

DOI:10.16781/j.0258-879x.2018.12.1411

• 病例报告 •

## 巨大卵巢黏液性囊腺瘤 1 例报告

胡蓉, 汪静文, 王晶晶, 贺茜\*

海军军医大学(第二军医大学)东方肝胆外科医院妇科, 上海 200438

[关键词] 卵巢肿瘤; 黏液囊腺瘤; 输尿管; X线计算机体层摄影术

[中图分类号] R 713.6 [文献标志码] B [文章编号] 0258-879X(2018)12-1411-02

### A giant ovarian mucinous cystadenoma: a case report

HU Rong, WANG Jing-wen, WANG Jing-jing, HE Qian\*

Department of Gynecology, Eastern Hepatobiliary Surgery Hospital, Navy Medical University (Second Military Medical University), Shanghai 200438, China

[Key words] ovarian neoplasms; mucinous cystadenoma; ureter; X-ray computed tomography

[Acad J Sec Mil Med Univ, 2018, 39(12): 1411-1412]

**1 病例资料** 患者女, 51岁, 2个月前出现上腹部包块(卵巢癌? 卵巢囊腺瘤?); (2)中度贫血。饱胀不适, 进食后尤明显, 1个半月前自觉腹部迅速膨隆, 影响进食, 体质量减轻5 kg。患者孕2产1, 48岁绝经, 多年未行妇科检查。无发热、腹痛, 无不规则阴道流血, 大小便自解, 无改变。于2016年11月22日入我院。体格检查: 一般情况可, 消瘦, 贫血貌, 腹部膨隆明显, 腹围为90 cm(如足月妊娠), 质硬, 轻压痛, 有移动性浊音。妇科检查: 阴道通畅, 宫颈光滑, 盆腔可触及直径约22 cm巨大包块。查血常规示: 白细胞计数为 $3.95 \times 10^9/L$ , 血红蛋白为72 g/L。超声检查示: 盆腔内见无回声区, 凸向腹腔生长, 上至剑突下三指, 左右至腋前线, 内见多处分隔(图1A、1B); 下腹部可见52 mm无回声区, 内可见絮状漂浮物, 肝肾间隙可见10 mm无回声区, 右肝前可见9 mm无回声区。盆腔计算机断层扫描(computed tomography, CT)检查示: 盆腹腔占位, 内见多个结节样突起, 卵巢囊腺瘤可能, 卵巢癌不能排除。盆腔磁共振成像(magnetic resonance imaging, MRI)检查示: 盆腔内包块, 内见多发分隔, 增强后分隔强化, 前壁见片状增强信号(图1C、1D)。查肿瘤标志物示: 糖类抗原125(carbohydrate antigen 125, CA125)为106 U/mL。其他各项检查未见异常。入院诊断: (1)盆腔巨大

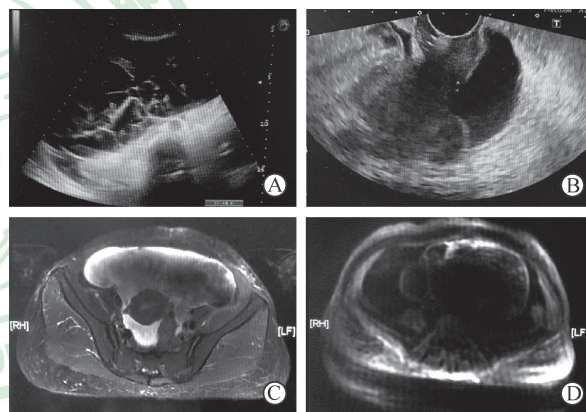


图1 患者影像学资料

A, B: 超声检查显示盆腔包块内见多处分隔; C, D: 盆腔磁共振成像(MRI)显示盆腔内包块, 内见多发分隔, 增强后分隔强化, 前壁见片状增强信号

入院后纠正贫血, 输注红细胞悬液2 U, 复查血红蛋白为102 g/L, 排除手术禁忌证后于2016年11月30日行剖腹探查术。麻醉后先放置输尿管双J管预防输尿管损伤。术中见盆腔大量淡黄色腹水, 抽出约2 000 mL; 右侧卵巢增大, 大小约24 cm×20 cm×15 cm, 包膜完整, 色暗红, 未见破口; 左侧卵巢大小正常, 约2 cm×3 cm×3 cm, 色灰白; 子宫大小正常, 表面光滑; 双侧输卵管外观未见异常, 盆

