

卵巢成熟畸胎瘤超声诊断误诊原因分析

郑 斐,王军梅,邵温群

(浙江大学医学院 附属妇产科医院,浙江 杭州 310006)

[摘 要] 目的:探讨卵巢成熟畸胎瘤超声误诊的原因,以进一步提高超声诊断符合率。方法:总结29例经手术及病理确诊为卵巢成熟畸胎瘤的超声图像,分析其误诊原因。结果:超声诊断卵巢成熟畸胎瘤的误诊率为7.0%,其误诊的超声图像可分为4类:①单房或多房囊性块,内液清,共14例(48.3%);②单房囊性块,内液稠或伴不规则强回声,2例(6.9%);③壁立结节征9例(31.0%);④回声杂乱型4例(13.8%)。结论:卵巢成熟畸胎瘤壁上头节微小或有神经组织成分时,其超声图像可能不具特征性,易导致误诊,主要误诊为卵巢囊肿和卵巢囊腺瘤,故检查时应特别观察囊内微小结构,寻找卵巢畸胎瘤典型特征,并结合临床检查以进一步提高超声诊断准确性。

[关键词] 畸胎瘤/超声检查;卵巢肿瘤/超声检查;超声检查;误诊

[中图分类号] R 737.31 **[文献标识码]** A **[文章编号]** 1008-9292(2005)03-0277-02

畸胎瘤是卵巢最常见的肿瘤之一,其中97%为成熟畸胎瘤。超声诊断卵巢成熟畸胎瘤准确率虽高达90%左右^[1],但仍有少数患者被误诊。作者总结29例超声误诊的卵巢成熟畸胎瘤的声像图特征,并分析其原因,以进一步提高超声检查对卵巢成熟畸胎瘤的诊断符合率。

1 资料与方法

1.1 一般资料 对我院妇科2001年6月—2003年12月经手术及病理证实为卵巢成熟畸胎瘤而超声误诊的29例患者的超声图像进行回顾分析。患者年龄10~62岁,平均34.1岁;已婚26例,未婚3例。肛诊或妇科检查:28例盆腔内可触及囊性或囊实性包块,1例未及明显包块。

1.2 仪器和方法 超声检查采用Acuson 128xp/10型超声仪、Medison 530 DMT型超声仪和百胜 Au5 超声仪。已婚患者应用6.5 MHz 阴道探头;未婚患者嘱充盈膀胱,应用3.5 MHz 腹部凸阵探头。观察患者子宫、附件、瘤体情况,有无腹水。术后对超声发生误诊患者的声像图进行回顾性分析。

2 结 果

2001年6月—2003年12月我院妇科经手术和病理证实为卵巢成熟畸胎瘤患者415例,术前超声提示卵巢成熟畸胎瘤386例,超声误诊29

例,超声诊断符合率为93.0%。瘤体最大28.6 cm×26.3 cm×25.0 cm,最小3.2 cm×2.8 cm×2.4 cm。29例误诊中,超声误诊为卵巢囊肿12例,卵巢囊腺瘤11例,卵巢恶性肿瘤、卵巢子宫内膜异位囊肿及附件炎性包块各2例。分析29例患者的声像图特征,可表现为以下几种类型:①单房或多房囊性块,内液清。表现为薄壁囊肿,也可为厚壁囊肿,少数囊壁局部增厚。超声诊断卵巢囊肿共12例(41.4%)。超声诊为卵巢囊腺瘤2例(6.5%)。术后剖检见囊内稀疏毛发、稀薄脂肪液,其中4例病理提示含神经组织。②单房囊性块,内液稠或伴不规则强回声。超声误诊为卵巢内异囊肿2例(6.9%)。术后剖检见稀疏毛发和稠厚脂肪液。③壁立结节征,囊壁见强回声突起,超声诊断为卵巢乳头状囊腺瘤9例(31.0%)。术后剖检见毛发、脂肪并有微小头节5例,4例无头节。9例中5例病理提示含神经组织。④回声杂乱型。包块呈囊实性,内部回声杂乱。超声诊断为卵巢恶性肿瘤和附件炎性包块各2例(13.8%),其中1例为畸胎瘤扭转。术后剖检见毛发、脂肪和骨骼等多种成分,其中1例病理提示还含神经组织,见图1~4。

