arteritis. Clinical study of 107 cases[J]. Am Heart J, 1977, 93(1): 94-103.
[8] Vargas-Alarcon G, Hernandez-Pacheco G, Soto M E, *et al*. Comparative study of the residues 63 and 67 on the HLA-B molecule in patients with Takayasu's arteritis[J]. Immunol Lett, 2005, 96(2): 225-229.
[9] Soto M E, Vargas-Alarcon G, Cicero-Sabido R, *et al*. Comparison distribution of HLA-B alleles in Mexican patients with Takayasu arteritis and tuberculosis[J]. Hum Immunol, 2007, 68(5): 449-453.
[10] Lee S W, Kwon O J, Park M C, *et al*. HLA alleles in Korean patients with Takayasu arteritis[J]. Clin Exp Rheumatol, 2007, 25(1 Suppl 44): S18-S22.
[11] Andrews J, Al-Nahhas A, Pennell D J, *et al*. Non-invasive imaging in the diagnosis and management of Takayasu's arteritis[J]. Ann Rheum Dis, 2004, 63(8): 995-1000.
[12] Park S H, Chung J W, Lee J W, *et al*. Carotid artery involvement in Takayasu's arteritis: evaluation of the activity by ultrasonography[J]. J Ultrasound Med, 2001, 20(4): 371-378.
[13] Seth S, Goyal N K, Jagia P, *et al*. Carotid intima-medial thickness as a marker of disease activity in Takayasu's arteritis[J]. Int J Cardiol, 2006, 108(3): 385-390.
[14] Taketani T, Miyata T, Morota T, *et al*. Surgical treatment of atypical aortic coarctation complicating Takayasu's arteritis——experience with 33 cases over 44 years[J]. J Vasc Surg, 2005, 41(4): 597-601.
[15] Mwipatayi B P, Jeffery P C, Beningfield S J, *et al*. Takayasu arteritis: clinical features and management: report of 272 cases[J]. ANZ J Surg, 2005, 75(3): 110-117.
[16] Fields C E, Bower T C, Cooper L T, *et al*. Takayasu's arteritis: operative results and influence of disease activity[J]. J Vasc Surg, 2006, 43(1): 64-71.
[17] 陈世远，余朝文，高涌，等. 多发性大动脉炎的手术时机及对策[J]. 蚌埠医学院学报，2006，31(6)：594-596.
[18] Wang Z, Shen L, Yu J, *et al*. Management of cerebral ischemia due to Takayasu's arteritis[J]. Chin Med J (Engl), 2002, 115(3): 342-346.

（收稿：2010-06-27 修回：2010-09-22）
（编辑 栾 嘉）

个案与短篇

文章编号：1000-5404(2010)23-2544-01

卵巢两性母细胞瘤表现为不孕及继发性闭经1例

肖松舒[1]，薛 敏[1]，万亚军[1]，粟占三[2]（410013 长沙，中南大学湘雅三医院：妇产科[1]，病理科[2]）

【关键词】 卵巢肿瘤；闭经；病理检查
【中图法分类号】 R737.31 【文献标志码】 B

卵巢两性母细胞瘤(gynandroblastoma)是一种临床罕见的卵巢性索-间质肿瘤[1]。我院收治1例曾经多次反复应用人工周期治疗均无月经来潮而并无宫腔黏连的闭经患者，结果证实卵巢两性母细胞瘤导致血清睾酮水平异常升高是患者闭经与不孕的原因。现报告如下。

1 临床资料

患者，女性，31岁，G_0P_0，因月经稀发17年，婚后未孕5年，闭经3年入院。既往史及家族史无特殊。丈夫精液检查正常。患者14岁月经初潮，月经周期1~6个月不等，月经期5~6 d，月经量中等。自2006年3月开始无明显诱因出现闭经，先后于2007年及2009年多次人工周期治疗(戊酸雌二醇1~2 mg/d或结合雌激素0.625 mg/d×21 d；黄体酮0.2 g，1次/d×6 d，服用雌激素第16天开始同时服用)仍无月经来潮。就诊期间检查血内分泌结果不详。

体格检查：体温36.8 ℃，脉搏72次/min，呼吸20次/min，血压116/70 mmHg，声音较低沉，皮肤稍粗，喉结稍突出，心、肺、腹(-)。妇科检查：阴毛呈男性型分布，阴蒂明显肥大，阴道通畅，宫颈肥大、光滑，质地中等，子宫前位，大小正常，质地中等，左附件区可扪及直径约3 cm大小包块，右附件区未扪及明显异常。