[收稿日期] 2018-04-25

[接受日期] 2018-10-06

[作者简介] 胡蓉, 硕士生, 主治医师. E-mail: xiaohuliyanzhou@163.com

\*通信作者(Corresponding author). Tel: 021-81887177, E-mail: heqian@smmu.edu.cn

腔未见粘连及菜花样赘生物。切除右侧附件后结束手术。切除肿瘤质量约 3 000 g, 内见多房分隔, 内壁光滑, 未见乳头样突起及增生, 囊内见大量淡黄色胶冻样液体。术中冰冻切片病理结果提示: 右侧卵巢巨大黏液性囊腺瘤, 伴腺体增生活跃; 术后石蜡切片病理结果与冰冻切片结果一致。术后 3 d 取出双 J 管, 无血尿及尿路感染情况发生, 于 2016 年 12 月 8 日出院。1 个月后来院复查, 子宫、左附件、肝、胆、胰、脾、肾、膀胱、输尿管均未见异常。

**2 讨论** 黏液性囊腺瘤是妇科的常见病, 占卵巢良性肿瘤的 20%, 多为单侧, 囊腔内充满胶冻样黏液, 囊内很少有乳头生长, 恶变率为 5%~10%<sup>[1]</sup>。巨大黏液性囊腺瘤并不少见, 但一般病程较长, 增长缓慢。该患者为农村女性, 医疗条件有限, 已多年未进行妇科检查, 未能早期发现及时就医, 下腹部包块在 2 个月内增长迅速, 形成了巨大黏液性囊腺瘤, 上至胸骨剑突下, 下达盆腔, 长径达 24 cm, 较为罕见。患者体质量减轻明显, CA125 水平虽升高不明显, 但结合术前超声检查和盆腔 CT 检查报告, 易误诊为卵巢癌。虽然盆腔 CT 或 MRI 检查对鉴别卵巢黏液性囊腺瘤和囊腺癌的价值较大, 但该患者术前盆腔 CT 检查提示肿块内见多个结节样突起, 不能排除卵巢癌; 术中发现结节样突起为黏液形成的多个团块黏附在囊壁内, 这可能会影响 CT 检查的判读结果, 将良性肿瘤误判为卵巢癌。

女性生殖器与泌尿系解剖关系紧密, 盆腔复杂手术是造成输尿管损伤的常见原因<sup>[2]</sup>, 且输尿管解剖特殊<sup>[3]</sup>, 在盆腔部分腹膜后走行, 不易在直视下显露, 加上盆腔慢性炎症、粘连、出血、肿瘤浸润、盆腔解

剖变异或手术操作不慎等原因均可造成输尿管损伤。考虑到该患者手术存在复杂程度高、范围大的可能性, 故在术前置入双 J 管, 以便术中以此作为辨认输尿管的标志。这对输尿管存在移位及无法直视情况下的准确操作尤为有利, 能大大降低操作的盲目性, 对预防输尿管损伤有较好的指示作用。该患者盆腔包块巨大, 手术视野暴露困难, 术中用触摸的方式明确输尿管的位置, 很好地避免了损伤, 完整切除包块, 也缩短了手术时间, 减少了出血。

该患者虽然已确诊为卵巢黏液性囊腺瘤, 但如此巨大的黏液性卵巢囊腺瘤少见且容易误诊, 并存在一定程度的恶变率, 一旦发现必须尽早手术, 术后仍需随访观察。对于盆腔巨大包块的女性患者, 我们必须高度警惕, 仔细地全面检查, 以免误诊<sup>[4]</sup>。同时需做好科普宣传工作, 宣讲定期进行妇科检查的重要性。另外通过此病例, 我们认为在施行复杂的盆腔手术时, 在输尿管置入双 J 管是防止输尿管损伤的有效方法。

**[参考文献]**

[1] 丰有吉,沈铿. 妇产科学[M]. 2 版. 北京:人民卫生出版社, 2005:346.  
 [2] 李学彪,邵雪梅,杨桦. 医源性输尿管损伤 18 例分析[J]. 华北国防医药,2008,20:55-56.  
 [3] 彭裕文. 局部解剖学[M]. 5 版. 北京:人民卫生出版社, 2001:161.  
 [4] 唐文斌,王剑,许华,臧荣余. 晚期复发卵巢癌合并肺栓塞三例的围术期处理[J]. 上海医学,2017,40:630-632.

[本文编辑] 孙 岩