

doi: 10.3978/j.issn.2095-6959.2018.08.017

View this article at: http://dx.doi.org/10.3978/j.issn.2095-6959.2018.08.017

卵巢卵泡膜-纤维瘤组肿瘤的临床和超声特征与病理学对比

卞敏, 李琴, 王中阳, 刘建琴

(泰州市人民医院超声科, 江苏 泰州 225300)

[摘要] 目的: 探究卵巢卵泡膜-纤维瘤组肿瘤(ovarian thecoma-fibroma groups, OTFG)的临床、超声特征与病理学结果之间的关系。方法: 回顾分析2014年1月至2017年12月于泰州市人民医院经手术病理确诊为OTFG患者50例, 分析患者的临床特征、超声表现, 并与病理学结果进行比较。结果: 在50例患者中, 70%(35/50)发生在绝经后; OTFG超声表现为: 70%(35/50)患者病灶呈低回声, 46%(23/50)病灶后方回声伴衰减; 病灶术前易被误诊为子宫浆膜下肌瘤(10/50, 20%)。结论: OTFG患者典型的超声表现为低回声、边界清晰且多普勒血流信号极弱, 上述超声特征有助于术前OTFG的正确诊断。

[关键词] 卵泡膜肿瘤; 纤维瘤; 超声检查; 病理; 卵巢肿瘤

Clinical and ultrasonic characteristics compared with pathology in the patients of ovarian thecoma-fibroma groups

BIAN Min, LI Qin, WANG Zhongyang, LIU Jianqin

(Department of Ultrasound, Taizhou People's Hospital, Taizhou Jiangsu 225300, China)

Abstract **Objective:** To investigate the clinical, ultrasound features of ovarian thecoma-fibroma groups (OTFG) patients and compared them with pathological outcomes. **Methods:** We retrospectively analyzed 50 patients with surgically proven OTFG in our hospital from January 2014 to December 2017. We analyzed the clinical and ultrasound features and compared them with pathological findings. **Results:** In 50 patients 70% (35/50) occurred in postmenopausal; the ultrasound features of OTFG: 70% (35/50) of patients with hypoechoic lesions, 46% (23/50) with the echo attenuation. Lesions were often misdiagnosed as subserosal fibroids before surgery (10/50, 20%). **Conclusion:** The typical ultrasound features of OTFG are hypoechoic with clear boundaries and Doppler blood flow signals were weak. The above ultrasound features are helpful for the correct diagnosis of OTFG.

Keywords thecoma; fibroids; ultrasonography; pathology; ovarian neoplasms

收稿日期 (Date of reception): 2018-05-02

通信作者 (Corresponding author): 卞敏, Email: bianmin78@sina.com

卵巢卵泡膜-纤维瘤组肿瘤(ovarian thecoma-fibroma groups, OTFG)属于性索间质肿瘤, 临床并不常见, 约占卵巢肿瘤的1%~4%^[1]。世界卫生组织(WHO)^[2]在其卵巢肿瘤的组织学分类中将纤维瘤列入卵泡膜瘤, 属性索间质肿瘤的一种。纤维瘤由成熟的能产生丰富胶原的成纤维细胞构成, 卵泡膜瘤含有大量类似于卵泡膜细胞的细胞和/或黄体细胞以及成纤维细胞, 但在某些情况下, 纤维瘤和卵泡膜瘤之间难以辨别, 临床常以“卵巢纤维卵泡膜”来表示, 也属于卵巢肿瘤。OTFG好发于绝经后的妇女, 且大多是良性肿瘤^[3]。普通CT扫描结果显示肿瘤呈高密度或等密度, 而增强CT扫描结果显示肿瘤无增强或轻度延迟增强^[4]。MRI显示T1WI和T2WI信号偏低^[5], 采用MRI造影剂信号略有增强。由于OTFG的临床发病率低、临床表现多样性、以及肿瘤本身的大小、形状以及内部组成之间的差异, 导致OTFG的临床检出率低。盆腔内体积较大的OTFG与体积较大的外突性子官肌瘤具有相似的影像表现, 其定位诊断困难, 临床上常将OTFG误诊为子宫肌瘤, 导致其误诊率高^[6]。因此, 正确的临床诊断对该疾病的临床治疗具有重要意义。目前关于OTFG的超声诊断、超声特征以及病理特征之间的关系鲜有报道。本研究分析比较50例OTFG患者的临床表现、超声检查结果以及病理学结果, 旨在提高该病的临床诊断的准确性。

