DOI:10.16016/j.1000-5404.2002.04.057



图2 (MRI, T2W, 冠状位)胸(降)主动脉中下段由左侧越过脊柱至右侧膈顶水平呈梭形扭曲

3 讨论

3.1 解剖学与影像学表现的联系

3.1.1 无名动脉是从主动脉凸面分出来的三支动脉中第一支也是最大的一支,长约3.7~5 cm[2]。它经气管前绕向右,后上行。在右胸锁关节平面,分为右颈总动脉和右锁骨下动脉。正常情况下无名动脉位于右上纵隔内,正位胸片上并不显示。高血压,动脉壁弹性降低发生扩张,扭曲致血管影向肺野呈半圆形突出,构成"瘤样"块影。其解剖学的部位决定了"团块"的特殊位置。

3.1.2 主动脉是具有高度弹性的管道,在胸腔内有两点是固定的,一点是升主动脉起始部,另一点为降主动脉穿过膈肌裂孔处,随着年龄增长,动脉壁因发生退行性改变或粥样硬化而失去弹性,发生增宽或延长,到60岁以上则不再增宽,而表现为以延长为主的改变[3]。

由于主动脉的在胸腔内的两个固定点,延长的主动脉必须改变自身正常行经,以适应其增加的长度。加之老年性脊柱后凸,侧弯,肋弓变平等胸廓变形,以及高血压,动脉硬化等,使主动脉改变正常位置而移位。常规胸片较易辨认常见的升主动脉向右、前突,主动脉弓顶高达或超过胸锁关节,或明显向左突出,降主动脉向左、后弯凸,主动脉窗增宽等变化。而少数降主动脉则表现为"S"形屈曲,即先向左弯突,继而越过脊柱右凸,在膈上再弯向左,从而构成了胸段降主动脉屈曲形成的"瘤状"阴影,出现在脊柱两侧。部分病例在侧位胸片上,扭曲的降主动脉呈轴位投影,表现为圆形的致密阴影,如果缺乏对这种X线征象的解剖及病理基础的认识,尤其是首次进行胸部X线检查时,较易误诊为肺内或纵隔"肿瘤"。本研究有7例在院外误诊为肺内或纵隔肿瘤,应引以为诫。

3.2 本组病例的临床及影像学特点

本组病人均为55岁以上老年人。有较长的高血压病史。无咯血等呼吸道症状。透视,胸片及体层显示特殊解剖部位-右上纵隔旁,右上纵隔或心膈角脊柱前块影。密度均匀,外侧缘光整与相应动脉关系密切。CT或MRI证实"瘤样"块影为扭曲的血管影。

3.3 诊断与鉴别诊断

对老年人;有长期高血压病史;无呼吸系统症状;胸片发现右上纵隔,纵隔旁或心膈角部有密度均匀,外缘光整的"块影"的病人,放射学的检查要点是弄清楚病灶的位置,即定位于何种脏器组织。胸片,体层特别是电视透视进行多方位观察,旋转病人至适当角度,清晰显示主动脉的扭曲行经,观察其有无搏动及与相应动脉血管是否相续,可将扭曲的血管与纵隔及肺内肿块相鉴别。必要时再进行CT及MRI检查解决定位问题。MRI检查由于血流的特殊流空效应,对辨认血管最具特征性。无创性检查,安全且准确。同时与肺癌(纵隔旁型,肺上沟癌),纵隔肿瘤,心包囊肿疾病的鉴别也较容易。

关键词:无名动脉;降主动脉;影像学
中图法分类号:R816.2 文献标识码:B

参考文献:

[1] 朱纪武,张闵光,陆 健 等.类似胸内肿瘤的降主动脉增宽和扭曲(附12例报告)[J].实用放射学杂志,1995,11(8):465-467.
[2] 巫北海 主编.X线解剖图谱正常,变异[M].重庆:科学文献技术出版社重庆分社,1985.153.
[3] 张朝佑 主编.人体解剖学(上册)[M].北京:人民卫生出版社,1998.800-801.
[4] Baron R L. Computed tomography in the evaluation of mediastinal widening [J]. Radiology, 1981, 138(1): 107-109.

