

卵巢癌的影像学诊断特点

杨 磊 杨爱萍

摘要 目的 探讨卵巢恶性肿瘤的超声影像及 CT 影像特点,以达到早期诊断、早期治疗的目的。方法 以 2005 年 1 月—2007 年 4 月在我院就诊的卵巢肿瘤患者为观察对象。结果 卵巢肿瘤患者 35 例。其中内膜样腺癌 8 例、浆液性囊腺癌 11 例、未成熟畸胎瘤 2 例、转移性癌 4 例、颗粒-卵泡膜细胞瘤 2 例、颗粒细胞瘤 4 例、卵泡膜癌 1 例、粘液性囊腺癌 3 例。结论 超声三维动态图像及 CT 能较好的显示卵巢肿瘤瘤体的血流情况、位置、大小、形状、回声(密度),明确肿瘤与周围组织的相互关系,观察盆腔内有无粘连及腹水。CT 并能较好的观察有无肿瘤腹腔转移。

关键词 卵巢恶性肿瘤 超声 三维动态 CT

1 资料与方法

以 2005 年 1 月—2007 年 4 月在我院就诊的卵巢肿瘤患者为观察对象。采用我院实时三维功能的高档彩色多普勒超声诊断仪(GE Voluson 730 expert)与 CT 机(PHILIPS 800)。确诊恶性肿瘤 35 例,患者年龄最小 21 岁,最大 85 岁,平均 51.52 岁。

2 结果

35 例卵巢肿瘤患者中内膜样腺癌 8 例、浆液性囊腺癌 11 例、未成熟畸胎瘤 2 例、转移性癌 4 例、颗粒-卵泡膜细胞瘤 2 例、颗粒细胞瘤 4 例、卵泡膜癌 1 例、粘液性囊腺癌 3 例。其中双侧者 13 例,共有恶性瘤体 48 个,超声共检出瘤体 41 个,漏诊 7 个。CT 检出 52 个,漏诊 3 个。

3 讨论

卵巢癌是对妇女威胁最大的妇科恶性肿瘤,其发病率有逐年上升的趋势。根据国内资料,卵巢肿瘤在妇科疾病的发病率最高 23.9%,最低 4.2%,良性肿瘤与恶性肿瘤之比为 9:1。卵巢癌的死亡率较高,尽管早期卵巢癌有可能被治愈,但绝大多数患者仍在晚期才发现,对患者的治疗及预后均产生不良后果。究其原因,是卵巢深藏在盆腔中,当发生病变时,不像子宫内膜癌那样可以有早期症状,也不像宫颈癌那样有取材方便、明确、价格便宜的筛查方法。所以,超声及 CT 是早期无症状卵巢癌检查的有效方法,以达到早期诊断、早期治疗的目的^[1]。

CT 平扫见盆腔内不规则软组织阴影,大多数含囊性成分,部分可见钙化,与子宫境界不清。30%可

见腹水和大网膜转移(典型的柿饼状软组织块影),部分见腹腔内结节状播散,能较早的发现淋巴结转移、肝转移及其他部位的转移。超声图上见恶性肿瘤一般形态不规则,以实质性居多,体积较大,最大者肿瘤可达箭头突下 4 cm。超声已无法测量其径线^[2],肿瘤内部回声呈多种图像,内部回声强弱不均。囊壁不规则或有突向囊腔的实质区,呈乳头状或菜花状突起,间隔增厚、毛糙,肿瘤轮廓不清,包膜不完整,边缘不整齐,壁厚而毛糙。实性者为非均质性光团或有不规则的暗区,晚期恶性肿瘤腹腔内可见不规则液性暗区,并可显示肿瘤向子宫、膀胱、直肠浸润,与周围组织关系密切。其中 10 例伴有不同程度的腹水。

传统的超声方法不能立体显示病灶区表面及内部无回声区表面的形态。实时动态三维所获取的图像立体感强,层次分明、清晰易辨认,实现了对卵巢肿瘤的立体图像的实时观察。其方法用经腹容积探头,对病变部位进行 2~4 次重复扫描。将探头置于感兴趣区,先激活能量多普勒,然后启动 3D/4D 键,选择 3D 功能采集图像,调整至理想三维成像状态,再在 3D 状态下调整立体数据箱大小。取样角度在瘤体小于 10 cm 时,角度扩大至 80°,瘤体很大而不能在一个切面上全部显示时,则在感兴趣区取样,角度定为 40°。肿瘤为混合型者,按照不同区域的实际情况,分多部位取样。即在囊性区、实性区或周边区分别取样,然后对肿物做三维重建,通过平行移动及 x、y、z 轴方向旋转,重建出图像清晰直观、立体感强、空间关系明确的三维立体图像。重点显示瘤体的血管树、观察有无血管的绕行及穿行^[3],以便更准确地诊断二维超声难以评价的复杂肿瘤。对感兴趣区域进行三维采集区正确设置,这一点很重要,因

