

因为明胶海绵栓塞血管后继发性引起血小板的聚集,血栓栓塞,72 h左右栓塞完全,术后48~72 h清宫,栓塞血管尚未再通,而胚胎绒毛已坏死机化,术中出血少,可顺利清除妊娠物。我院采用了5-FU局部作用,其杀胚胎作用在剖宫产后切口妊娠介入治疗中与甲氨蝶呤的疗效相似^[3]。子宫动脉栓塞后行宫腔镜下清宫或电切有效避免了二次清宫,具有可保留子宫、微创、疗效显著、不良反应小等优点,是治疗CSP首选且行之有效的方法。

参考文献

- 1 白浩,黄丹萍,李姣玲.彩色多普勒超声诊断及治疗子宫瘢痕妊娠[J].中国医学影像技术,2010,26(1):113-115.
 - 2 Nawroth F, Foth D, Wilhelm L, et al. Conservative treatment of ectopic pregnancy in a cesarean section scar with methotrexate: a case report[J]. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol, 2001,99(1):135-137.
 - 3 张磊,顾伟瑾,万军,等.甲氨蝶呤与氟尿嘧啶在介入治疗剖宫产后子宫切口妊娠中的疗效对比[J].介入放射学杂志,2012,21(4):328-330.
- [收稿日期 2013-02-27][本文编辑 宋卓孙 蓝斯琪]

临床研究·论著

不典型胰腺实性假乳头状瘤的影像学诊断及病理对照分析

姚凤清

作者单位:276000 山东,临沂市人民医院影像科

作者简介:姚凤清(1969-),女,大学本科,医学学士,副主任医师,研究方向:腹部影像学。E-mail:fengqing.yaoyao@163.com

[摘要] 目的 分析不典型胰腺实性假乳头状瘤的影像学表现并与病理对照,探讨其诊断价值,就类似影像学表现的疾病进行鉴别诊断。方法 选取77例胰腺实性假乳头状瘤患者,均行手术治疗,并经病理学和免疫组化分析。术前诊断为胰腺实性假乳头状瘤47例,胰腺囊肿7例,假性囊肿4例,胰腺脓肿5例,胰腺浆液性囊腺瘤7例,胰腺癌5例,胰腺血肿2例。对77例患者临床资料进行回顾性分析,比较其影像和病理学特点。结果 77例患者中男性29例,女性48例,年龄2~79岁,平均41.5岁。18例因触及上腹部包块就诊,12例有腹胀,47例无症状。查体:影像学检查发现胰腺或胰周占位性病变,44例为囊实性肿块,16例为单个囊性肿块,10例为实性肿块,7例为多个囊性肿块(囊<3个)。肿瘤位于胰腺头部29个,体部25个,尾部17个,难以确定的部位6个(以胰尾部周围为主)。有或无完整包膜,不伴有胆总管和胰管扩张。病理特点为肿瘤实性部分由实性区、假乳头区及两者过渡区以不同比例混合而成。囊性区由坏死、液化组织及陈旧性出血组成。结论 胰腺实性假乳头状瘤典型影像学表现为较大囊实性肿块,诊断比较容易,但对于表现为单个或多个囊性或单纯实性者,诊断需与有类似表现的胰腺其他疾病鉴别,特别对于老年患者需要与胰腺癌进行鉴别。影像学表现和病理学有一定特征,有助于诊断。

[关键词] 不典型胰腺实性假乳头状瘤; 病理; 鉴别诊断

[中图分类号] R 445 **[文献标识码]** A **[文章编号]** 1674-3806(2013)09-0865-05

doi:10.3969/j.issn.1674-3806.2013.09.12

CT imaging findings, differential diagnosis of atypical solid pseudopapillary tumor of pancreas and pathology correlation YAO Feng-qing. Department of Imaging, Linyi People's Hospital, Shandong 276000, China

