维普资讯 http://www.cqvip.com

文章编号:0253－3626(2004)02－0256－01

大网膜畸胎瘤病例报告 1 例

曾玉华，唐良荟

(重庆医科大学临床学院妇产科，重庆　400016)

【中国图书分类法分类号】R735　　【文献标识码】B　　【收稿日期】2003－09－22

1　临床资料

患者，31 岁，G_1P_1。因妇检发现左附件包块 9 月于 2001 年 11 月 29 日以"左卵巢肿瘤"入院。入院前 9 月体检时妇检扪及左侧附件区包块，无任何不适，月经规则。院外 B 超示左附件区 59mm×34mm×20mm 大小混合性块影，边界不清，壁厚；右侧卵巢大小回声正常。联系患者两月前有"急性盆腔炎"史，诊断为"盆腔炎性包块"，予静脉输注抗生素及自服"抗宫炎片"等综合抗炎治疗 10 多天，复查 B 超包块无明显改变而以"左附件区混合块"收入。入院时查体：T37.2℃，一般情况好，心肺(－)，腹部无压痛、反跳痛，肝脾未扪及。妇检：外阴、阴道(－)，宫颈光滑，无举痛摇摆痛，宫体后位，正常大小，左附件区扪及约 6cm×4cm×3cm 包块，形态不规则，质中偏硬，活动欠佳，无压痛；右附件区未扪及异常。入院后查 CA125 7.4U/ml，进一步复查 B 超提示"左附件混合块"大小同前近似。入院拟诊"卵巢肿瘤"，于 12 月 3 日行剖腹探查术，术中见：腹腔内淡黄色腹水约 150ml。子宫体常大，表面光滑，左输卵管水肿、充血明显，增粗，结节感明显，伞端闭锁，与大网膜形成膜状粘连，左卵巢大小形状无异；右卵巢形状大小正常，右输卵管大小正常，伞端闭锁，与右卵巢粘连。子宫直肠窝内见一约 60mm×50mm×40mm 囊性包块，表面呈紫兰色，与子宫后壁及直肠前壁粘连紧密，上方与大网膜致密粘连似源于大网膜，即行包块切除术。术后剖视：囊内有大量胶冻油脂样物，可见毛发。病理检查结果：大网膜囊性成熟性畸胎瘤。术后无复发，现生存良好。

2　讨　论

生殖细胞源性肿瘤，偶尔可发生于生殖系统以外的器官，如胃[1]、肠系膜[2]和大网膜[3]，但极为罕见。且发生于生殖系统以外的生殖细胞源性肿瘤多为良性囊性畸胎瘤，恶性畸胎瘤少见[1]；多为女性，偶尔可见于男性。肉眼观：囊肿大小直径数厘米至十余厘米不等，囊内充满皮脂和毛发，囊壁可含有牙齿及骨组织。光镜下：囊壁由伴有玻璃样变的纤维结缔组织所构成，内面为具有毛囊和皮脂腺的鳞状上皮，并含有三个胚叶的其他组织，与发生于卵巢者相似。

良性囊性大网膜畸胎瘤是一种罕见腹部肿瘤，常由卵巢畸胎瘤扭转种植形成，偶可原发。大网膜畸胎瘤的发生可能有以下机制[3]：1)畸胎瘤经不同机械原因(如卵巢肿瘤创伤、感染等)从卵巢脱落而种植于大网膜；2)卵巢畸胎瘤扭转而出现大网膜种植；3)经多处粘连卵巢畸胎瘤与卵巢分离而种植于大网膜；4)畸胎瘤直接源于大网膜上的副卵巢。前 3 种机制所形成的大网膜畸胎瘤其畸胎瘤本来发生于正常位置的卵巢，由于某种原因而寄生于大网膜(血供来自大网膜)，后逐渐与卵巢分离，这样的大网膜畸胎瘤具有富于血管的蒂与大网膜相连，而同侧的卵巢则很小。

良性大网膜畸胎瘤常无明显症状，患者多因体检或无意间扪及腹部无痛包块而就诊，B 超及腹部 X 片是重要的辅助诊断手段，但术前均难以准确定位。本例患者由于有盆腔炎病史，盆腔粘连明显，多次 B 超检查误诊的原因与患者盆腔广泛粘连解剖结构改变不无关系，同时 B 超医生先入为主的观念，缺少对大网膜畸胎瘤的认识，看见附件区包块后，没能再仔细探测是否还有独立的卵巢影就作出了诊断，给正确诊断带来困难。同时盆腔粘连大网膜包裹左侧附件，提供了左侧卵巢肿瘤脱落种植于大网膜的机会，因而估计本例患者是继发性的大网膜畸胎瘤。大网膜畸胎瘤一经确诊仍以手术治疗为主，尤其是良性畸胎瘤经剥除或切除术后很少复发，预后好；而未成熟性畸胎瘤尽管恶性程度高，但只要能尽可能切净瘤组织，术后辅以有效的化疗，预后也较好[1]。

作者介绍：曾玉华(1977－　)，女，住院医师，硕士生。

参　考　文　献

[1]　Gupta DK, Srinivas M, Dave S, et al. Gastric teratoma in children[J]. Pediatr Surg Int, 2000; 16(5－6): 329－332.

[2]　Ratan SK, Ratan J, Kalra R. Large benign cystic teratoma of the mesosigmoid causing intestinal obstruction: report of a case[J]. Surg Today, 2002; 32(10): 922－924.

[3]　Moon WJ, Kim YS, Rhim HC, et al. Coexistent cystic teratoma of the omentum and ovary: report of two cases[J]. Abdom Imaging, 1997; 22(5): 516－518.