

为防止大出血及感染等严重并发症,对后者的9例采用药物综合治疗,7例阴道出血即可停止,2例给予清宫处理,均为功能性子宫出血。因此,不能以出血时间作为完全流产的判断标准。以孕囊排出作为判断标准也不可靠。本研究结果显示,给药后7d时E和P水平已降至卵泡期水平,可能是孕囊排出时无滋养叶细胞残留或残留少、黄体迅速溶解所致,而E和P分别于14d和21d时又有明显上升,达黄体期水平,说明完全流产时卵巢功能已经恢复,可能已有排卵发生。

进行药物流产的妇女,如果阴道出血时间较长,又无法确定此时宫腔内有无妊娠残留物,往往急于手术干预,从而造成了不必要的清宫术。另外,阴道出血时间延长除给服药者带来不便以外,还可能引起贫血、感染、不孕等近远期并发症。研究结果提示,动态观察药物流产前后血清β-HCG、

E和P水平变化,既能评价药物流产的治疗效果,又能预测药物流产后阴道出血量和时间,从而避免了不必要的药物或手术干预及经济负担。同时,米非司酮药物流产所致的功能性子宫出血应引起足够重视。

参 考 文 献

[1] 常玲,郭俊荣,咎荣华.药物流产过程中HCG、B超、组织病理与阴道流血的关系及处理.中国医师进修杂志,2000,23(4):56.
 [2] 乐杰.妇产科学.5版.北京:人民卫生出版社,2000:431.
 [3] 任连琴.米非司酮配伍米索前列醇终止10周至16周妊娠的临床观察与护理.实用医技杂志,2007,14(2):238-239.
 [4] 李春.米非司酮配伍米索前列醇终止早孕的效果观察.实用临床医学,2007,8(1):70-71.
 [5] 朱瑜,赵华英,陈丽,等.米非司酮配伍米索前列醇终止妊娠10-12周瘢痕子宫钳刮术中的应用.中国现代临床医学,2007,6(12):45-46.

(收稿日期:2009-06-12)

原发性腹膜砂粒体癌 ⁹⁹Tc^m-亚甲基二膦酸盐 SPECT-CT 全身骨显像一例报告

冯菲 赵德善 耿会霞 吴利翔 刘建中 李思进

【关键词】原发性腹膜砂粒体癌;体层摄影术,发射型计算机,单光子; ^{99m}Tc 锝美罗酸盐;骨外摄取

患者女,78岁,原发性腹膜砂粒体癌术后9月,左上腹部疼痛2月,行⁹⁹Tc^m-亚甲基二膦酸盐(⁹⁹Tc^m-methylene-diphosphonate, ⁹⁹Tc^m-MDP)前后位全身骨显像示:脊柱侧弯,第10胸椎骨质代谢程度增高,其余骨骼未见异常(图1);腹盆腔内可见多处不规则团块状非均匀性显像剂分布异常增高影,经局部断层和X线定位示:显像剂分布异常增高区为肠管外腹膜内软组织(图2)。

1 病史回顾

患者9月前因妇科彩超提示:右侧卵巢1.8cm×1.6cm实性回声——考虑卵巢癌,盆腔少量腹水,盆腔左侧腹膜明显增厚,大网膜聚集,结节样融合状,范围5.8cm×3.6cm——考虑转移。在全麻下行剖腹探查见:子宫约5cm×4cm大小,表面尚光,卵巢未见异常,无腹水。大网膜肝脾曲被包裹成饼状并与腹壁粘连,肠系膜间可见多个直径1cm大小结节。行全子宫+双附件+大网膜切除术,切除病物

检示:大网膜浆液性乳头状腺癌,富含砂粒体;子宫、双侧卵巢和输卵管未见明显病变。诊断为原发性腹膜砂粒体癌。现左上腹部疼痛2月以上。

查体:腹软,左上腹可扪及约7cm大小肿块,质硬。

化验血CA125水平:158.88U/ml,升高。颈部和腹盆部

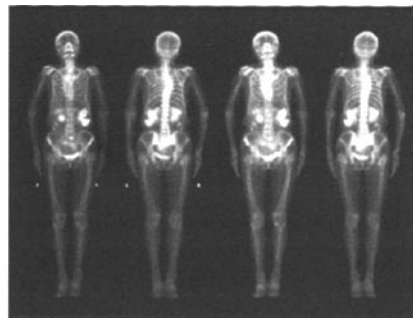


图1 原发性腹膜砂粒体癌 ⁹⁹Tc^m-亚甲基二膦酸盐 前后位全身骨平面显像图

图像显示,腹盆腔内可见多处不规则团块状非均匀性⁹⁹Tc^m-MDP显像剂分布异常增高病灶。

DOI: 10.3760/cma.j.issn.1673-4114.2009.05.009
 作者单位:030001太原,山西医科大学第一医院核医学科
 通信作者:赵德善(E-mail: deshanzh@hotmail.com)