(编辑 谢义霞)

经验交流

文章编号:1000-5404(2002)04-0496-02

43例颌骨造釉细胞瘤复发因素探讨

Exploration of recurrence factors in 43 cases of jaw ameloblastoma

廖 伟,陈伟良,潘朝斌,王建广,李劲松 (中山医科大学孙逸仙纪念医院口腔颌面外科,广州 510089)

造釉细胞瘤是一种较常见的牙源性肿瘤,虽为良性,但因具有明显的局部浸润、破坏颌骨和高复发率的特点而日益引起广大口腔科医师的重视。本研究对43例复发性颌骨造釉细胞瘤的复发因素进行了探讨,现报告如下。

1 材料和方法

所有病例来源于中山医科大学孙逸仙纪念医院口腔颌面外科1963年2月-2001年5月收治的住院病员。病例入选条件:①首次手术后病理确认为颌骨造釉细胞瘤。②均经手术治

作者简介:廖 伟(1968-),男,四川省万县人,主治医师,主要从事口腔疾病方面的研究,发表论文12篇。电话:(020)84219995-36343
收稿日期:2001-01-16;修回日期:2002-03-12

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net

疗。③均有至少一次以上的复发史且每次均经病理证实。④影像学病历资料完整。复习全部病历资料, 多次复发者均统计为一例入选病例。

2　结果

2.1　一般情况

本研究共收集颌骨造釉细胞瘤 147 例, 男性 79 例, 女性 68 例; 复发 43 例, 男性 19 例, 女性 24 例; 总复发率为 29.25%, 男性患者复发率 24.05%, 女性患者复发率 35.29%。复发年龄最大 79 岁, 最小 13 岁, 平均年龄 35.65 岁; 复发病程最长 13 年, 最短术后 1.5 月, 平均复发病程 3.72 年, 复发高危期在术后 2.5~5 年, 共 27 例, 占 63%。一次复发 20 例, 占复发数的 46.51%; 二次复发 13 例, 占复发数的 30.23%; 三次复发 7 例, 占复发数的 16.28%; 四次复发 2 例, 占复发数的 4.65%; 五次复发 1 例, 占复发数的 2.33%; 平均复发 1.86 次/人。

2.2　肿物发生部位与首次复发

147 例颌骨造釉细胞瘤仅 1 例发生于上颌骨, 43 例复发病例全部发生下于下颌骨, 左: 右为 1∶0.78, 发生于后磨牙区下颌骨体及下颌骨角区 38 例, 占 88.37%, 其余部位 5 例, 占有 11.63%。

2.3　肿物大小、是否侵犯下颌神经管及软组织与复发

肿物在 X 线影像上侵犯颌骨范围大于 3 个牙位以上者 35 例, 占 81.40%; 侵犯下颌神经管, 再次手术后病理证实侵犯下牙槽神经血管束 21 例, 占 48.84%; 体格检查肿物向唇颊及舌侧穿透皮肤、粘膜形成瘘管, 术后病理证实软组织受侵者 9 例, 占 20.93%。

2.4　X 线表现与复发

实质型 0 例, 单房型 3 例, 占 7%; 多房型 40 例, 占 93%。

2.5　术前诊断准确率与复发

术前诊断为颌骨造釉细胞瘤 33 例, 占 76.74%; 诊断为根尖囊肿、含牙囊肿、角化囊肿、骨肉瘤 10 例, 占 23.26%; 但 X 线表现为单房型 3 例患者术前误诊率达 100%均诊断为牙源性囊肿。

2.6　手术方式与复发

首次手术采用保守手术(刮治术)27 例, 占 65.12%; 复发后再次采用保守性手术者 8 例, 占 18.60%, 而此 8 例患者中 7 例复发, 二次复发率达 87.50%; 7 例二次复发患者中 2 例仍采用保守性手术, 三次复发率达 100%; 首次复发后采用保守性手术+骨腔液氮冷冻术者 3 例, 均未见复发。

