诊疗, 2005, 10(4): 232 – 236.
[5] 姜 泊, 刘思德, 智发朝, 等. 染色内镜和放大内镜诊治大肠侧向发育型肿瘤[J]. 中华消化内镜杂志, 2003, 20(1): 9 – 12.
[6] 姜 泊, 智发朝, 刘思德, 等. 采用腺管开口分型和内镜黏膜切除术诊治大肠肿瘤[J]. 中华医学杂志, 2003, 83(4): 294 – 297.
[7] 姜 泊, 刘思德, 智发朝, 等. 大肠侧向发育型肿瘤25例诊治报告[J]. 第一军医大学学报, 2002, 22(2): 189 – 191.
[8] 姜 泊. 大肠癌早期防治存在的问题及对策[J]. 现代消化及介入诊疗, 2006, 11(3): 158 – 160.
[9] 姜 泊, 张亚历. 应重视肠道疾病临床诊疗中新技术的应用[J]. 中华内科杂志, 2006, 45(1): 4 – 5.
[10] Uraoka T, Saito Y, Matsuda T, *et al*. Detectability of colorectal neoplastic lesions using a narrow-band imaging system: a pilot study[J]. J Gastroenterol Hepatol, 2008, 23(12): 1810 – 1815.
[11] 姜 泊, 潘新颜, 张亚历, 等. 内镜窄带成像与染色技术诊断大肠肿瘤的对比研究[J]. 中华消化内镜杂志, 2006, 23(6): 416 – 420.
[12] Tseng L J, Jao Y T, Mo L R. Preoperative staging of colorectal cancer with a balloon-sheathed miniprobe[J]. Endoscopy, 2002, 34(7): 564 – 568.
[13] Smith C, Ogilvie J, McClelland L. Confocal laser endomicroscopy: *in vivo* endoscopic tissue analysis[J]. Gastroenterol Nurs, 2008, 31(5): 366 – 369.
[14] Nathanson M H. Confocal colonoscopy: more than skin deep[J]. Gastroenterology, 2004, 127(3): 987 – 989.
[15] DaCosta R S, Wilson B C, Marcon N E. Optical techniques for the endoscopic detection of dysplastic colonic lesions[J]. Curr Opin Gastroenterol, 2005, 21(1): 70 – 79.
[16] Sakashita M, Inoue H, Kashida H, *et al*. Virtual histology of colorectal lesions using laser-scanning confocal microscopy[J]. Endoscopy, 2003, 35(12): 1033 – 1038.
[17] Koenig F, Knittel J, Stepp H. Diagnosing cancer *in vivo*[J]. Science, 2001, 292(5520): 1401 – 1403.
[18] Kiesslich R, Burg J, Vieth M, *et al*. Confocal laser endoscopy for diagnosing intraepithelial neoplasias and colorectal cancer *in vivo*[J]. Gastroenterology, 2004, 127(3): 706 – 713.
[19] Shimura T, Kataoka H, Sasaki M, *et al*. Rectal inflammatory fibroid polyp resected with endoscopic submucosal dissection[J]. Intern Med, 2008, 47(23): 2029 – 2031.
[20] Tanaka S, Oka S, Chayama K. Colorectal endoscopic submucosal dissection: present status and future perspective, including its differentiation from endoscopic mucosal resection[J]. J Gastroenterol, 2008, 43(9): 641 – 651.
[21] Okada K, Shatari T, Suzuki K, *et al*. Is endoscopic submucosal dissection really contraindicated for a large submucosal lipoma of the colon? [J]. Endoscopy, 2008, 40(Suppl 2): E227.
[22] Ono H. Endoscopic submucosal dissection for early gastric cancer [J]. Chin J Dig Dis, 2005, 6(3): 119 – 121.

(编辑 龙 亮)

个案与短篇

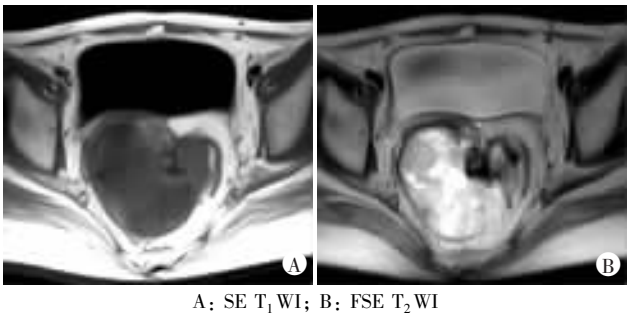
文章编号:1000-5404(2009)16-1524-01

卵巢恶性间叶瘤1例

郭景涛,陆 毅 (解放军第260医院放射科,石家庄 050041)

