好(图1)。超声诊断:单胎,中期妊娠,孕子宫左后方混合性占位:卵巢肿瘤?实验室检查:各项肿瘤标志物和性激素水平均未见异常。行剖腹探查术,术中所见:左侧卵巢增大,大小为50mm×40mm,扪及呈囊性,包块内多个乳头状结构排列,呈“石榴样”改变。病理诊断:(左侧附件)黄体瘤样增生。

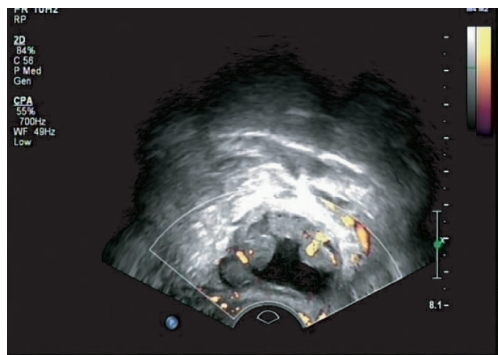
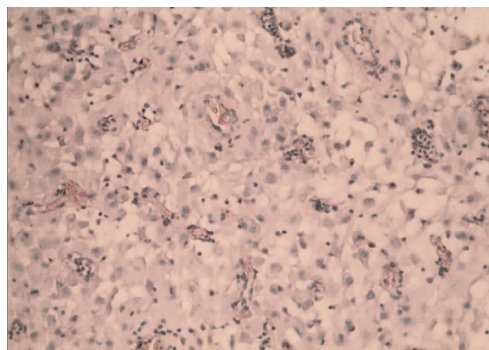


图1 妊娠黄体瘤超声图像

讨论:妊娠黄体瘤又称妊娠黄素瘤,是指妊娠过程中卵巢内含有单个或者多个黄素化结节状病变,在卵巢瘤样病变中极少见,多发生于妊娠3个月后。本病发病率较低,发病机制不明,约30%的患者有男性化表现,外周血中睾酮高于正常参考值2倍以上(正常值0.38~32.00nmol/L),但产后均能恢复正常,无需治疗;分娩女婴约60%~70%表现出男性化特征。妊娠黄体瘤肿块为单侧或双侧,呈圆形或卵圆形,结节状或者分叶状,边界清晰,切面呈鱼肉状,可有囊性变伴出血;镜下似正常的黄体细胞,排列成梁索状,可见滤泡样结构,无花环状排列构象^[1]。本例患者



肿瘤细胞呈圆形、多角形,胞浆丰富,大部分嗜酸性,小部分呈胞浆透亮,细胞核位于中央,可见核仁,染色质均匀浅淡,未见核裂象。

图2 妊娠黄体瘤病理图(HE染色,×200)

既往未行常规检查,双侧卵巢情况不详,此次检查睾酮值正常,再加上妊娠黄体瘤发病率低,医师对此病认识不足,所以未考虑此病。

本病需与以下疾病鉴别:①浆液性囊腺瘤,妊娠合并浆液性囊腺瘤较为常见,囊腺瘤分为单房性和乳头状型,乳头状型常为多个囊腔,囊腔之间分隔光滑,囊腔内壁可见乳头状结构;②妊娠黄体,可探及卵巢内的近圆形囊肿,囊壁厚,内壁毛糙,囊内回声形态多样化,囊壁可见环状血流信号;③多发性卵泡膜黄素囊肿,与妊娠黄体瘤在形态和临床表现上有类似之处,但其多伴有病理性人绒毛膜促性腺激素升高、多胎及异常妊娠。本例诊断时也提出了妊娠期超声双侧附件区检查的重要性,同时妊娠期发现逐渐增大的卵巢肿块,在考虑卵巢来源的肿瘤性病变,还要注意此病的可能,结合病史、临床表现、外周血清性腺激素值及剖腹产术中冰冻活检,有助于明确诊断。

参考文献

[1] 刘学蓉.妊娠并卵巢妊娠黄体瘤漏诊病例分析并文献复习[J].临床误诊误治,2014,9(27):68-69.

(修回日期:2016-11-13)