2.7　复发部位

27 例采用保守性手术复发者复发部位 100%位于原发灶颌骨内, 16 例采用根治性手术复发者复发部位 2 例位于截骨残端, 占 12.50%, 1 例位于植入之肋骨上占 6.25%, 位于软组织中 13 例, 占 81.25%, 其中位于颞下凹、翼腭凹者 10 例, 占 62.50%, 多次复发后有 2 例侵犯颅底。

2.8　病理分型与复发

43 例首次复发患者中滤泡型 33 例, 占 76.74%; 棘皮瘤型 7 例, 占 16.28%; 颗粒细胞型 2 例, 占 4.65%; 基底细胞型 1 例, 占 2.33%; 二次、三次、四次、五次复发者均为滤泡型, 其中 1 例较特殊, 第一次、二次、三次手术后病理均为滤泡型, 第三次复发根治术后病理结果为棘皮瘤型。

2.9　复发与预后

43 例复发患者经 3~15 年随访, 死亡 4 例, 但死亡原因均非颌骨造釉细胞瘤所致。

3　讨论

造釉细胞瘤又称成釉细胞瘤, 是口腔颌面部较常见的颌骨良性肿瘤, 属于临界瘤, 有局部浸润生长的特点, 其发生有多种组织来源; 可能来自于造釉器和牙板的残余上皮或牙周组织中的上皮残余; 也可能来自于口腔粘膜上皮基底细胞; 或来自于含牙囊肿和角化囊肿的衬里上皮[1]。多见于 20~29 岁, 无明显性别差异, 一般好发于下颌骨, 70%位于磨牙区和升支部, 生长缓慢, 早期无自觉症状, 后期因体积增大致面部畸形和功能障碍。

病理学上造釉细胞瘤分为 5 型, 即滤泡型、丛状型、棘皮瘤型、基底细胞型和颗粒细胞型。近年来还有学者将造釉细胞瘤按临床大体病理表现分为 5 型: 单囊型、多囊型、实体型周边型和恶性型(即造釉细胞癌)。一般认为实质型为肿瘤早期, 以上皮细胞增殖为主, 随病情发展, 实质型肿块由于长大血供不足而出现退变, 囊变为囊肿型, 故多把囊肿型作为肿瘤的晚期[2]。Takahashi[1] 认为丛状型处于肿瘤发展的早期, 恶性程度较低, 即使用简单刮除术的复发率也不高, 而滤泡型和棘皮瘤型内有鳞状化生, 局部侵袭性强, 单纯刮除术后复发率较高, Li 也支持这一观点[3]。

颌骨造釉细胞瘤的 X 表现无特异性, 大致可分为: 实质型、单房型、多房型、峰房型、混合型。宁守诚等[4] 认为颌骨造釉细胞瘤 X 线分型与病理分型可能有一定关系, 他们发现单房型以丛型为主, 包膜完整; 多房型以滤泡型常见, 膨胀性强; 峰型则以鳞状化生型多见, 包膜不完整, 易浸润骨组织。多数学者认为单房型造釉细胞瘤往往有较完整的囊壁, 局部浸润性较弱, 周边骨质受累程度小, 彻底刮除后无残余瘤体, 复发率低, 可获良好的外形和功能恢复, 故首选刮治术; 而蜂窝型、多房型破坏性、汉字润性强, 刮治术后往往有瘤体残余, 易于复发, 多次刮除刺激瘤体有恶变可能, 应首选根治性手术[5]。

国外报道造釉细胞瘤颌骨切除术后的复发率在 10%左右, 华西医科大学口腔医学院报告总复发率为 19.66%。本研究统计资料复发率达 29.25%, 之所以有如此高的复发率可能同以下因素有关: ①术前误诊。②手术方式选择不当, 趋向保守。③对肿瘤体积大(≥3 个牙位)、穿破软组织者切除不彻底。④保存受侵犯的下牙槽神经血管束。如何在保证功能和美观的同时减少复发率, 任材年等认为手术至少要考虑病变部位、范围、病理类型、X 线表现和年龄因素[6]。本研究主张: ①对侵犯范围大(≥3 个牙位), X 线表现为多房、峰房、混合型, 病理为滤泡型、棘皮瘤型, 发生于上颌骨, 下牙槽神经血管束受侵犯, 尤其是术后复发者应首选根治性手术。②提高术前诊断准确率, 必要时术中冰冻切片确诊。③保守性手术应辅以骨腔冷冻或电灼术。④增强手术时的无瘤观念和无瘤操作。⑤对于儿童, X 线表现为单房型, 病理为丛状型, 体积小, 不侵犯软组织及下牙槽神经血管束者可考虑采用保守性手术。