1 对象与方法

1.1 对象

回顾分析2014年1月至2017年12月于泰州市人民医院经手术病理确诊为卵巢卵泡膜-纤维瘤组肿瘤患者50例, 年龄24~74(53.7±11.2)岁。收集患者的临床资料、血清肿瘤标志物癌抗原125(cancer antigen 125, CA 125)、超声检查结果, 并与病理学结果进行分析比较。

1.2 方法

1.2.1 仪器

超声检查: 患者术前均接受超声检查, 采用GE LOGIQ7和GE E8彩色超声诊断仪, 经腹探头频率3.5 MHz, 经阴道探头频率7.0~9.0 MHz。通过调节超声参数使得每位患者的图像质量最优, 通过多方位、多切面、多角度对患者的子宫及双侧附件进行扫查, 发现病灶并记录其位置、形态、大

小、回声特征、彩色多普勒血流信号、盆腔积液以及与周边组织器官的关系。

病理检查: 通过手术切除肿瘤, 瘤体病理组织立即固定在4%甲醛中, 并进行石蜡包埋切片, 采用苏木精-伊红(hematoxylin-eosin, HE)染色, 通过显微镜观察切片进行病理学评估。

1.2.2 评价指标

超声检查结果: 记录患者的肿瘤直径、回声特点, 并进行多普勒信号评分。记录每个肿瘤内的彩色多普勒血流成像, 并以Timmerman等^[7]制定的评分标准, 进行多普勒信号评分, 1分为没有检测到彩色血流信号; 2分为只能检测到极小的彩色血流信号; 3分为检测到中等彩色血流信号; 4分为检测到丰富的彩色血流信号。

病理诊断结果: 记录患者的肿瘤类型以及并发症[腹水、胸腔积水(Meigs综合征)]等。

1.3 统计学处理

应用SPSS 24.0统计软件进行数据分析。计量资料(如年龄)以均数±标准差($\bar{x}\pm s$)表示, 计数资料以百分率(%)表示, 采用Pearson相关分析, 探讨肿瘤直径与CA 125水平以及腹水体积之间的相关性, $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 一般资料

在50例患者中, 其中35例(70%)为绝经后患者; 13例(26%)因下腹痛或腹部膨大就诊, 3例(6%)因月经不调就诊, 2例(4%)因绝经后阴道流血就诊, 其余32例(64%)均为体检时超声检查发现病灶就诊; 11例(22%)CA 125水平为38.1~432.7(169.3±132.8) U/mL, 水平升高(正常值: <35 U/mL)。

2.2 超声检查结果

超声结果示: 患者的平均肿瘤直径为6.1 cm, 其中31例(62%)肿瘤直径<5 cm, 12例(24%)肿瘤直径≥5且<10 cm, 7例(14%)肿瘤直径≥10 cm; 35例(70%)病灶呈低回声且边界清晰光滑、14例(28%)病灶呈混合回声、1例(2%)病灶呈无回声; 23例(46%)病灶呈后方回声伴衰减。根据患者的超声检查结果进行多普勒信号评分, 其中33例(66%)评分为1, 12例(24%)评分为2, 2例(4%)评分为3, 3例(6%)评分为4。

2.3 病理结果

患者术后病理学检查结果表明: 47例(94%)患者病灶发生在单侧且单病灶, 2例(4%)发生在双侧, 1例病灶在单侧但是有2个病灶, 共53个肿瘤, 其中3个肿瘤术前经超声检查未查出。OTFG肿瘤外观呈圆形、椭圆形、或分叶状, 表面光滑, 实体性瘤。肿瘤呈灰色、白色或黄色, 伴有水肿、囊性变或坏死。通过显微镜观察, 肿瘤细胞呈短梭形或呈羽毛状交织, 细胞核呈圆形或椭圆形, 伴有钙化、胶原蛋白改变以及透明样变性。最终病理诊断结果为: 37例(69.8%)肿瘤病理诊断结果为卵泡膜纤维瘤; 11例(20.8%)诊断为卵泡纤维瘤; 3例(5.7%)肿瘤诊断为卵泡膜细胞瘤; 1例(1.9%)肿瘤诊断为卵巢纤维卵泡膜瘤, 1例(1.9%)肿瘤确诊为纤维肉瘤。