[Abstract] **Objective** To evaluate the imaging CT findings of atypical solid pseudopapillary tumor of pancreas and pathology correlation, and to analyze the differential diagnosis of it. **Methods** Seventy-seven cases of solid pseudopapillary tumor of pancreas all received surgery, and were proved by pathology and immunohistochemistry. Preoperative diagnosis included solid pseudopapillary tumor of pancreas (47 cases), pancreatic cyst (7 cases), pseudocyst (4 cases), pancreatic abscess (5 cases), pancreatic serous cystadenoma (7 cases), pancreatic cancer (5

cases) and pancreatic hematoma(2 cases). The clinical materials of all the 77 cases were retrospectively analyzed and the CT imaging and pathology features of atypical solid pseudopapillary tumor of pancreas were investigated. **Results** The patients included 29 males and 48 females with mean age of 41.5 years(range 2 ~ 79 years). Eighteen cases complained abdominal masses, 12 abdominal distention and 47 asymptomatic. CT imaging examination demonstrated occupying lesions in the and around pancreas, 44 lesions were solid cystic masses, 16 single cystic masses, 10 solid masses and 7 polycystic masses(less than 3). Among all the 77 cases, 29 lesions located at pancreatic head, 25 at pancreatic body, 17 at pancreatic tail and 6 lesions were difficult of locating. With or without complete capsule, the common bile duct and pancreatic duct didn't expand. Pathologically, the tumor were composed of solid and pseudo-papillary structures, and cystic parts were liquefaction, necrosis and dated hemorrhage. **Conclusion** It isn't difficult of diagnosing solid pseudopapillary tumor of pancreas with typically big solid cystic mass, but when solid pseudopapillary tumor of pancreas with single cystic, polycystic or completely solid masses were diagnosed, they should be differentiated from other pancreatic diseases with similar features, especially with pancreatic cancer in older patients. The CT imaging findings and pathology of solid pseudopapillary tumor of pancreas have certain characteristics, which are helpful in the diagnosis.

[**Key words**] Atypical solid pseudopapillary tumor of pancreas(SPTP); Pathology; Differential diagnosis

胰腺实性假乳头状瘤(solid pseudopapillary tumor of pancreas, SPTP)是胰腺的一种罕见肿瘤,好发于青年女性,是一种交界性肿瘤。国内外文献报道的病例较少^[1~4]。笔者2001~2012年收集我院SPTP病例77例,均经手术及病理证实,其中术前诊断为SPTP 47例,30例临床表现不典型术前诊断为其他疾病。回顾性分析本组病例的临床资料、影像学表现及病理特点,报告不典型的SPTP的影像学表现,就类似影像学表现的其他疾病进行鉴别,并与病理相对照,旨在提高诊断正确率。

1 资料与方法

1.1 一般资料 本组77例患者,男性29例,女性48例,年龄2~79岁,均经手术及病理证实SPTP。临床表现:18例因触及上腹部包块就诊,12例有腹胀,47例无症状。体检:18例右上腹触及包块,质中,活动。实验室检查:仅有1例18岁女性胰淀粉酶略高于正常值,3例血常规中性粒细胞略高,其余患者癌胚抗原(CEA)、糖类抗原199(CA199)、甲胎蛋白(AFP)、糖类抗原125(CA125)、胰淀粉酶和血常规均正常。

1.2 方法 全部病例均先完成彩超检查,然后进行64排螺旋CT平扫和增强扫描,对比剂使用Omnipaque 100 ml,经肘静脉快速注射,速率2.0~2.5 ml/s,动脉期25 s,静脉期60 s。14例行MRI检查,12例术前做了上消化道钡餐造影。

