

示病灶有丝分裂旺盛,生长活跃,进展为上皮样炎性肌纤维母细胞肉瘤,预后不良。②肿块与周围结构的关系:纵隔 IMT 大多形态不规则,边界不清,周围脂肪间隙密度增高,纵隔内大血管丰富,纵隔 IMT 常与周围血管粘连紧密,邻近胸膜、心包膜增厚、粘连,类似炎症表现,可能与 IMT 瘤内炎性渗出、浸润密切相关,具有一定的特征性。③肿块的强化特点:据文献报道^[4],IMT 的强化方式多样,不同的强化方式与肿块内纤维细胞、炎症细胞含量不同,肿瘤间质排列方式不同等相关。由于 IMT 恶性程度一般较低,生长较缓慢,坏死率低,因此,IMT 大多表现为均匀强化,持续上型强化。本例纵隔 IMT 表现为中度均匀强化,延迟强化,渐进性强化,这可能与病变内含丰富的纤维组织及毛细血管有关,属于 IMT 的主要强化方式之一,具有特征性。

纵隔 IMT 需要与胸腺瘤、畸胎瘤、淋巴瘤及神经鞘瘤等相鉴别:①胸腺瘤:胸腺瘤好发于前上纵隔,典型的临床表现为重症肌无力,非侵袭性胸腺瘤多表现为孤立的结节影,一般比较小,边界清楚,密度均匀,侵袭性胸腺瘤需与 IMT 鉴别,表现为边界不清,形态不规则,密度不均匀的肿块影,多见囊变、坏死,部分可见钙化,易侵犯周围大血管、胸膜、心包膜等,增强扫描明显不均匀强化^[5]。侵袭性胸腺瘤的血管侵犯、胸膜、心包膜受累与纵隔 IMT 类似,而纵隔 IMT 低坏死率的特征和“慢进慢出”的强化方式可与之鉴别。②畸胎瘤:典型的畸胎瘤含有多种成分,如骨骼、牙齿、毛发、脂肪等,诊断较为容易,且畸胎瘤大多表现为良性,形态较规则,边界较清楚,较少出现心包和胸膜侵犯。③淋巴瘤:淋巴瘤通常以中纵隔淋巴结肿大常见,表现为密度均匀,强化一致的肿块,特征

性的表现为增强后血管漂浮征,纵隔 IMT 可出现与之相仿的影像表现,光从 CT 上较难鉴别,但绝大多数淋巴瘤患者除纵隔淋巴结肿大外还可出现颈部、腹膜后等其他区域的淋巴结肿大,临床有发热的表现,当两者鉴别困难时可行 MRI 或 PET-CT 进一步检查。④神经鞘瘤:发生于后纵隔的 IMT 还需与神经鞘瘤相鉴别,神经鞘瘤大多无明显临床表现,CT 表现为边缘光整的肿块,沿神经走行分布,病灶多见囊变,增强扫描表现为中心延迟强化、边缘低强化,囊变区不强化。而纵隔 IMT 边界不清,密度大多较均匀,可与之相鉴别。

综上所述,纵隔 IMT 具有一定的临床及影像特征性,临床可表现为类似炎症的特点,如发热、胸痛等,CT 多呈现密度均匀,边界不清,增强后渐进性强化的肿块。近年来纵隔 IMT 的报道逐渐增多,但是误诊误治率仍非常高,提高对纵隔 IMT 影像表现的认识是诊断和治疗的关键。

[参考文献]

- [1]Fletcher CD, Unni KK, Mertens F. World health organization classification of tumours. Pathology and genetics of tumours of soft tissue and bone[M]. Lyon: IARC Press, 2002: 47-107.
- [2]刘伟南,刘晋波,贺中杰,等. 纵隔炎性肌纤维母细胞瘤的螺旋 CT 表现(附 7 例分析)[J]. 中国 CT 和 MRI 杂志,2015,13(5):52-55.
- [3]吕绍茂,段少银,韩丹,等. 炎性肌纤维母细胞瘤影像学表现与病理学分析[J]. 中国临床医学影像杂志,2010,21(5):331-335.
- [4]张克宇,陈力. 腹膜后炎性肌纤维母细胞瘤的影像学诊断进展[J]. 医学影像学杂志,2020,30(8):1490-1493.
- [5]李剑雄,林国成. 侵袭性胸腺瘤与非侵袭性胸腺瘤的螺旋 CT 诊断[J]. 放射学实践,2011,26(6):597-600.