2.4 患者超声与病理诊断结果比较

超声结果特异性诊断OTFG的正确率为70%(35/50), 其中10例(20%)被误诊为子宫浆膜下肌瘤, 1例(2%)被误诊为卵巢恶性肿瘤, 2例(4%)误诊为子宫内膜癌, 1例(2%)被误诊为卵巢囊肿, 1例(2%)被误诊为囊腺瘤。超声检查结果表现为低回声病灶的患者共35例, 包括27例卵巢纤维瘤患者、4例卵泡膜纤维瘤、3例卵泡膜细胞瘤、1例纤维肉瘤; 14例超声表现为混合回声的肿瘤患者中, 经病理学诊断, 7例卵泡膜纤维瘤, 7例卵巢纤维瘤, 1例超声表现无回声的患者, 经病理学诊断为卵巢纤维瘤; 1例无回声。

3 讨论

OTFG好发于绝经后女性, 往往预后良好。OTFG包括卵泡膜纤维瘤、纤维瘤、卵泡膜瘤、纤维卵泡膜瘤和纤维肉瘤, 是由于卵泡膜细胞老化时纤维组织增加, 从而形成含有纤维组织和卵泡膜细胞两种成分的肿瘤^[8]。卵泡膜瘤包括典型的卵泡膜瘤(多见于40岁以上女性, 绝经妇女占2/3以上, 且大部分患者出现内分泌症状, 少数患者有腹痛、腹胀及男性化表现)和黄素化卵泡膜瘤(仅约10%的患者出现内分泌症状)^[9]。卵巢纤维瘤为卵巢性索间质肿瘤中较常见的良性肿瘤, 多发病于51~60岁妇女, 肿瘤体积较小时常无任何症状, 肿瘤瘤体较大时, 大部分患者表现出腹痛、腹胀等症状^[10]。

本研究结果表明: 70%病变发生在绝经后,

64%无任何明显的临床症状, 仅因为常规体检时发现盆腔肿块从而确诊为OTFG。肿瘤体积较大的患者常常表现出腹痛以及腹部隆起的临床症状, 本研究中共13例患者因下腹痛、腹部膨大而就医, 84.6%(11/13)的患者肿瘤直径大于5 cm。卵泡膜细胞瘤通常是良性病变, 极少有恶性, 通过分泌激素导致未绝经妇女出现月经不调、绝经后妇女出现阴道流血等临床症状。本研究中, 有16例(32%)伴有腹水, 这与文献^[11]报道的结论相符; 1例(2%, 纤维肉瘤患者)伴有胸腔积水(Meigs综合征), 与文献^[12]报道的Meigs综合征发病率相符。

在本研究中, OTFG主要表现为病灶呈低回声, 边缘清晰, 与文献^[13]的结果相符。超声检查结果与肿瘤的成分、恶化程度以及其他囊性病变有关。卵泡膜细胞瘤(病理组织学检查表明肿瘤主要由卵泡膜细胞构成)患者, 其超声检查结果均表现出均匀的低回声病灶, 且肿瘤体积较小, 瘤体直径均不超过5 cm。瘤体较大往往与出血、钙化、扭转以及其他囊性病变有关, 其超声结果往往显示病灶呈混合回声。在本研究中, 23例(46%)表现出病灶后方回声伴衰减, 其中22例诊断为卵泡膜纤维瘤和卵巢纤维瘤, 回声衰减可能是由于成纤维细胞组织声音传播效率低造成。本研究中1例经病理诊断为纤维肉瘤, 其超声表现为低回声。研究^[14]表明: 卵巢纤维肉瘤并无特异的超声表现, 且无特异性肿瘤标志物, 临床诊断主要依靠病理学。一般说来, OTFG的血流量并不丰富, 本研究中66%的患者没有检测到彩色血流信号, 仅有6%检测到丰富的血流信号。因此, 综合分析OTFG的超声特征, 如边界清晰的低回声团块、病灶后方回声伴衰减、无血流信号或小到中等血流信号等, 可有效提高OTFG诊断的准确性。

由于对OTFG的认识有限, 常常将其误诊为子宫浆膜下肌瘤^[15]。在本研究中, 有10例(20%)被误诊为子宫浆膜下肌瘤, 年龄均在50岁以上, 且大部分为已绝经妇女。根据临床经验, OTFG与子宫肌瘤有以下区别: 子宫肌瘤好发于育龄期妇女而不是绝经期妇女; 肌瘤与子宫浆膜相连, 有来自子宫的丰富的血液供应; 通过腹部压迫, 可以将肌瘤包块从子宫中分离出来。因此, 可以通过综合判断, 可以有效提高OTFG的诊断率。