1 临床资料

患者,女性,59岁。发现盆腔包块且渐进性增大4年,腹痛、腹胀3个月。16年前因子宫肌瘤行全子宫及左附件切除术。查体:下腹部可及一约8 cm×9 cm大小肿物,界清,质韧,有压痛,活动差。血清学检查:AFP 400 μg/L。MRI平扫:膀胱与直肠间有一边界尚清、大小约8.4 cm×8.6 cm×9.7 cm、不均质肿块,主体呈等T_1、长T_2软组织信号,夹杂灶性脂肪、钙化和液性信号,周缘环绕薄层长T_1、短T_2信号,膀胱、直肠受压,子宫缺如,未见正常卵巢影(图1)。初步诊断:盆腔恶性间叶瘤或实性畸胎瘤,考虑源于右侧卵巢。手术及病理所见:右侧卵巢较大肿物,略呈分叶状,包膜完整,质中,部分区域质硬。切面灰白、灰红及淡黄色,有多灶出血、坏死、囊变及钙化。镜下见横纹肌肉瘤、纤维肉瘤、脂肪肉瘤及骨肉瘤成分,以横纹肌肉瘤成分为主。病理诊断:卵巢恶性间叶瘤。



A: SE T_1WI; B: FSE T_2WI

图1 卵巢恶性间叶瘤的MRI表现

2 讨论

恶性间叶瘤由Stout于1948年首先描述,定义为非上皮间质起源的,由两种或更多不相关的恶性成分组成的肉瘤。1991年Newman强调了诊断标准,不管组织学还是免疫组化均应见到肿瘤是由至少两种或两种以上不同的和有明确分化倾向的间叶组织细胞组成,但要排除未分化肉瘤、纤维肉瘤样的、血管上皮样的、不能分类的黏液肉瘤、梭形恶性纤维组织细胞瘤样

(下转1526页)

作者简介:郭景涛,男,河北省临西县人,主治医师,发表论文20余篇。电话:(0311)87970682, E-mail: guojingtao260@163.com

收稿日期:2009-01-14;修回日期:2009-04-06

目前 EMR 操作在国内水平较高的医院作为相对成熟的技术已经开始应用。初步研究显示:对于食管早期癌和高级别上皮内瘤变进行 EMR 治疗,创伤小、患者痛苦小,效果不亚于外科手术,可降低食管癌的死亡率。贺宇彤等[9]在河北磁县选择了2个乡进行食管癌内镜筛查和 EMR 早期干预研究。与对照乡相比,干预5年后,干预组食管癌发病率和死亡率均比对照组低。作者认为,应用内窥镜技术进行食管癌的早期诊断、早期治疗,可以明显降低食管癌的发病率和死亡率。Ciocirlan 等[10]研究也发现,EMR 治疗食管癌前病变和早期食管癌,91% 临床痊愈,5 年生存率达到 95% 以上。Yoshida 等[11]研究显示,如果适应证选择合适,食管早癌 EMR 治疗后 5 年生存率与手术效果相当。

对较大面积表浅病变的处理是 EMR 面临的一个难题,分片切除技术不能完整切除病变,也不能得到完整的病理标本。而 ESD 是利用普通或一些特殊用途的内镜,选择适宜的电刀,通过高频电的作用将消化管病变部位的黏膜一整片地从黏膜下层剥离下来的诊断和治疗方法,一次性完整切除较大面积的表浅病变是 ESD 的独特优势,是内镜技术发展的又一里程碑。目前,仅有较少的日本学者对 ESD 有研究结果发表。初步的研究结果表明,ESD 可增加病变的完整切除率,降低病变复发的概率。虽然 ESD 扩大了内镜下诊断和治疗消化管病变的适应证,推动了对消化管表浅病变的病理实质和发展趋势的研究,但是,ESD 的操作技术难度非常高,与 EMR 相比较,容易发生出血、穿孔等并发症,实施时要承担的风险更大。在除日本以外的其他国家,如我国,ESD 的研究刚刚起步。ESD 与 EMR 以及外科手术的对照研究,目前国内外均没有涉及。

4 确定适合我国国情的高级别上皮瘤变 EMR 和 ESD 的操作适应证,规范操作技术,势在必行

日本学者在这一方面做的工作相对较多,但大多为胃癌方面的研究,并且研究样本小,论证力度不够。而我国食管鳞癌高发,进行食管高级别上皮瘤变的研究,具有得天独厚的优势。但随着 EMR 技术的逐步开展,操作的规范性问题逐渐显露,如何把握 EMR 操作的适应证,规范操作技术,是当前迫切需要解决的问题。ESD 操作国内也已经开展,但是操作技术难度非常高,容易发生出血、穿孔等并发症,实施时要承担的风险更大,因此更应严格把握适应证。食管癌确定 EMR 和 ESD 的适应证要从以下几个方面考虑:癌性病变是否有淋巴结转移;病变浸润的深度;病变的大小和数量;病变的病理类型;患者的一般状况等等。

