

卵巢类固醇细胞瘤 1 例报道

徐意 张敏鸽

卵巢类固醇细胞瘤(steroid cell tumor, SCT)是一种罕见的卵巢肿瘤,约占所有的卵巢肿瘤0.1%,在世界卫生组织女性生殖系统肿瘤分类中归属于卵巢性索-间质肿瘤^[1]。该肿瘤罕见,查阅国内外文献多为个例报道,现将本院1例年轻女性左侧卵巢SCT报道如下。

1 病例资料

患者,女性,16岁,因“停经1年余,发现盆腔包块2个月”于2023年8月7日入院。患者曾多次外院就诊检查提示雄性激素升高(具体不详),伴有声音粗哑、毛发增生,2个月前外院超声提示左侧卵巢实质性肿块,遂至我院就诊寻求进一步治疗。该患者初潮12岁,既往周期30d,经期7d,经量中,色暗红,无痛经,无白带异常。体重指数27.3 kg/m²,有高血压病史1年余,最高达146/90 mmHg,一直未用药,未定期监测血压。入院后实验室检查:CA125、人附睾蛋白4、ROMA指数、人绒毛促性腺激素未见异常。妇科超声(经直肠腔内):左侧卵巢增大,内见4.2 cm×3.5 cm×3.3 cm中等回声肿块,边界清,内回声欠均匀,可见较丰富血流信号,可见动静脉血流频谱。CT增强(见封三图6):左侧附件区见结节状混杂密度影,边界清,大小约3.5 cm×3.0 cm,CT值约-5~23 Hu,病灶内含脂肪密度,增强扫描见结节状强化,考虑左侧附件区混杂实性占位。MR增强(见封三图7):左侧附件区见类圆形异常信号,范围约3.3 cm×3.1 cm,内信号不均匀,T1WI呈稍高信号,T2WI+FS呈混杂稍高信号,增强后不均匀强化,可见实性部分明显强化,考虑左侧卵巢畸胎瘤可能。术前诊断左侧卵巢实性肿块,排除禁忌后遂行腹腔镜下左卵巢肿瘤剔除术,术中可见左卵巢增大,见3 cm×4 cm大小肿块,包膜完整,边界清,右卵巢及双侧输卵管外观正常。术后病理(见封三图5):

镜下见瘤细胞弥漫片状分布,胞界清晰,胞浆嗜酸或透亮,间质纤维血管组织增生。免疫组化结果:CK(部分+),EMA(-),CD99(+),Vimentin(+),CD56(部分+),Syn(-),Ki-67(5%+),Inhibin- α (+),S-100(-)。术后病理诊断左侧卵巢SCT。手术经过顺利,术后予以护胃、补液治疗。患者术后1个月来院复查性激素,其中睾酮0.12 ng/mL,孕酮<0.1 ng/mL,雌二醇23 pg/mL,促黄体激素2.68 mIU/mL,促卵泡激素7.31 mIU/mL,门诊测量血压112/76 mmHg。术后一年余经电话随访,患者月经正常来潮,无血压升高,声音粗哑较前明显改善,体重较前减轻,身体增生毛发亦较前减少。

2 讨论

卵巢SCT可发生于任何年龄女性,多为单侧病灶,由于肿瘤细胞可分泌不同类固醇激素,故临床表现可因不同激素表达出现不同症状^[2]。国内外病例报道发现多数SCT患者出现高雄激素表达症状,例如出现闭经、声音低沉、多毛、痤疮等男性化特征及肥胖。少数患者也可表现为雌激素分泌增多的月经紊乱、子宫异常出血等和皮质醇分泌增多的库欣综合征症状。卵巢SCT绝大多数都是良性的,Fadare等^[3]最新总结得出<10%的SCT是恶性的。

妇科超声是卵巢肿瘤的首选检查方式,卵巢SCT的声像图表现多为单侧形态规则、边界清楚的卵圆形实性肿块,内部不均质,多呈中低回声,可探及血流信号^[4]。CT及MRI检查亦可作为卵巢SCT的术前辅助检查,但无特异性表现。卵巢SCT多为不均质实性或以实性为主的囊实性肿块,内可含脂肪成分,其MR信号特点取决于肿瘤内脂质成分及纤维间质含量的比例^[5],实性部分T1WI呈等或稍高信号,T2WI呈稍高信号。由于肿瘤毛细血管网和血窦样结构丰富,增强扫描多表现为富血供肿块,实性部分明显强化或出现渐进性强化。王悦人等^[6]认为当瘤体增大、密度升高同时伴囊变、钙化及出血时

