

卵巢卵泡膜细胞瘤伴胸、腹水两例报告

Ovarian thecoma with ascites and hydrothorax: a report of 2 cases

徐明娟, 崔英, 刘安 (第二军医大学长海医院妇产科, 上海 200433)

[关键词] 卵巢卵泡膜细胞瘤; 胸水; 腹水

[中图分类号] R 737.31 [文献标识码] B [文章编号] 0258-879X(2007)09-0988-01

1 临床资料 患者一,女,71岁,因胸闷、活动后气急2个月,门诊以右侧大量胸腔积液原因待查收入呼吸科。行胸腔穿刺,引出2 500 ml黄色稍浑浊胸水,为渗出液,结核杆菌及脱落细胞检查为阴性;CT:子宫小肌瘤,盆腔实性包块,腹腔积液。妇科检查:子宫大小正常,盆腔可及直径8~10 cm包块,质硬,活动度差,边界不清。各项肿瘤标志物在正常范围。转入妇科手术探查:腹腔有淡黄色腹水300 ml,子宫略小于正常,右侧卵巢肿瘤13 cm×11 cm×7 cm,灰白色,局部有黄色改变,左侧附件外观无异常,术中冰冻及术后病理:右侧卵巢卵泡膜细胞瘤。术后一般情况好,1个月后复查胸、腹水消失。

患者二,女,66岁,因摔跤后感右下腹胀痛,超声检查盆腔肿块16 cm×11 cm×10 cm,CT:盆腔实性包块,腹腔积液,右侧中量胸腔积液;行胸腔穿刺,引出1 300 ml淡黄色胸水,细胞学检查为阴性;血 $CA_{125} > 500$ kU/L。手术见:腹腔有淡黄色腹水1 000 ml,子宫大小正常,左侧卵巢肿瘤18 cm×10 cm×12 cm,表面呈紫蓝色,张力高,右侧附件外观无异常,术中冰冻及术后病理:左侧卵巢卵泡膜细胞瘤。术后一般情况好,术后1个月复查胸、腹水消失,血 $CA_{125} < 35$ kU/L。

2 讨论 在卵巢肿瘤中,常见卵巢纤维瘤可伴有胸腹水产生。根据文献还有其他类型的良性肿瘤可以产生胸、腹水,如卵巢卵泡膜细胞瘤、卵巢甲状腺肿、卵巢良性Brenner瘤、卵巢成熟畸胎瘤、卵巢水肿、卵巢纤维瘤样变、浆膜下子宫肌瘤、卵巢平滑肌瘤、卵巢颗粒细胞瘤等,但较少见。1954年Meigs等发现能产生胸、腹腔积液的盆腔肿瘤有10余种,其中有良性和恶性肿瘤。凡符合下述标准者称之为真性麦格综合征:(1)原发肿瘤必须是良性实质性纤维瘤样肿瘤;(2)肿瘤必须伴有腹水、胸腔积液,胸腔积液以右侧多见;(3)切除肿瘤后腹水、胸腔积液消失且不复发。胸、腹水的产生

并非是卵巢纤维瘤特有的症状,良性肿瘤也可合并有胸腔积液和腹水。麦格综合征的发病年龄以中老年为主,其中40~60岁多见,青春期罕见。本组2例患者术后病理诊断为卵泡膜细胞瘤,术后胸、腹水很快消失,此瘤临床上约有2%~5%的恶变率,根据病理结果,必要时化疗,需定期随访。

盆腔良性包块产生胸腹水的原因不清,学者认为腹膜的炎性反应、肿瘤压迫对腹膜的刺激、淋巴管阻塞和通透性增加及腹膜间质水肿,是胸、腹水产生的原因。研究认为胸腹水产生与炎性细胞因子IL-1 β 、IL-6、IL-8、肿瘤坏死因子升高有关。胸腔积液可发生于卵巢肿瘤的同侧或对侧,也可为双侧,但以右侧为主,本组2例在此点上与此相符。

麦格综合征患者血清 CA_{125} 升高的机制不清,生化因素(如补体激活、组织胺释放、纤维蛋白降解产物产生等)、巨大肿瘤的机械刺激或大量腹水致腹内压增加,可能是 CA_{125} 升高的原因。采用免疫过氧化物酶染色法发现,麦格综合征患者腹膜间皮细胞表达血清 CA_{125} 导致血清 CA_{125} 升高,而不是由纤维瘤本身引起;此外有学者认为大网膜、肠系膜的间皮细胞也高表达 CA_{125} 。还有学者发现,外周血清 CA_{125} 升高与腹水量呈正相关。

盆腔包块伴胸腹水伴 CA_{125} 水平升高,在术前大都被诊断为晚期恶性肿瘤;其实它们虽有恶性肿瘤的表现,但没有确证的证据,细胞学检查找不到恶性细胞;对于这些患者应结合影像学检查综合考虑,而不是盲目诊断为卵巢癌;对女性胸腔积液患者,常规进行妇科检查,有助于诊断。

[收稿日期] 2007-05-23

[修回日期] 2007-07-09

[本文编辑] 曹静

[作者简介] 徐明娟,博士,副教授、副主任医师。