关键词: 复发, 造釉细胞瘤
中图法分类号: R739.82　　文献标识码: B

参考文献:

[1] Takahashi K, Miyauchi K, Sato K. Treatment of ameloblastoma in children

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved.　http://www.cnki.net

[J]. Br. Joral Maxillofac Surg, 1998, 36(6): 453－456.
[2] 邹兆菊、吴运堂、马绪臣, 等. 口腔颌面 X 线诊断学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 1987. 112.
[3] Li T J, Kitano M, Arimura K, *et al*. Recurrence of unicystic ameloblastoma: a case report and review of the literature[J]. Arch Pathol Lab Med, 1998, 122(4) 371－374.
[4] 宁守诚、张锡泽, 等. 颌骨造釉细胞瘤的 X 线、病理对照研究[J]. 中华口腔医学杂志, 1984, 692(2): 72－75.
[5] 廖大鹏、周正炎. 造釉细胞瘤治疗进展[J]. 口腔颌面外科杂志, 2000, 10(4): 338.
[6] 任材年、陈光晔、陈伟良, 等. 颌骨造釉细胞瘤手术及其预后的探讨[J]. 口腔医学纵横, 1988, 4(3): 163.

（编辑 王 红）

个案与短篇

文章编号: 1000-5404(2002)04-0498-01

卵泡膜细胞瘤破裂合并成熟性畸胎瘤 1 例

A case report of the ruputure of thecoma combined with mature teratoma

李玉艳, 熊光武, 王晓萍, 梁志清 （第三军医大学附属西南医院妇产科, 重庆 400038）

患者, 女性, 33 岁, 既往月经规律, 因“腹胀 10 d, 加重伴腹痛 4 d”于 2001-08-09 入院。2001-07-29 无诱因出现持续性腹胀, 曾按“慢性胃炎”处理, 无好转。2001-08-05 腹胀突然加重, 伴腹痛, 放射至双肩, 阵发性胸闷、心慌、气促。入院查中度贫血貌, 心肺(-), 腹部膨隆, 下腹正中扪及一 10 cm× 10 cm 质中、不活动包块, 移浊＋＋, 妇检子宫正常大, 左附件区扪及一 10 cm× 10 cm 包块, 质中, 压痛, 边界不清, 活动差, 右侧扪诊不清。入院后 B 超示: 子宫左后方及右附件区均见实性为主的囊实性包块, 腹腔大量积液, 考虑卵巢肿瘤(癌?)。腹穿放液 1 350 ml, 血性, 查 Hb 79 g/L, TSGF(恶性肿瘤特异性生长因子)68.2 U/ml, CA_{125} 125.1 IU/ml。临床拟诊卵巢癌, 于 2001-8-13 在全麻下行剖腹探查见: 血性腹水 4 300 ml, 大网膜见多个直径约 1cm 大小血囊肿样病灶, 肝、横膈、肾、肠管、子宫等均正常, 左侧卵巢 13 cm× 11 cm× 10 cm, 形态不规则, 表面见多个淤血结节, 直径 1～2 cm 大小, 部分有破口及渗血, 右卵巢 11 cm× 10 cm× 10 cm, 形态不规则, 表面光滑, 有淤血病灶, 无明显破裂口, 均与周围组织粘连, 盆腔淋巴结无明显增大, 主动脉旁多个淋巴结肿大, 花生米大小, 质硬。术中取左卵巢送冰冻切片, 报告为卵巢卵泡膜细胞瘤, 恶性肿瘤不能除外。即行卵巢肿瘤细胞减灭术(全子宫、双附件、大网膜、阑尾切除术)＋盆腔、腹主动脉旁淋巴结清扫术。术后病检报告为: ①(左侧)卵巢卵泡膜细胞瘤伴出血坏死, 细胞生长活跃; ②右卵巢成熟性囊性畸胎瘤伴出血、坏死。术后予以抗感染、止血及输全血、血浆及人血白蛋白等对症支持治疗, 再次逐渐出现全身水肿及腹部胀痛, 第 8 天拆线后切口及引流口见较多渗出; 术后 13 d 在下腹扪及一 12 cm 直径大的实性包块, B 超考虑血肿形成。在局麻下行盆-腹腔动脉造影, 未见明确出血征象, 行双侧髂内动脉栓塞术, 症状无缓解。术后 17 d 再次剖腹探查见: 暗红色腹水 4 000 ml, 腹膜与肠管之间广泛粘连, 其间见多个直径 0.5～3 cm 大小的血囊肿, 切开有少许血性液体流出, 创面渗出多, 肠管、腹膜均水肿, 行腹腔粘连松解术, 腹腔内注射喜典针 16 mg。术后水肿及腹胀稍缓解后又逐渐加重。术后第 6 天加用普维拉片 100 mg 口服, 1 /d, 水肿及腹胀逐渐缓解, 术后第 19 天痊愈出院, 目前患者已失访。