辅助检查：盆腔B超提示子宫大小正常，内膜厚3.9 mm，呈线状强回声，左侧卵巢内可探及一42 mm×30 mm大小中等回声包块，卵泡计数11个，右侧卵巢卵泡计数8个。女性激素全套：FSH 2.35 IU/L，LH 22.76 IU/L，E_2 172.1 pmol/L，P 2.51 ng/ml，PRL 10.46 ng/L，T 241.4 ng/dl（女性参考值6~82 ng/dl），双侧肾上腺三维CT未见异常，双肾呈马蹄肾改变。染色体检查：46XX。

完善术前准备后于2009年8月27日在全麻下行宫腹腔镜检术。术中探视：盆腹腔未见腹水，子宫及双侧输卵管外观正常，右侧卵巢(-)，左侧卵巢可见一约4 cm×3 cm×3 cm大小包块，形态欠规则，表面光滑，边界尚清楚，质地较硬，完整剥离出该肿块。宫腔镜检查：宫颈管及宫腔形态正常，未见粘连，内膜薄、平整，双侧宫角及输卵管口可见，予以美蓝通液示双侧输卵管均通畅。病理检查：大体：左卵巢肿块，大小约3.5 cm×3 cm×2.5 cm，切面实性，呈灰白及灰黄色。术中病理冰冻切片报告为：卵巢支持间质细胞瘤，倾向于高分化型，腹腔冲洗液未见肿瘤细胞。术后石蜡病理切片报告：(卵巢)性索源性肿瘤(图1)，以支持细胞成分为主，含间质细胞成分，区域有颗粒细胞样分化。切片较为符合两性母细胞瘤。腹腔冲洗液未见肿瘤细胞。免疫组织化学：LCK(+)，CA125(+)，CD99(-)，Inhibin(+)，CK(-)，EMA(-)，HCK(-)。术后第4天复查睾酮即降至正常(7.16 ng/dl)。患者于术后1个月月经恢复正常，术后第5个月成功自然妊娠，妊娠结局尚在进一步随访之中。

（下转2548页）

【通信作者】 薛 敏，电话：(0731)88618021，E-mail：xuemin5908@sina.com

[8] Hoskyns W. Paediatric tuberculosis[J]. Postgrad Med J, 2003, 79(931):272-278.
[9] Fourth report to the medical research council by its tuberculosis vaccines clinical trials committee. BCG and vole bacillus vaccines in the prevention of tuberculosis in adolescence and early adult life[J]. Bull World Health Organ, 1972, 46(3):371-385.
[10] Tsenova L, Ellison E, Harbacheuski R, *et al*. Virulence of selected *Mycobacterium tuberculosis* clinical isolates in the rabbit model of meningitis is dependent on phenolic glycolipid produced by the bacilli[J]. J Infect Dis, 2005, 192(1):98-106.
[11] 张立兴, 丁北川, 屠德华, 等. 北京结核菌株分子流行病学的研究[J]. 中国防痨杂志, 2001, 23(3):141-147.
[12] Anh D D, Borgdorff M W, Van L N, *et al*. *Mycobacterium tuberculosis* Beijing genotype emerging in Vietnam[J]. Emerg Infeet Dis, 2000, 6(3):302-305.
[13] van-Crevel R, Nelwan R H, de-Lenne W, *et al*. *Mycobacterium tuberculosis* Beijing genotype strains associated with febrile response to treatment[J]. Emerg Infect Dis, 2001, 7(5):880-883.
[14] Sun Y J, Lee A S, Wong S Y, *et al*. Genotype and phenotype relationships and transmission analysis of drug-resistant tuberculosis in Singapore[J]. Int J Tuberc Lung Dis, 2007, 11(4):436-442.
[15] Toungoussova O S, Sandven P, Mariandyshev A O, *et al*. Spread of drug-resistant *Mycobacterium tuberculosis* strains of the Beijing genotype in the Archangel Oblast, Russia[J]. J Clin Microbiol, 2002, 40(6):1930-1937.
[16] 李卫民, 柴利泉, 李丽, 等. 天津地区临床分离株结核分枝杆菌分子流行病学研究[J]. 结核病与胸部肿瘤, 2007, (1):18-25.
[17] Jou R, Chiang C Y, Huang W L. Distribution of the Beijing family genotypes of *Mycobacterium tuberculosis* in Taiwan[J]. J Clin Microbiol, 2005, 43(1):95-100.
[18] 王胜芬, 赵雁林, 黄海荣, 等. 结核分枝杆菌北京基因型菌株与耐药表型的关系[J]. 中国医学科学院学报, 2009, 31(4):427-431.
[19] Tracevska T, Jansone I, Baumanis V, *et al*. Prevalence of Beijing genotype in Latvian multidrug-resistant *Mycobacterium tuberculosis* isolates[J]. Int J Tuberc Lung Dis, 2003, 7(11):1097-1103.