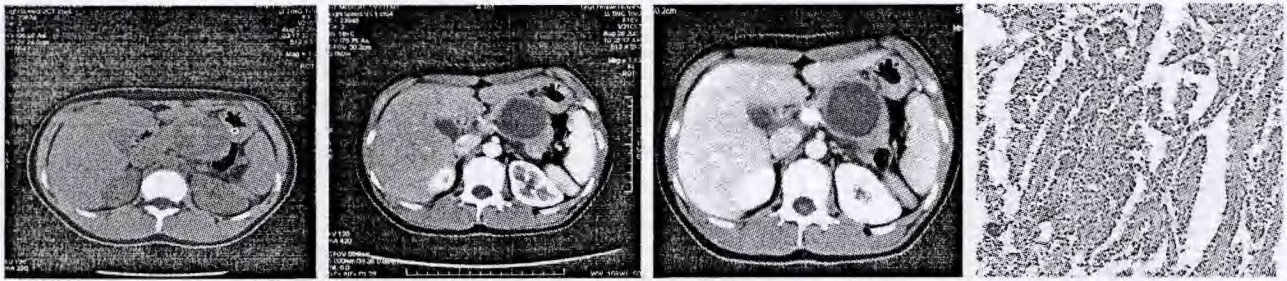
2 结果

2.1 影像学表现

2.1.1 超声检查表现 超声所用仪器为德国飞利浦IU22。77例患者均表现为胰腺或胰腺周围囊性、

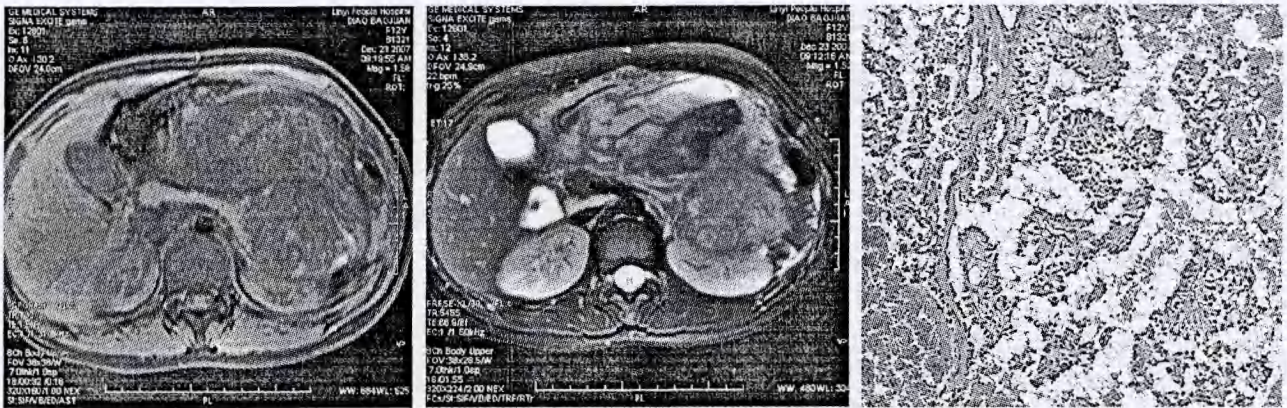
实性或囊实性肿块,其中29个位于胰腺头部,25个位于体部,17个位于尾部,6例位于胰尾部周围为主。囊实性肿块47个,形态不规则,较大包块约120 cm×165 cm,边界欠清,内部回声不均,可见不规则无回声区及杂乱点状回声,包块活动度大,胆总管和胰管未见扩张。囊性包块16例,边界光滑清晰,内见絮状物。实性肿块5例,回声均匀。

2.1.2 CT及MRI检查表现 CT所用仪器为美国GE light speed VCT ct64。77例患者均表现为胰腺或胰腺周围占位性病变,其中44例为较大的不规则囊实性肿块,密度不均匀,呈混杂密度状,最大者为163 mm×125 mm,最小者为20 mm×25 mm。3例较大肿块轮廓不清,部分突出腹腔内,于邻近脾脏有粘连,密度不均匀,平扫CT值20~85 Hu。MRI是病变混杂信号,内见陈旧不一的出血灶,增强扫描可见明显不均匀强化。16例为囊性肿块,边界清楚,增强扫描5例可见囊壁强化,囊内可见点状钙化及絮状略高密度影,可见“飘带征”,未见强化。10例为实性肿块,密度较均匀,增强扫描可见动脉期见明显强化,与邻近胰腺实质分界清楚。7例为多囊性肿块。77例肿块中,5例较大肿块与周围血管结构分界清楚,部分层面包绕血管现象,胰腺体尾部未见明显萎缩,胰管未见扩张,肝内外胆管未见扩张,肝内未见转移病灶,后腹膜未见明显肿大淋巴结影。其中术前诊断为胰腺实性假乳头状瘤47例,胰腺囊肿7例(见图1),胰腺假性囊肿4例,胰腺脓肿5例,胰腺浆液性囊腺瘤7例,胰腺癌5例,胰腺血肿2例(见图2)。



患者,女,18岁,胰腺体尾部囊性病变,边界清,其内可见“飘带征”,增强扫描未见强化,术前误诊为胰腺囊肿。病理:SPTP瘤细胞呈假乳头状排列,细胞形态较一致,核圆形或卵圆形,胞质嗜酸,部分透明(染色:HE×100)

图1 SPTP CT图像及病理所见



患者,女,12岁,胰腺体尾部巨大囊实性肿块,混杂信号,其内可见出血,术前误诊为胰腺血肿。病理SPTP:瘤细胞呈假乳头状排列,间质出血明显(染色:HE×100)