本研究结果表明患者典型的超声表现为低回声, 且易误诊为子宫肌瘤。本研究属于OTFG患者的描述性研究, 缺乏对照组, 样本量较少, 且患者均来自本院, 可能存在选择偏倚, 仍需进一步

研究以确定OTGF的临床诊断标准。

参考文献

1. Chen H, Liu Y, Shen LF, et al. Ovarian thecoma-fibroma groups: clinical and sonographic features with pathological comparison[J]. J Ovarian Res, 2016, 9(1): 81.
2. Dixit JD, Sharief SA, Goyal MK, et al. Plexiform angiomyxoid myofibroblastic tumor (PAMT) of stomach with synchronous bilateral cystic ovarian neoplasms, a rare case presentation[J]. Indian J Surg Oncol, 2016, 7(1): 82-85.
3. Meng XF, Zhu SC, Sun SJ, et al. Diffusion weighted imaging for the differential diagnosis of benign vs. malignant ovarian neoplasms[J]. Oncol Lett, 2016, 11(6): 3795-3802.
4. Zhang Z, Wu Y, Gao J, et al. CT diagnosis in the thecoma-fibroma group of the ovarian stromal tumors[J]. Cell Biochem Biophys, 2015, 71(2): 937-943.
5. Mukhopadhyay D, Rajab R, Nobbenhuis M, et al. Outcome of appendectomies at surgery for mucinous ovarian neoplasms: report from a UK center and review of literature[J]. Int J Gynecol Cancer, 2016, 26(6): 1020-1026.
6. Foti PV, Attinà G, Spadola S, et al. MR imaging of ovarian masses: classification and differential diagnosis[J]. Insights Imaging, 2016, 7(1): 21-41.
7. Timmerman D, Valentin L, Bourne TH, et al. Terms, definitions and measurements to describe the sonographic features of adnexal tumors: a consensus opinion from the International Ovarian Tumor Analysis (IOTA) Group[J]. Ultrasound Obstet Gynecol, 2000, 16(5): 500-505.
8. Chung BM, Park SB, Lee JB, et al. Magnetic resonance imaging features of ovarian fibroma, fibrothecoma, and thecoma[J]. Abdom Imaging, 2015, 40(5): 1263-1272.
9. Yin B, Li W, Cui Y, et al. Value of diffusion-weighted imaging combined with conventional magnetic resonance imaging in the diagnosis of thecomas/fibrothecomas and their differential diagnosis with malignant pelvic solid tumors[J]. World J Surg Oncol, 2016, 14(1): 5.
10. Qureshi A, Hassan M, Mamoon N, et al. Sex cord stromal tumours of the ovary, experience at Shifa International Hospital Islamabad[J]. J Pak Med Assoc, 2017, 67(7): 1107-1108.
11. Mansoor NA, Jezaan HS, et al. Spectrum of ovarian tumors: Histopathological study of 218 cases[J]. Gulf J Oncolog, 2015, 1(18): 64-70.
12. Bremner F, Behnes CL, Radzun HJ, et al. Sex cord gonadal stromal tumors[J]. Pathologie, 2014, 35(3): 245-251.
13. 谢敏, 李艺, 戴林, 等. 原发性卵巢纤维肉瘤一例并文献复习[J]. 中国妇产科临床杂志, 2015, 16(4): 370-371.
14. 张蕊, 陈金卫, 刘晓芳, 等. 卵巢卵泡膜-纤维瘤组肿瘤的超声表现及病理对照分析[J]. 山西医药杂志, 2016, 45(7): 760-762.
15. Genç M, Solak A, Genç B, et al. A diagnostic dilemma for solid ovarian masses: the clinical and radiological aspects with differential diagnosis of 23 cases[J]. Eur J Gynaecol Oncol, 2015, 36(2): 186-191.

本文引用: 卞敏, 李琴, 王中阳, 刘建琴. 卵巢卵泡膜-纤维瘤组肿瘤的临床和超声特征与病理学对比[J]. 临床与病理杂志, 2018, 38(8): 1698-1701. doi: 10.3978/j.issn.2095-6959.2018.08.017

Cite this article as: BIAN Min, LI Qin, WANG Zhongyang, LIU Jianqin. Clinical and ultrasonic characteristics compared with pathology in the patients of ovarian thecoma-fibroma groups[J]. Journal of Clinical and Pathological Research, 2018, 38(8): 1698-1701. doi: 10.3978/j.issn.2095-6959.2018.08.017