护胚胎、胎儿”的知识,接受干预人数高于对照组。孕后,干预组 80.4% 的人依从了建卡后召回教育但仍有 29% (209/724) 的人未服用叶酸,再次教育后,服用叶酸人数从孕前的 30.4% 增到 80.1%,人均服用 3.9 个月,高于对照组的 2.7 个月。近年来,各种形式的宣传,使育龄妇女对孕期服用叶酸的知识知晓越来越多。对照组妇女未经我院孕前、后健康教育,叶酸服用率从孕前的 18.3 % 上升为 53.6%,表明全社会对孕期健康知识的广泛关注。孕妇会受到各方面信息的影响,这一数据也可表达同时段的对照 B 组人群孕前、后主动服用叶酸的情况。干预组的 3 例唇腭裂患儿均有父母孕前、孕期不良环境接触史。对照 A 组和对照 B 组的出生缺陷病种繁多、其中以神经管缺陷多见,提示在今后孕期健康教育中,重视环境因素教育,并加强对孕妇丈夫不良生活方式和职业女性孕期电脑、电磁辐射、油漆接触等的预防教育^[2]。另外,建卡后召回教育时进行孕 28

周后的家庭自我监护,教会孕妇自测胎动,避免了胎死宫内的发生。

待孕人群生育知识的知晓程度和接受干预程度影响群体的出生素质,在未孕人群中普及一级预防,实施干预,是降低出生缺陷的有效方法。各单项干预方案应在孕产期系统保健框架上同时开展,辅之以及时的督导,才能够收获一级预防的成果。本研究中的一级干预措施成本底廉,易于掌握,适于各医院孕前保健门诊、社区门诊、乡村卫生院等。也易被各层次青年家庭接受,是一项可行的一级干预措施。

参 考 文 献

[1] 华嘉增. 妇女保健新编,第 1 版. 上海: 复旦大学出版社, 2001. 61.
 [2] 郑玉仁,姚梅坤,等. 2003 ~ 2006 年莆田市出生缺陷现状及干预对策研究. 中国妇幼保健, 2008, 23 (16): 22-42.

[本文编辑] 曹小华



(上接第 53 页)

为感兴趣区的设置决定了对感兴趣结构的观察方向,观察方向的不同,所得到的三维图像也各不相同。三维立体成像显示恶性肿瘤的血管分布较为紊乱,数量较多,内部血管走行屈曲、欠光滑,粗细变化较大。卵巢癌新生血管肌层薄弱,抗血流性差,血供丰富,肿瘤内血管因平滑肌缺少或形成血窦而出现低阻血流,恶性肿瘤的结构特点导致了肿瘤组织内的血流为低阻抗、高速度。因此,学者们认为血流阻力降低是肿瘤发生早期阶段的重要指标^[2]。

CT 能完整的显示其解剖结构,发现肿块,并能早期发现淋巴结转移及其他腹腔部位转移^[4]。而超声更能从血流改变早期发现卵巢癌,为临床提供早期诊断、早期治疗的可靠依据。任何一种影像学诊断方法都有自身的局限性,都不能替代病理学诊

断,仍然会在肿瘤性质的判断上发生误差。因此我们在运用图像特点外,绝不能忽视其他临床资料,只有进行综合判断才能提高诊断准确率。

参 考 文 献

[1] 周永昌,郭万学,等. 超声医学,第 3 版. 北京: 科学技术文献出版社, 1998.
 [2] 曲芄芑,吴钟瑜. 超声检查在卵巢癌早期诊断中的地位及应用价值. 中华超声影像学杂志, 2001, 10 (9): 560.
 [3] 丛淑珍,张青萍,等. 三维超声成像在卵巢囊性肿物的应用研究. 中华超声影像学杂志, 1998, 7 (5): 292-294.
 [4] 李果珍. 临床 CT 诊断学,北京: 中国科学技术出版社, 1996, 605.

[本文编辑] 谈湧佈