图2 SPTP MRI图像及病理所见

2.2 手术所见 77例术中所见肿块位于胰腺头部29个,体尾部27个,尾部17个,胰尾部周围为主6个。包膜完整。3例胰尾病变与脾脏周围组织分界不清楚,但肿块未侵及门静脉、下腔静脉和腹主动脉,肿块大部分完整切除。3例肿块较大切除不完整。7例肿块与肠系膜上动脉、静脉有粘连,12例在幽门下和胆总管区触及数枚肿大淋巴结,34例在肝十二指肠韧带内有肿大淋巴结,3例见有少量腹腔积液,42例肿块切开后见大量血性液体。

3 讨论

3.1 命名 1959年Frantz首先报道,以后国内外文献开始报道本病,故又称Frantz氏瘤,但多为个案报告,名称也不一致。该肿瘤中央容易坏死而囊性变,残存的肿瘤组织则出现假乳头结构。以后根据其形态结构特点,分别使用胰腺实性-假乳头状瘤、胰腺囊实性上皮瘤、胰腺实性囊性乳头状瘤、胰腺实性乳头状上皮瘤、胰腺乳头状囊性上皮瘤、胰腺乳头状囊性肿瘤等命名,1996年WHO正式将本病命名为胰腺实性假乳头状瘤,并将它分类为胰腺的生物学行为未定或交界性恶性潜能的肿瘤^[5]。这些不

同的命名,反映了肿瘤组织形态结构的多样性特点。

3.2 临床特点 本组77例SPTP患者中,男性29例,女性48例,年龄2~79岁,小儿及老年人均可发病,与文献报道^[1,3,4]多见于青年女性不很一致。其中1例2岁患儿胰体尾部巨大多个囊实性肿块,不均匀强化,考虑患者年龄较小,术前诊断为腹膜后畸胎瘤。5例老年患者,超声和CT检查发现胰头部囊实性肿块,部分层面包绕腹膜后,临床表现腹胀、腹痛,但实验室检查CEA、CA199、AFP、CA125、胰淀粉酶和血常规均正常,MRI中DWI信号不均匀增高,考虑到患者年龄较大,术前诊断胰腺癌可能性大。本组分析表明,SPTP患者男女均可发病,女性略高于男性(1:0.6)。虽然多见于青年女性,但老年人和儿童亦可发病,只是几率较低。

3.3 病理特点 本组77例患者中,62例病理报告为良性,15例为低度恶性。其中3例侵及脾脏,术中发现有肿大淋巴结。肿瘤由实性区、假乳头区及过渡区混合而成,其中围绕纤维血管轴心多层排列的假乳头状结构是本病的特征性改变,所谓的假乳头是指由于肿瘤组织坏死,残存的瘤细胞围绕血管

轴心排列而形成的乳头样结构,不是真性乳头。乳头表层细胞比基层细胞疏松,可放射状围绕小血管呈假菊形团样。轴心可呈明显的黏液变性。实性区血管丰富呈网状,瘤细胞之间特别是乳头结构之间有泡沫细胞集聚。肿瘤愈近囊腔侧,血管壁的硬化愈明显,硬化降低了血管的通透性,导致局部组织缺氧,可能是瘤细胞坏死的原因,瘤细胞坏死的程度与血管硬化的程度有关。囊腔内可见大小形态不一的腔隙结构,有的腔隙内充满红细胞,似血管瘤样,但无内皮细胞衬覆。故肿瘤多为囊实性相间,以前多称之为胰腺囊实性肿瘤^[1,2,4]。本组 42 例肿块切开后见大量血性液体。肿瘤可发生于胰腺各部,但以胰头部居多。缪飞等^[6]报道 11 例 SPTP 中,其中 5 例在胰头,4 例在胰尾部,1 例在胰体部,另 1 例部位难以确定。本组 77 例中肿块位于胰头部 29 个,体部 27 个,尾部 17 个,难以确定 6 个(以胰尾部周围为主),与文献报道基本一致。