讨论

该患者左卵巢为卵泡膜细胞瘤, 合并右卵巢成熟性畸胎瘤, 较罕见。日本学者[1]曾报道 2 例一侧卵巢肿瘤组织中同时存在卵泡膜细胞瘤和成熟畸胎瘤两种组织成分, 但两种组织间边界清晰、无相互移行和交叉。本例患者卵泡膜细胞瘤破裂出现血性腹水, CA_{125} 增高, TSGF 可疑增高, 术前考虑为卵巢癌, 第一次手术时大网膜上发现血囊肿, 术后再次出现盆腔巨大包块, 再次手术见肠管与腹膜间多个血囊肿及包裹性血性积液, 病检已排除恶性肿瘤, 考虑可能与卵泡膜细胞瘤破裂肿瘤种植形成粘连包裹有关。在治疗方面, 卵泡膜细胞瘤行单纯附件及子宫切除, 腹水可自动消失及 CA_{125} 下降[2], 但该例患者行手术切除及预防性化疗效果均差, 加用大剂量孕激素普维拉后, 症状明显缓解直至消失, 可能与卵泡膜细胞瘤有分泌雌激素功能有关。卵泡膜细胞瘤虽为良性肿瘤, 但有报道[3]黄素化卵泡膜细胞瘤可合并硬化性腹膜炎, 出现大量腹水, 甚至出现肠梗阻, 可严重影响患者生活质量, 可能卵泡膜细胞瘤与腹膜疾病间有独特的联系。该患者出现大量暗红色血性腹水, 在大网膜、腹膜及肠管间出现多个血囊肿, 以及广泛粘连, 有腹膜炎征象, 但目前无硬化性腹膜炎证据, 因此预后有待长期随访。

关键词: 卵巢肿瘤; 泡膜细胞瘤; 畸胎瘤
中图法分类号: R737.31 文献标识码: B

参考文献:

[1] Morimitsu Y, Nakashima O, Kage M, *et al*. Coexistence of mature teratoma and thecoma in an ovary. A report of two cases[J]. Acta Pathol Jpn, 1991, 41(12): 922－926.
[2] Bognoni V, Quartuccio A, Quartuccio A. Meigs' syndrome with high blood levels of CA 125. Clinical case and review of the literatureo[J]. Minerva Ginecol, 1999, 51(12): 509－512.
[3] Iwasa Y, Minamiguchi S, Konishi I, *et al*. Sclerosing peritonitis associated with luteinized thecoma of the ovary[J]. Pathol Int, 1996, 46(7): 510－514.

（编辑 谢义霞）

作者简介: 李玉艳(1972－), 女, 重庆市人, 硕士研究生, 医师, 主要从事生殖医学方面的研究。电话: (023)68754409

收稿日期: 2002-01-24; 修回日期: 2002-03-24

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net