图2 原发性腹膜砂粒体癌 ^{99m}Tc -亚甲基二膦酸盐 SPECT-CT

图2a为CT断层图像,可见左腹腔内不均匀高密度影;图2b为SPECT断层图像,可见左腹腔同一位置团块状显像剂异常浓聚影;图2c为SPECT和CT的融合图像。

超声示:双侧锁骨上区、脾脏窝、胰腺周围、后腹腔大血管周围及双侧盆腔壁见多个实性结节(淋巴结)和肿块——考虑转移。全腹增强CT示:原发性腹膜砂粒体癌术后,腹膜多发转移征象伴腹膜后多发淋巴结肿大,腹水形成,考虑肝脏受损(图3)。

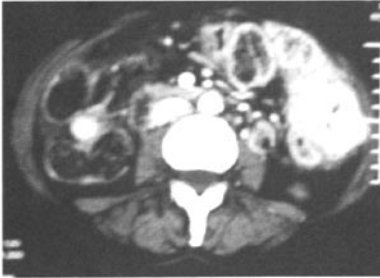


图3 原发性腹膜砂粒体癌腹部增强CT图

2 讨论

原发性腹膜癌为一种少见的腹膜恶性肿瘤,原发于腹膜间皮,呈多灶性发生,多发生于女性。1959年Swerdlow首次以腹盆腔腹膜间皮瘤酷似卵巢乳头状囊腺癌报道此病。目前,该病的发生机制尚不清楚,多数人认为其来源于所谓的第二苗勒系统。腹膜与卵巢表面上皮来源于共同的胚胎,其可发生与卵巢上皮癌相同的各种组织类型肿瘤,如最常见的浆液性肿瘤,以及少见的子宫内膜样癌、黏液性癌、透明细胞癌、鳞癌和恶性苗勒管混合瘤等,故此二者较难鉴别^[1-3]。目前多采用美国妇科肿瘤学组对原发腹膜浆液性癌的诊断标准:①卵巢缺如或正常大小(最大径线<4cm);②卵巢外病灶远大于卵巢表面的病灶;③显微镜示卵巢未受肿瘤侵犯,或仅浆膜面受累,或皮质种植深度<5mm;④组织病理学和细胞学特征明显以浆液性为主。在其诊断中,影像学方法(如超声、CT、MRI等)可发现腹腔包块(如大网膜饼等)和腹水等。90%以上患者血清CA125升高,且其升高水平与临床病情严重程度相关。

骨像剂 ^{99m}Tc -MDP是一种二膦酸盐类化合物,骨外软组织摄取 ^{99m}Tc -MDP的机制目前尚不清楚,Loutfi等^[4]将骨外软组织摄取骨显像剂分为3种情况:①显像剂质量和操作技术等引起的技术伪影;②泌尿系统排泄显像剂所致;③

多种病理因素所致异常摄取。其机制可能与细胞外液扩张、局部血管增生、局部组织钙浓度增高,营养障碍、骨外转移或放射性药物大分子在组织中结合等因素有关^[5-9]。近年来迅速发展的SPECT-CT图像融合技术,不仅能够提供高清晰度的核医学图像,而且还可以进行良好的解剖定位和显示病灶特点^[7-9]。

在本例中,该患者送检病理结果为网膜浆液性乳头状腺癌,富含砂粒体,砂粒体多由钙化的层状体和蛋白样物质构成,因而在全身骨显像中可见腹部病变组织摄取骨显像剂 ^{99m}Tc -MDP。在本病例中通过全身骨显像可以明确病变累及范围和疾病严重程度,同机CT融合可以有助于病变部位和组织器官的定位诊断。

参 考 文 献

- [1] Dubernard G, Morice P, Rey A, et al. Prognosis of stage III or IV primary peritoneal serous papillary carcinoma. *Eur J Surg Oncol*, 2004, 30(9): 976-981.
- [2] Gutsu E, Mishin I, Gagauz I. Primary retroperitoneal mucinous cystadenoma A case report and brief review of the literature. *Zentralbl Chir*, 2003, 128(8): 691-693.
- [3] Cormio G, Di Vagno G, Di Gesu G, et al. Primary peritoneal carcinoma: a report of twelve cases and a review of the literature. *Gynecol Obstet Invest*, 2000, 50(3): 203-206.
- [4] Loutfi I, Collier BD, Mohammed AM. Nonosseous abnormalities on bone scans. *J Nucl Med Technol*, 2003, 31(3): 149-153.
- [5] Ergün EL, Ceylan E. Soft tissue uptake observed on Tc-99m MDP bone scans: rare imaging patterns in two cases. *Clin Nucl Med*. 2001, 26(11): 958-959.
- [6] Kim SJ, Choi JA, Lee SH, et al. Imaging findings of extrapulmonary metastases of osteosarcoma. *Clin Imaging*, 2004, 28(4): 291-300.
- [7] Roarke MC, Nguyen BD, Pockaj BA. Applications of SPECT/CT in nuclear radiology. *AJR Am J Roentgenol* 2008, 191(3): 135-150.
- [8] Even-Sapir E, Flusser G, Lerman H, et al. SPECT/multislice low-dose CT: a clinically relevant constituent in the imaging algorithm of nononcologic patients referred for bone scintigraphy. *J Nucl Med*, 2007, 48(2): 319-324.
- [9] Buck AK, Nekolla S, Ziegler S, et al. SPECT/CT. *J Nucl Med*, 2008, 49(8): 1305-1319.

(收稿日期: 2009-06-10)