3.4 典型及不典型 SPTP 影像学表现 综合文献^[1-5]以及本组病例,笔者认为 SPTP 的典型影像学表现特点如下:(1)彩超表现为胰腺圆形或类圆形的低回声肿块,边界清,内部回声不均,可见不规则液性暗区及杂乱光点回声,显示肿块内囊实性成分混杂存在,但肿块内无分隔,不伴有胰管和胆总管的扩张。(2)CT 及 MRI:胰腺囊实性低密度肿块,囊性部分可多可少,增强扫描实性区可强化,囊变区不强化,但肿瘤内大量出血时,肿块强化可不明显。肿块内可有或无分隔,但可有钙化。肿块形态规则,呈圆形或类圆形。肿块边界清楚,有明显包膜,增强扫描包膜可明显强化。肿块多较大,只推移周围血管,不包绕周围血管,胰管、胆管不扩张,但可向周围侵犯。(3)上消化道钡餐造影:表现为胃十二指肠被推压移位,十二指肠环增大,仅提示为外压性改变,表现无特异性。本组 77 例患者中 53 例具有较典型的影像学表现,且 47 例年龄较轻(女性 42 例,年龄 12~28 岁;男性 5 例,年龄 22~34 岁),术前诊断 SPTP,手术后与病理符合。其中 5 例年龄较大者术前考虑为胰腺癌,1 例患儿 2 岁,术前诊断为腹膜后畸胎瘤。本组 77 例中 30 例术前诊断有误,回顾分析发现不典型 SPTP 的影像学表现为:(1)胰腺单一或多个圆形囊性病灶,有时囊较大,突出胰腺轮廓外,边缘光滑,壁较薄,若合并感染,壁可略厚,增强扫描壁也可强化。囊内密度大致均匀,CT 值略高,平扫值 20~85 Hu 中心可见絮状略高密度影,呈“飘带征”,亦可见点状钙化,增强扫描不强化。(2)胰

腺内不是较大的实性肿块,内很少囊变出血,增强扫描可见门静脉期明显强化,密度高于邻近胰腺实质,并有延迟强化特点。(3)胰腺周围较大肿块,病灶大部分都在胰腺周围,有时难以确定肿块来源,但部分层面与胰腺分界不清,有时可见“杯口征”,密度混杂,可见新旧不一的出血,MRI 上可见液-液平面,由于出血囊变较大,增强扫描有时强化不明显。术前误诊 30 例,其中 7 例表现为单一囊性病变,中心可见“飘带征”,未见强化,误诊为胰腺囊肿;4 例囊较大,突出胰腺轮廓之外,误诊为胰腺假性囊肿;5 例单一囊性病变,增强扫描囊壁强化,且血常规中性粒细胞略高,误诊为胰腺脓肿;7 例表现为多个囊(<3 个),可见囊壁略强化,位于胰体尾部,误诊为胰腺囊腺瘤;2 例表现为较大囊实性病变,由于 MRI 示内出血较多,可见液-液平面,未见明显强化,未注意到病灶与胰腺之间的“杯口征”,误诊为腹腔血肿;5 例位于胰头部的较小实性肿块,误诊为胰腺癌。

3.5 不典型 SPTP 的鉴别诊断 不典型 SPTP 主要与胰腺有类似影像学表现的其他较常见的囊性病变、胰腺肿瘤等相鉴别。

3.5.1 胰腺囊肿 胰腺囊肿是真性囊肿,有囊壁,壁薄,囊内密度较低,有一定的张力,囊内密度较均匀,增强扫描不强化。但不典型 SPTP 亦有类似表现,表现为单一囊性病灶,但仔细分析其内常见絮状略高密度影,增强扫描未见强化,病理证实为病灶内有出血所致,囊内密度较真性囊肿密度略高,有助于鉴别。

3.5.2 胰腺脓肿 不典型 SPTP 表现为囊性病灶时有时与胰腺脓肿相似,但胰腺脓肿常可见略厚的壁,增强扫描壁可环状强化,临床上患者常有发烧,血常规显示中性粒细胞及白细胞总数略高,有助于鉴别。

3.5.3 胰腺血肿 胰腺血肿在吸收期往往表现为囊实性的肿块,密度混杂,亦可见液-液平面,与 SPTP 的囊实性病变需要鉴别。本组有 2 例术前诊断为胰腺血肿,其中 1 例为 12 岁女孩,由于肿瘤合并出血较多,掩盖了位于血肿下方的胰腺肿瘤,造成误诊。增强扫描 SPTP 明显强化,而胰腺血肿不强化,有助于鉴别。

3.5.4 胰腺假性囊肿 不典型 SPTP 表现为囊性病灶时需与胰腺假性囊肿鉴别,不典型 SPTP 一般位于胰腺实质内,而假性囊肿往往位于胰腺周围,较大时部分也可位于胰腺内,结合患者曾有急性胰腺

炎、胰腺外伤史,有助于鉴别。

3.5.5 胰腺囊腺瘤(癌) 胰腺囊腺瘤(癌)分浆液性(小囊性)和黏液性(大囊性)两种,好发于中老年女性,多房囊性改变,囊内有分隔、有壁结节,增强扫描壁结节可强化,不典型 SPTP 有时也可表现为多囊,但较胰腺囊腺瘤(癌)囊的数量少,患者年龄亦较小,有助于鉴别。