(收稿 2010-07-02 修回 2010-08-26)
(编辑 吴培红)

(上接2544页)

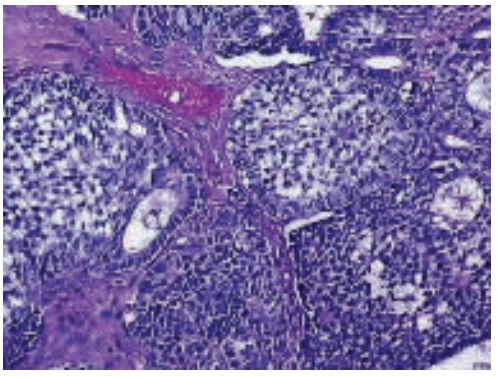


图1 卵巢两性母细胞瘤的病理观察(HE ×100)

2 讨论

卵巢两性母细胞瘤由 Meyer 1930 年首次报道,并于 1973 年列入世界卫生组织制定国际卵巢肿瘤组织分类的性索-间质肿瘤。依据 WHO 的意见,两性母细胞瘤是指肿瘤内含有分化好的典型卡-埃小体的颗粒细胞瘤和卵泡膜瘤成分,以及分化好的支持细胞肿瘤成分[2]。本例病理符合该诊断标准。这种肿瘤至今国内外报道仅数十例,其来源不明,可能来自具有向两性分化潜能的性腺间叶或性索组织[3]。

该病好发于生育年龄女性[4]。临床症状取决于肿瘤细胞的比例和激素分泌情况。可出现雌激素过高症状(如月经过多、子宫内膜增生症等),或出现男性化症状(如多毛、阴蒂肥大、闭经、声音低沉等),或同时出现男、女两性化症状。该肿瘤多为单侧,呈卵圆形,实性,直径 <6 cm。

本例患者自月经初潮开始即出现月经稀发症状,伴有喉结突出、声音低沉、阴蒂肥大等男性化症状。于生育年龄阶段表现为不孕及闭经,多次人工周期治疗均未能使月经复潮,而宫腔镜检查证实无宫腔黏连等器质性病变。将肿块切除后数天血清睾酮即降至正常水平,术后 1 个月患者月经即恢复正常,而患者前期治疗中曾反复多次人工周期治疗仍无月经来潮,但患者并无子宫性闭经。提示本例患者闭经与雌孕激素水平无关,而血清睾酮水平异常升高是导致患者闭经与不孕的原因。

尽管本瘤多数在形态上呈良性表现,但目前仍视为低度恶性肿瘤[5],应密切随访。对于该病的治疗,多数学者主张切除患侧附件或兼行子宫切除术即可治愈。而对于年轻患者为保留生育功能,手术范围可局限于切除患侧附件。由于病例较少,且随访时间不长,最后定论需进一步积累资料。该例患者术中快速病检报告为高分化型卵巢支持间质细胞瘤,倾向良性病变,因此征求患者家属意见后仅行肿瘤剥除。术后及妊娠期间监测 B 超未见明显异常,但仍需密切随访观察。

参考文献:

[1] McGluggage W G, Sloan J M, Murnaghan M, *et al*. Gynandroblastoma of the ovary with juvenile granulosa cell component and heterologous intestinal type glands[J]. Histopathology, 1996, 29(3):253-257.
[2] Tavassoli F A, Devilee P. 世界卫生组织肿瘤分类及诊断标准系列·乳腺及女性生殖器官肿瘤病理学和遗传学[M]. 程虹, 戴林, 郭双平, 等, 译. 北京:人民卫生出版社, 2006:180-198.
[3] 张建民. 中华临床病理学丛书. 卵巢病理学[M]. 南昌:江西科学技术出版社, 2006:398-401.
[4] Lee K R, Tavassoli F A, Pratt J, *et al*. Surface epithelial-stromal tumors[M]//Tavassoli F A, Devilee P. Pathology and genetics of tumours of the breast and female genital organs. Lyonl:IARC Press, 2002:159.
[5] Russell P, Robboy S J, Anderson M C. Sex cord-stromal andsteroid cell tumors of the ovaries[M]//Robboy S J, Anderson M C, Russell P. Pathology of the female reproductive tract. London: Churchill Livingstone, 2002:633-634.

(收稿 2010-08-02 修回 2010-09-03)
(编辑 王 红)