DOI:10.16016/j.1000-5404.2002.04.058

[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