

阴囊超声特征分析[J].上海交通大学学报(医学版),2011,31(4):466-469.

and epididymo-orchitis:sonographic apperances[J].Am J Roentgenol, 2001,176(6):1459-1466.

[2] Muttarak M, Peh WC, Lojanapiwat B, et al.Tuberculous epididymitis

(收稿日期:2019-05-23)

· 病例报道 ·

Ultrasonic manifestations of mature teratoma of tubal fimbria : a case report 输卵管伞端成熟畸胎瘤超声表现 1 例

吴佳僮 冯宁娜 吴翠怡

[中图法分类号]R445.1;R737.32

[文献标识码]B

患者女,34岁,孕1产1,以盆腔包块性质待定收入院。体格检查:体温 37℃,心率 68 次/min,血压 100/60 mm Hg(1 mm Hg=0.133 kPa)。右侧附件区可扪及一大小约 50 mm×50 mm 不规则包块,边界清,活动度一般,无压痛性;左侧附件区未见异常。经阴道超声检查:前位子宫,大小、形态正常,长径 49 mm,横径 46 mm,前后径 39 mm,肌层回声均匀,未见占位性病变。左侧卵巢大小、形态正常,左侧附件区未见异常;右侧卵巢显示不清。于子宫后方见大小约 51 mm×36 mm 类圆形不均质回声包块,与子宫分界清,边缘尚光整,壁稍厚,内可见团状高回声及液性无回声区;CDFI 于病灶内部及周边未探及明显血流信号(图 1)。超声提示:盆腔内子宫后方混合回声包块,考虑畸胎瘤可能性大。实验室检查:白细胞 8.82×10⁹/L,甲胎蛋白 2.13 ng/ml,癌胚抗原 1.07 U/ml,CA125 27.1 U/ml,CA199 25.6 U/ml,人绒毛膜促性腺激素<1.20 mU/ml。手术探查所见:子宫前位,大小、形态正常;双侧卵巢轮廓清,未见异常;子宫后方探及一大小约 50 mm×30 mm×30 mm 带蒂的不规则包块,其蒂部来源于左侧输卵管伞端,包块与盆壁粘连,分离并暴露出包块,其呈多房性,内见毛发;左侧输卵管增粗、水肿明显,伞端正常结构消失。盆、腹腔未探及明显异常肿大淋巴结及游离性积液。术中切除左侧输卵管+盆腔包块送检。病理检查:左侧输卵管慢性输卵管炎;盆腔肿物体积 70 mm×60 mm×20 mm,成熟畸胎瘤(图 2),畸胎瘤囊壁内见毛囊、皮脂、汗腺等皮肤附属器。

讨论:畸胎瘤为来源于生殖细胞的肿瘤,具有向体细胞分

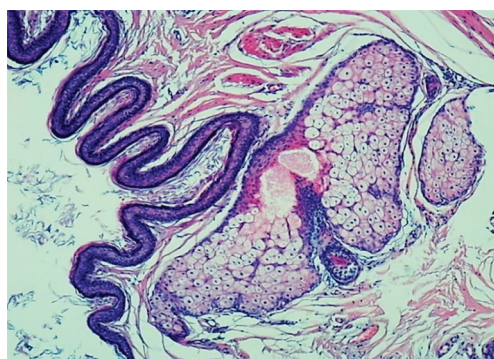


图2 输卵管伞端成熟畸胎瘤组织病理图(HE染色,×40)

化的潜能,可见 3 个胚层来源的组织,分为成熟畸胎瘤、未成熟畸胎瘤、单胚层或高度特殊性畸胎瘤。成熟畸胎瘤其组织分化成熟,最常见的成分为外胚层衍生物,可见毛发、毛囊、皮脂腺及汗腺。该肿瘤好发于生殖腺和人体中线部位,最常见于卵巢和睾丸,发生于输卵管较罕见,其发生机制可能为生殖细胞向卵巢移行过程中埋入输卵管胚基后发展形成^[1]。输卵管畸胎瘤无典型临床症状,多于手术时偶然发现,鲜有术前确诊的报道。本例患者超声表现为“发团征”的混合回声包块,属于较典型的畸胎瘤声像图改变,可诊断畸胎瘤,但由于本例患者肿瘤以蒂部附着于输卵管伞端,其蒂部较小不易显示,输卵管未见梗阻征象,而且肿瘤主体部分较大,游离于盆腔,导致卵巢显示不清,故易误认为病灶来源于卵巢。因此,当超声上发现拟诊为畸胎瘤的盆腔肿物,特别当其与卵巢的关系未明确时,应当考虑到输卵管畸胎瘤的可能。该病需与卵巢单纯性囊肿、输卵管癌、异位妊娠、囊腺瘤,以及含有粪便、气体的肠管等相鉴别,可结合实验室检查如绒毛膜促性腺激素、甲胎蛋白、CA125 等加以鉴别,确诊仍需行病理检查。该病可行手术切除患侧输卵管或肿瘤,一般预后良好。

参考文献

[1] 杨元,王秀,高波.输卵管未成熟性畸胎瘤超声表现 1 例[J].临床超声医学杂志,2015,17(6):370.

(收稿日期:2018-10-22)

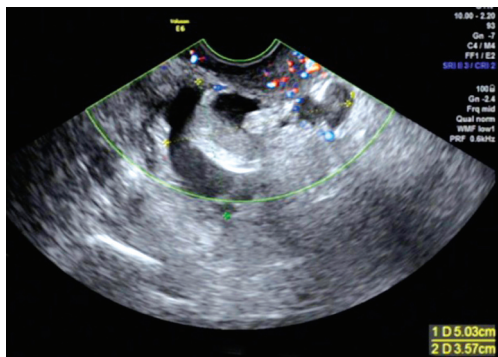


图1 输卵管伞端成熟畸胎瘤声像图