维普资讯 http://www.cqvip.com

第22卷 第3期 重庆医科大学学报 Vol.22 No.3
1997 ACTA UNIVERSITATIS SCIENTIAE MEDICINAE CHONGQING 1997

卵巢支持－间质细胞瘤(附3例报告)

临床学院妇产科 赵国瑛* 叶之美

中图分类号 R737.31

卵巢支持——间质细胞瘤(Sertoli—Leydig cell Tumors,SLCT)又名睾丸母细胞瘤(Arrhenoblastoma)较为罕见，其发生率为卵巢肿瘤的0.08%～0.4%[2]。我院自1960年以来收治3例，其中1例肿瘤巨大，且伴有软骨肉瘤。现报告如下。

1 临床资料

例1 15岁，因闭经1年，腹胀伴腹部包块6月入院。5个月前在在某县医院诊断为"结核性腹膜炎"接受抗痨治疗。体检:消瘦贫血貌，不能平卧，喉节稍大，声嘶，毛发浓密，乳房未发育，心肺(—)。腹部极膨隆，扪及一巨大囊性包块，如双胎足月孕子宫大小。阴毛呈女性分布，阴蒂较肥大。肛查子宫不清楚。B超提示腹腔巨大多房囊肿。化验:RBC 1.99×10^{12}/L，Hb60g/L，CA$_{125}$595U/ml睾酮720ng/L，AFP与HCG均正常。剖腹探查:血性腹水800ml，腹腔内巨大肿瘤来自右侧卵巢，其表面多处与腹壁及大网膜疏松粘连，有破损，子宫稍小，左附件正常。行右侧附件及部分大网膜切除。肿瘤体积39cm×30cm×18cm，重12.5kg。剖面大部分为囊性，部分呈实性伴出血坏死。病理诊断:右卵巢支持－间质细胞瘤，低度分化型，大网膜无转移，腹水中未找到肿瘤细胞。术后予DDP+CTX化疗，共2疗程。1月后月经复潮，周期正常。3年后患者因停经36天腹胀痛1月再次入院。检查发现右下腹包块。再次手术，腹腔内有草黄色腹水2000ml，肿瘤25cm×20cm×20cm，有破口，破口四周与肠管腹膜粘连，内有陈旧性积血及血块500ml。子宫及左附件仍正常。切除肿瘤。术后第2天予DDP 300mg腹腔化疗，CTX0.2IVqd×5。继后在DDP+CTX全身化疗。每4周重复。病理报告:腹膜支持－间质细胞瘤，肉瘤型。4月后患者因下腹包块伴腹痛9天第三次入院手术，发现血性腹水1500ml，盆腔及壁层腹膜有大量肿瘤结节，质脆，行肿瘤减体手术，并切除子宫及左侧附件。病理诊断:盆腹腔支持——间质细胞瘤，肉瘤型，伴软骨肉瘤。术后改用DDP+VCR+VP16化疗，病情恶化，术后3月死亡。

例2 29岁，因结婚1年余未孕伴闭经6月入院。既往月经14$^{4\sim5}$/30天，近四年经量减少周期为1$^{\sim3}$天/2～5月。妇检:阴毛呈女性分布，阴蒂不大，子宫稍小，活动，右侧扪及5cm直径大小实性包块，质硬，活动，左侧(—)。剖腹探查:无腹水，右卵巢肿块5cm×5cm×4cm，表面光滑无粘连，左附件正常，行右侧附件切除。病理诊断为SLCT，低分化型。术后1月月经复潮，3月后受孕，足月产2次，已存活20年。

例3:24岁，因月经紊乱1年余，发现盆腔包块1周入院。剖腹探查:无腹水，右卵巢包块6cm×4cm×4cm，实质，表面光滑，左附件正常，行右附件切除。病理诊断:卵巢SLCT高分化型。术后按月行经，次年顺产一子，8年后因左输卵管间质部妊娠手术，术中见左卵巢正常，至今存活10年。

2 讨论

卵巢支持——间质细胞瘤来自原始性腺间质，由分化程度不等的睾丸间质细胞及/或支持细胞组成，大多数肿瘤可产生雄激素，因而临床表现多为去女性化，如月经稀发，经量减少，乳房萎缩，子宫变小等，继而可出现毛发增多，痤疮，声调低沉，阴蒂肥大等男性化征象，血浆睾酮和尿17酮常增高[3]。少数以支持细胞为主的肿瘤可产生雌激素。Young[4]报告10例卵巢支持细胞瘤中，2例出现性早熟，1例为绝经后出血。大约10%～25%的肿瘤无内分泌功能[2]。一般认为肿瘤分化差或中等分化者，临床表现多为男性化。本组例1、2肿瘤分化均差，患者均有去女性化表现，例1还出现声嘶、阴蒂肥大。例3肿瘤分化好，患者仅有月经紊乱，惜术前未考虑本病之可能，因而未做内分泌检测。

本病多发生于20～40岁的年轻妇女，少数可见于青春期前或绝经后[1,2]。肿瘤为单侧性，极少为双侧，质实，中等大小。本组例1原发瘤为39cm×30cm×18cm，重12.5kg，实属罕见。SLCT的组织形态学较复杂，大约5%可伴有异源成份[2]，如胃肠型的粘连上皮，嗜银细胞，横纹肌，软骨等。其来源可能为间叶组织化生。Young[3]曾报告12例含异源成分的SLCT，其肿瘤较大，平均最大直径为18.5cm，其中11例肿瘤分化差，1例为中度分化。本组例1肿瘤巨大，低分化，复发瘤中发现有软骨肉瘤，Young报告的12例中亦有2例在复发瘤中才发现异源成份，因为原发瘤过大，异源成份