开展食管早癌的筛查工作,使更多的食管癌在癌前状态或早期就得以诊断,是提高食管癌治愈率的关键。而食管高级别瘤变的内镜微创治疗技术,具有创伤小,易于为患者接受等优点,初步研究结果也肯定治疗的效果,但需要进一步规范。

关键词:食管癌;上皮内瘤变;内镜
中图法分类号:R768.2 **文献标识码**:A

参考文献:

[1] Hussey H J, Tisdale M J. Inhibition of tumour growth by lipoxygenase inhibitors[J]. Br J Cancer, 1996, 74(5): 683 – 687.
[2] Simmons D L, Levy D B, Yannoni Y, *et al*. Identification of a phorbol ester-repressible v-src-inducible gene[J]. Proc Natl Acad Sci U S A, 1989, 86(4): 1178 – 1182.
[3] Lipsky P E. Specific COX-2 inhibitors in arthritis, oncology and beyond: Where is the science headed? [J]. J Rheumatol Suppl, 1999, 56: 25 – 30.
[4] Prescott S M, Fitzpatrick F A. Cyclooxygenase-2 and carcinogenesis [J]. Biochim Biophys Acta, 2000, 1470(2): M69 – M78.
[5] Isakson P, Zweifel B, Masferrer J, *et al*, Specific COX-2 inhibitors, from bench to bedside[M]// Vane J R, Botting J H. Selective COX-2 inhibitors: Pharmacology, Clinical effects and Therapeutic Potential. London: William Harvey Press, 1997: 127 – 33.
[6] 王贵齐, 魏文强, 吕 宁,等.应用内镜下碘染色在食管癌高发区进行普查的意义[J]. 癌症, 2003, 22(2): 175 – 177.
[7] Dawsey S M, Fleischer D E, Wang G Q, *et al*. Mucosal iodine staining improves endoscopic visualization of squamous dysplasia and squamous cell carcinoma of the esophagus in Linxian, China[J]. Cancer, 1998, 83(2): 220 – 230.
[8] Shen E F, Arnott I D, Plevris J, *et al*. Endoscopic ultrasonography in the diagnosis and management of suspected upper gastrointestinal submucosal tumours[J]. Br J Surg, 2002, 89(2): 231 – 235.
[9] 贺宇彤, 侯 浚, 陈志峰,等. 河北磁县食管癌早诊早治效果预测[J]. 中国慢性疾病预防与控制, 2003, 11(2): 54 – 55.
[10] Ciocirlan M, Lapalus M G, Hervieu V, *et al*. Endoscopic mucosal resection for squamous premalignant and early malignant lesions of the esophagus[J]. Endoscopy, 2007, 39(1): 24 – 29.
[11] Yoshida M, Hanashi T, Momma K, *et al*. Endoscopic mucosal resection for radical treatment of esophageal cancer[J]. Gan To Kagaku Ryoho, 1995, 22(7): 847 – 854.

(编辑 龙 亮)

(上接 1524 页)

的及不肯定分化倾向的肿瘤[1]。其常见成分为脂肪肉瘤、横纹肌肉瘤和骨肉瘤,较少为软骨肉瘤、平滑肌肉瘤等。肿瘤一般体积较大,直径多大于 10 cm,无包膜或有假包膜,切面结构及色泽多样,常有出血、坏死、囊变及钙化。恶性间叶瘤发病率很低,多见于中老年人,无明显性别差异,好发于腹膜后和大腿,发生于卵巢者罕见。本病的预后取决于其主要成分,以脂肪肉瘤为主者预后较好,以横纹肌肉瘤为主者预后不良[2]。

本例恶性间叶瘤位于女性盆腔,来源于卵巢,MRI 表现为含有脂肪、钙化及液化的较大软组织肿块,影像上酷似临床常见的卵巢畸胎瘤,故术前 MRI 未能做出正确鉴别。回顾分析该病例,患者年龄较大,MRI 示肿瘤主体为软组织,内有多发不规则坏死、囊变区,而无毛发球、脑组织、头结节、脂液面等影像,可排除卵巢畸胎瘤。

关键词:卵巢;恶性间叶瘤;磁共振成像
中图法分类号:R737.31 **文献标识码**:B

参考文献:

[1] 林 蒙, 戴景蕊, 刘 媛, 等. 腹膜后恶性间叶瘤的 CT 诊断[J]. 中国医学影像技术, 2003, 19(5): 588 – 590.
[2] 曹丽珍, 李坤成, 汤国才. 腹膜后恶性间叶瘤一例[J]. 中华放射学杂志, 2004, 38(5): 551 – 552.

(编辑 栾 嘉)