收稿日期:2004-02-26 修回日期:2004-06-07

作者简介:郑 斐(1964—),女,硕士,副主任医师,从事妇产科临床工作。

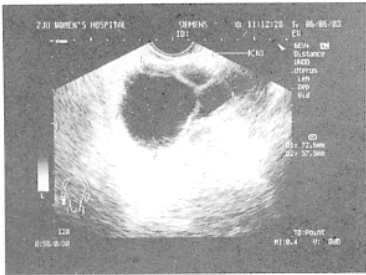


图1 畸胎瘤声像图表现为多房囊性块,内液清
Fig. 1 Ultrasonographic images of multilocular masses with thin fluid

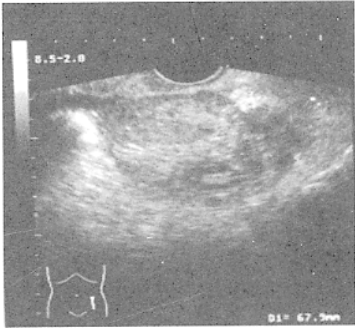


图4 畸胎瘤声像图表现为回声杂乱型
Fig. 4 Ultrasonographic images of confused and disorderly sonogram

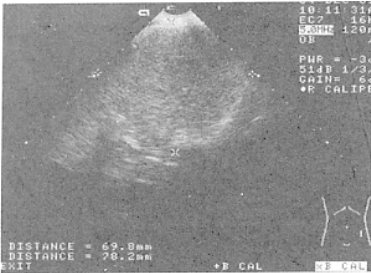


图2 畸胎瘤声像图表现为单房囊性块,内液稠
Fig. 2 Ultrasonographic images of single cystic masses with thick fluid

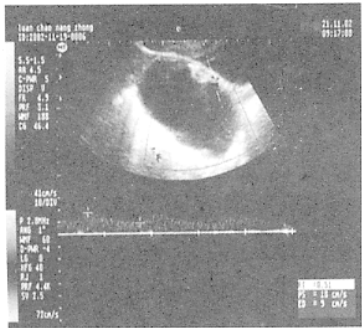


图3 畸胎瘤声像图表现为壁立结节征
Fig. 3 Ultrasonographic images of nodules of cystic lining

3 讨论

卵巢畸胎瘤由多胚层组织构成,其中多数含有外胚层组织,同时可见中胚层组织如脂肪、毛发、牙齿、骨骼等。由于其特殊的病理组织结构,决定了其声像图具有特征性,尤其是成熟畸胎瘤,典型的表现为脂液分层征、面团征、瀑布征、星花状、线条征等^[2],故超声诊断符合率高,本组达 93.0%,但尚有少数患者由于其图像复

杂或与其它疾病图像相似,导致误诊。本组误诊率占 7.0%,分析原因并提出避免误诊的方法。

3.1 单房或多房囊性块 本组 12 例诊断为卵巢囊肿,2 例诊断为卵巢囊腺瘤。此类畸胎瘤超声图像显示囊内透声良好,故易误诊。术后剖检均有毛发、脂肪。这种情况可能与超声仪的增益调节有关,适当调节增益,有助于发现囊性块内的微小结构。

3.2 囊液稠或伴不规则强回声 这与卵巢子宫内异位囊肿超声图像特征相类似,如患者无明显临床症状,鉴别较困难,本组 2 例误诊为卵巢子宫内异位囊肿。这时应注意观察卵巢囊肿与周围脏器关系,尤其是子宫,观察囊性块与子宫有无粘连及囊壁情况。卵巢子宫内异位囊肿一般与子宫粘连紧密,囊壁常较毛糙,瘤体位置较低,而畸胎瘤壁则较光滑,位置较高。

3.3 壁立结节型 超声图像显示壁上有一个或多个强回声突起,呈乳头状,剖检实为卵巢畸胎瘤囊壁上的小头节,故易误诊为卵巢乳头状囊腺瘤,本组 9 例。对此类情况,应多注意观察囊内特点,如有无线条征等卵巢畸胎瘤典型表现。

3.4 回声杂乱型 由于其声像图表现复杂,有时很难与卵巢恶性肿瘤、附件炎性块鉴别。本组 1 例畸胎瘤扭转伴输卵管广泛出血性坏死,第一次超声诊断为附件炎性包块,第二次复查时注意到包块内有不规则强光团,后方伴弱声影而怀疑卵巢畸胎瘤。对此种类型有时只能依赖临床表现及手术和病理鉴别。