* 女，1941－08出生，副教授

癫痫 儿童 睡眠期 电持续状态

维普资讯 http://www.cqvip.com

较少，组织切片不足以致遗漏。因此，对肿瘤较大，尤其是肿瘤分化差者，病检应多取材。

卵巢SLCT为良性或低度恶性肿瘤，5年生存率为64%～97%[4]。一般认为分化好的肿瘤，绝大多数为良性，分化差的，特别是含未成熟异源成分者，其予后与卵巢肉瘤相当[5]。治疗方面，如肿瘤包膜完整(Ⅰ期)，一般可行病侧附件切除术。如文中例2、3，患者术后月经迅速恢复正常，均有生育，分别存活10与20年。若肿瘤较大且分化差，包膜破裂，或含未成熟异源成分，即使包膜完整术后均应辅以化疗。Young[6]报告12例含异源成份的SLCT中，术后仅1例化疗，9例死亡，其中3例为Ⅰ期。如肿瘤已向盆腹腔扩散，应行肿瘤细胞减灭术。年轻患者，仍可保留对侧健康的卵巢，术后化疗。国内何氏[5]报告8例SLCT，5例为Ⅰ$_a$以上患者，术后均接受化疗1～2疗程，无一死亡。本组例1肿瘤含异源成份，虽术后用CP方案化疗2疗程，3年后仍复发，再次切除肿瘤后，积极化疗，亦未能控制肿瘤发展，提示含异源未成熟成分的SLCT，恶性程度高，术后除应更积极化疗外，还必需密切随访，至于化疗的方案和疗程仍有待进一步探讨。

参考文献

1.陈忠年主编.妇产科病理学 (上册)，第1版
上海:科学技术出版社，1982;183～186
2.林巧稚主编，妇科肿瘤，第1版，北京:人民卫生出版社，1982;206
3.Young R H,et al CANCER 1982;50:2465
4.ROBERT H.et al int J Gynecol Pathol.1984;2:349
5.何洪成，等.实用肿瘤杂志 1989:4:107

(收稿日期 1996－12－17)

(32)
265-266

儿童睡眠中癫痫性电持续状态2例报告

中图分类号 R74B

儿童医院 郭智超* 蔡方成

R742.1 R748

最近我们注意到2例儿童癫痫，在睡眠期出现癫痫性电持续状态，国内报告甚少，现报告予后。

1 临床资料

例1 唐某，男$2\frac{4}{12}$岁，患儿于入院前半天出现高热，于当日午睡时全身性惊厥发作一次，历时2～3分钟，数分钟后又类似发作1次。既往史无特殊。无惊厥或癫痫家族史。二周后作脑电图检查，清醒背景活动正常，无痫性放电波出现。睡眠期顶尖波及睡眠梭两侧可见，于左额、颞、中央、枕区反复出现不同步的尖一慢、棘一慢活动。诊断为癫痫，予以鲁米那治疗，发作停止。随访1年，未再发作，复查脑电图，清醒期正常，然于睡眠期双侧各脑区出现2.5～3Hz波高幅棘一慢活动，杂以1.5～3Hz，持续于整个睡眠描记中，顶尖波及睡眠梭未能显示。续续鲁米那治疗。

例2 蔡某，男，6岁，于4年前反复夜间出现全身性惊厥，历时10～40分钟，在院外脑电图检查异常(不详)，给于鲁米那及苯妥英钠治疗无效，改服癫健安，发作控制。4年后来我院检查，清醒期背景正常，各脑区阵发性出现高幅尖、棘波，2.5～3.5HZ慢尖－慢、棘－慢波。一进入睡眠期则为持续性2—4Hz高幅尖－慢、棘－慢活动，无法辨认顶尖波及睡眠梭，一年后随访，亦无临床发作，但智力轻度低下，说话不清;CT示轻度萎缩，脑室轻度扩大;脑电图仍为上述持续性癫痫性放电。因此，改服卡马西平治疗。

2 讨论

儿童睡眠中癫痫性电持续状态(Electrical status epilepticus during sleeping children eses ESES)为一种儿童少见综合征，于1971年由patry首次报告，国内刘晓燕等于1993年报告4例。

ESES目前尚无统一断标准，但多采用Patry的标准，即持续性棘慢波放电占非快速眼动期(NREM)85%以上较为合适[1]。近年研究，此种现象并非一个独立癫痫类型，可由数种儿童癫痫类型引起，如获得性失语性癫痫(LKS)，儿童良性癫痫伴中颞区棘波(BECT)，Lennox—gastut(LGS)、器质性脑损伤合并癫痫、癫痫、癫痫伴波睡眠期持续性棘－慢波(CSWS)等。

ESES常在病程某一阶段出现，于NREM期出现广泛的2～2.5Hz高电压弥漫性(少数为局限性)棘－慢波，持续发放，于快速眼动期(REM)放电状态消失，但可表现为陈发性或局限性异常。在持续性放电期由于大量放电波掩盖了脑波活动，使顶尖波、睡眠梭K—综合波无法显示。

* 男，1945～10出生，副教授