DOI: 10.13558/j.cnki.issn1672-3686.2025.006.023

作者单位:317000 浙江临海,浙江省台州医院放射科

可能提示肿瘤恶变。本例患者影像学表现均与文献报道一致,但值得一提的是,由于本例在CT中发现了卵巢肿块中的脂肪成分,结合肿块内密度、信号较为混杂以及青春期患者等特点,故MRI诊断误诊为畸胎瘤,另外还需与颗粒细胞瘤、无性细胞瘤及纤维-卵泡膜细胞类肿瘤等鉴别。畸胎瘤常见于育龄期女性,一般无激素水平异常,病灶内成分混杂,可含脂肪成分及牙齿等骨骼成分。颗粒细胞瘤多见于中年女性,雌激素分泌增多,多表现为以实性为主的囊实性肿块,呈蜂窝状、多房表现,囊内含浆液、血性液或胶样液,实性部分可伴出血、坏死。无性细胞瘤好发于青少年及年轻女性,多伴有乳酸脱氢酶或碱性磷酸酶升高,部分患者可见人绒毛膜促性腺激素升高,多为单侧具有较完整纤维包膜的实性肿块,伴囊变、坏死,可有钙化,增强后病灶内可见线样强化的纤维血管、纤维包膜分隔。纤维-卵泡膜细胞类肿瘤好发于绝经后女性,雌激素可升高,因肿瘤内含脂肪、纤维比例不同而影像表现不同,多数为实性或囊实性,T2WI可见低信号(胶原纤维成分),实性部分呈轻中度强化,强化程度低于子宫,可呈持续强化。

目前手术切除是治疗卵巢SCT的主要方法,需根据患者年龄、生育需求、肿块大小及恶性倾向等选择不同的术式,大多数预后良好,术后激素水平可恢复正常。Lin等^[7]研究发现40岁以上患者恶变及复发的可能性更大,当肿瘤复发或进展时可采用肿瘤切除、化疗和促性腺激素释放激素激动剂治疗。

由于卵巢SCT临床表现多样,与激素表达相关,故不少患者因肥胖、内分泌失调、痤疮等首诊于内分泌科、皮肤科,而难以发现肿块本身。本例患者

起初因肥胖、青春期月经失调及高血压初诊于内分泌科,由于高雄激素血症及高血压症状首先怀疑肾上腺病变,经相关检查后患者症状并非来源肾上腺,后因超声检出卵巢实性肿块最终才辗转至妇科就诊。

综上所述,卵巢类固醇细胞瘤的术前诊断难度较大,术前应综合临床、实验室检查及影像检查等多方面判断,当患者出现男性化症状、雄激素水平升高并且发现卵巢含脂肿块时,需高度怀疑卵巢类固醇细胞瘤的可能^[8]。

参考文献

- 1 WHO Classification of Tumours Editorial Board. Female genital tumours. In WHO classification of tumours[M]. 5th edition. Lyon: IARC Press, 2020: 77-78, 264-265.
- 2 王敏, 马帅, 李杰. 卵巢类固醇细胞瘤的研究进展[J]. 国际生殖健康/计划生育杂志, 2023, 42(4): 339-342.
- 3 Fadare O, Fard EV, Bhargava R, et al. The malignant potential of ovarian steroid cell tumors revisited: A multi-institutional clinicopathologic analysis of 115 cases[J]. Am J Surg Pathol, 2024, 48(5): 570-580.
- 4 董雪, 黄丽萍. 卵巢类固醇细胞瘤的超声表现[J]. 现代肿瘤医学, 2019, 27(5): 864-866.
- 5 么秀明, 李素荣, 石丽莉. 卵巢类固醇细胞瘤MRI表现二例[J]. 影像诊断与介入放射学, 2021, 30(2): 150-153.
- 6 王悦人, 郭启勇, 王威, 等. 卵巢类固醇细胞瘤的影像学表现及鉴别诊断[J]. 放射学实践, 2018, 33(10): 1043-1047.
- 7 Lin M, Bao K, Lu L, et al. Ovarian steroid cell tumors, not otherwise specified: Analysis of nine cases with a literature review[J]. BMC Endocr Disord, 2022, 22(1): 265.
- 8 Wei CH, Fadare O. Ovarian steroid cell tumors: What do we know so far[J]. Front Oncol, 2024, 14: 1331903.

(收稿日期 2024-11-24)

(本文编辑 葛芳君)