3.5.6 胰腺癌 有些不典型 SPTP,发病年龄较大,表现为实性成分较多的肿块时,有时与胰腺癌容易混淆。胰腺癌亦好发于中老年人,是一种乏血管性肿瘤,CT 增强扫描肿瘤不仅囊变区不强化,实性部分强化也不明显,发生在胰头部的胰腺癌可见胆总管和胰管扩张,胰体尾部萎缩,肿块易包埋周围血管,患者有明显黄疸表现,与不典型 SPTP 不同。不典型 SPTP 往往肿瘤质地比较软,肿瘤较大时,亦可包绕邻近组织,但往往不会引起胆总管及主胰管的扩展,增强扫描强化亦较胰腺癌明显。

3.5.7 胰岛细胞瘤 不典型 SPTP 表现为实性结节或肿块时需要与胰岛细胞瘤鉴别。增强扫描 SPTP 门静脉期强化明显,密度高于正常胰腺实质,而胰岛细胞瘤往往动脉期强化明显,门静脉期病变密度明显降低,若临床患者有低血糖,更有助于鉴别。

总之,不典型 SPTP 有时影像学表现不典型,容易和其他疾病混淆。本文 30 例术前影像学误诊,总结教训主要是缺乏对不典型 SPTP 的认识。但仔细分析病变内部结构,结合患者年龄、性别、部位、病史及增强扫描的特点,还是能提示本病诊断,当然最后确诊要靠手术病理。

参考文献

- 1 Lam KY, Lo CY, Fan ST, et al. Pancreatic solid-cystic-papillary tumor; clinicopathologic feature in eight patients from Hong Kong and receive of the literature[J]. World J Surg, 1999, 23(10):1045 - 1050.
 - 2 王东关,董艳先,丁洪基. 胰腺实性-假乳头状肿瘤研究进展[J]. 中华肿瘤防治杂志, 2006, 13(4):315 - 317.
 - 3 Acebo E, Rodilla IG, Torfo B, et al. Papillary cystic tumor of the pancreas coexisting with hairy cell leukemia[J]. Pathology, 2000, 32(3):216 - 219.
 - 4 Matsunou H, Konishi F, Yamamichi N, et al. Solid, infiltrating variety of papillary cystic neoplasm of the pancreas[J]. Cancer, 1990, 65(12):2747 - 2757.
 - 5 Stömmmer P, Kraus J, Stolte M, et al. Solid and cystic pancreatic tumors. Clinical, histochemical, and electron microscopic features in ten cases[J]. Cancer, 1991, 67(6):1635 - 1641.
 - 6 缪飞,展颖,汪登斌,等. 胰腺实性-假乳头状瘤的诊断及鉴别诊断[J]. 中华放射学杂志, 2003, 37(5):417 - 421.
- [收稿日期 2013-06-03][本文编辑 杨光和 韦所芬]

临床研究·论著

胎盘早剥的临床分析

周小艺, 施彩英

作者单位: 530300 广西,横县妇幼保健院妇产科

作者简介: 周小艺(1971-),女,大学本科,医学学士,主治医师,研究方向:妇产科疾病的诊治。E-mail:312118819@qq.com

[摘要] 目的 探讨胎盘早剥的发病诱因、临床表现,并分析胎盘早剥漏诊误诊原因,以提高胎盘早剥早期确诊率。方法 回顾性分析 29 例胎盘早剥患者的临床资料。结果 胎盘早剥发生率为 0.37%。其中产前确诊 18 例(确诊组,占 62.07%);漏诊误诊 11 例(漏诊误诊组,占 37.93%)。轻型胎盘早剥 19 例,重型 10 例。有明确发病诱因者 19 例(65.52%),以妊娠期高血压疾病、胎膜早破、外伤性因素、脐带因素、羊水过多、仰卧睡姿综合征为主。临床表现主要为腰腹胀痛、阴道流血、胎儿窘迫、血性羊水、子宫张力过高等。确诊组腰腹胀痛、阴道出血及子宫张力过高的发生率较漏诊误诊组高($P < 0.05$)。B 超检出率为 58.62%。剖宫产 24 例,阴道分娩 5 例。结论 胎盘早剥临床表现缺乏特异性,误诊漏诊率较高,应根据病史、临床症状、体征、B 超以及电子胎心监护进行综合分析,及时合理处置,以降低母儿并发症发生率。

[关键词] 胎盘早剥; 妊娠; 临床表现; 诊断