管,效果满意,无一例失败。该方法与经鼻腔盲探气管插管相比具有损伤小,费时少,操作简便,成功率高的优点,并能安全有效地解决口腔颌面外科中的困难气管插管问题。

经过 58 例纤维支气管镜引导下插管的实践,我们认为以下几点值得注意:首先,术前困难插管的识别十分重要。困难插管是指声门不能完全显露或无法完成常规插管的情况。正确的评估有助于选择合适的麻醉方法和气管插管技术,尽可能降低发生困难插管的危害。若术前存在有困难插管的可能,应禁忌快速诱导插管,可酌情选用经鼻盲探插管、纤维支气管镜或逆行导管引导下插管。我们采用纤维支气管镜引导下清醒插管效果最佳。其次,充分的气管内表面麻醉、适当的镇静镇痛以及抑制呼吸道分泌物是保证纤维支气管镜进入气管的关键。我院常规应用环甲膜穿刺注射局麻药,这样有助于提高患者对气道刺激的耐受性,抑制气管的咳嗽反射,减少心血管副反应。应用小剂量的咪唑安定和芬太尼能提高患者的痛阈,对外界刺激不敏感,减少紧张情绪,容易和麻醉医师配合。应用足量的阿托品能有效地抑制呼吸道及口腔

分泌物,保持纤维支气管镜的视野清晰。第三,我们在选择气管导管中首选钢丝导管,同传统气管导管相比,其具有良好的韧性,不受体位和扭曲等影响,不会变形,不增加气道阻力,不影响通气,相对柔软,对鼻腔黏膜刺激小。第四,插管后应用呼末 CO₂ 监护仪也是重要的一环,能再次确认气管导管进入气管。另外,纤维支气管镜操作者应具备一定经验,否则操作不当易导致出血或分泌物过多影响插管成功率。

References :

[1] WEITZEL N,KENDALL J,PONS P. Blind nasotracheal intubation for patients with penetrating neck trauma [J]. *J Trauma*,2004,56(5):1 097—1 101.

[2] WILLIAMSON R. Nasotracheal intubation for head and neck surgery [J]. *Anaesthesia*, 2003, 58 (11): 1 129 — 1 130.

[3] LUO Yu-Lin,ZHANG Qin(罗玉琳,张 青). Application of blind nasal intubation in maxillofacial surgery [J]. *Journal of Chongqing Medical University*(重庆医科大学学报),2003,28(4):529—531. (in Chinese)

[责任编辑 黄晓花]



(上接第 278 页)

上述误诊的 29 例患者中 11 例卵巢畸胎瘤内含有神经组织,推测误诊还可能与瘤中含有少见成分造成超声图像不典型有关^[3]。

超声检查诊断卵巢畸胎瘤有较高的准确性,但我们在平时的诊断工作中碰到以上几种不典型的超声图像时,应适当调节仪器增益,观察囊内结构,寻找某些卵巢畸胎瘤的典型特征,并结合临床病史及体征以进一步提高超声诊断卵巢畸胎瘤准确性。此外,必要时采用 CT 诊断,也能明显提高诊断卵巢畸胎瘤的准确率^[4]。

References :

[1] DI Hai-yan(狄海燕). The value of ultrasonography in diagnosing of benign and malignant ovarian teratomas [J]. *Chinese Journal of Ultrasonography* (中华超声影

像学杂志),2001,10(5):265—266. (in Chinese)

[2] WANG Jian-Ling,WANG Zhi-Lian(王剑玲,王志莲). B-Ultrasonography in diagnosis of mature teratoma of ovary [J]. *Journal of Shanxi Medical University*(山西医科大学学报),1999,30,30(1):80—81. (in Chinese)

[3] ZHANG Jing,WANG Long-xia,WANG Jun-yan,et al(张 晶,汪龙霞,王军燕等). Sonographic features of ovarian teratomas composed of variant tissue and analysis of misdiagnosis [J]. *Chinese Journal of Ultrasound Medicine*(中国超声医学杂志),2002,18(1): 40—43. (in Chinese)

[4] LOU Fen-lan,PAN Zhi-mei(楼芬兰,潘芝梅). CT diagnosis of ovarian teratoma [J]. *Journal of Zhejiang University: Medical Sciences*(浙江大学学报:医学版), 2001,30(4):185—186. (in Chinese)

[责任编辑 张荣连]