妊娠期乙状结肠巨大肿瘤合并卵巢转移超声所见 1 例

Large sigmoid neoplasm with ovarian metastases during pregnancy found by ultrasound: report of one case

舒欣,禹鑫,郭良云(南昌大学第二附属医院超声科,江西 南昌 330006)

SHU Xin, YU Xin, GUO Liang-yun

(Department of Ultrasound, the Second Affiliated Hospital of Nanchang University, Nanchang 330006, China)

[关键词] 乙状结肠肿瘤;肿瘤转移;超声检查,多普勒,彩色;磁共振成像

[中图分类号] R735.35;R445.1;R445.2 [文献标识码] B [文章编号] 1008-1062(2024)04-0295-02

DOI:10.12117/jccmi.2024.04.018

病例 女,33岁,孕25周,孕1产0,因大便次数增多、不成形5月余伴便血2次入院。产科情况:宫高21cm,腹围87cm,先露:头位,胎心147次/分,宫颈评分4分。实验室检查:红细胞 $3.38 \times 10^{12} L^{-1}$,血红蛋白87g/L;肿瘤标记物:甲胎

蛋白126.1ug/L,癌胚抗原(CEA)10.93ug/L,糖类抗原19-9(CA19-9)49.7U/mL,糖类抗原125 21.4U/mL。大便常规:大便潜血(2+)。

超声显示:孕子宫左侧腹盆腔内探及大小约106mmx

[收稿日期] 2023-08-24

[作者简介] 舒欣(1998-),女,湖北武汉人,在读硕士研究生。E-mail:sx2016129236@163.com

[通信作者] 郭良云,南昌大学第二附属医院超声科,330006。E-mail:gly_0417@126.com

86 mm×71 mm 的混合回声团块(图 1),与子宫壁及肠道分界欠清,形态不规则,内部回声不均匀,可见气体样回声。彩色多普勒于其内探及少许点条状血流信号(图 2),频谱多普勒显示为动脉频谱,RI 0.77(图 3)。另于左侧髂血管内侧可见大小约 68 mm×46 mm×37 mm 的低无回声团块(图 4),边界尚清,内见多条分隔,彩色多普勒于其内未探及明显血流信号。超声提示:孕妇腹盆腔内巨大混合回声团块(2 个),考虑肠道肿瘤可能性大。MRI 检查:孕妇子宫左侧腹盆腔内两个多房囊实性团块(图 5),偏前上方病灶出血,考虑卵巢囊腺瘤或肠道肿瘤。

患者终止妊娠后行乙状结肠癌根治术+左卵巢切除术+

膀胱后壁部分切除术。术中见乙状结肠肠壁充血水肿,中下段探及一大约 90 mm×80 mm×70 mm 的质硬肿物,堵塞肠腔,侵及左侧腹壁及膀胱后壁,肠系膜根部可见肿大淋巴结;左侧卵巢可见一大约 60 mm×50 mm×40 mm 的囊实性肿瘤,质硬,边界不清。

病理结果(图 6):乙状结肠腺癌;左卵巢转移性腺癌。免疫组化结果:乙状结肠处病变:BRAF-V600E(-),PMS2(+),MSH6(+),MSH2(+),MLH1(+),Ki-67(+,20%)Her-2(1+),Villin(+),CK20(+),CDX-2(+),CK7(+),Pax-8(+)。左侧卵巢处病变:Villin(+),CK20(弱+),CDX-2(+),CK7(弱+),Pax-8(-),ER(-),PR(-),Ki-67(+,70%),WT-1(-)。

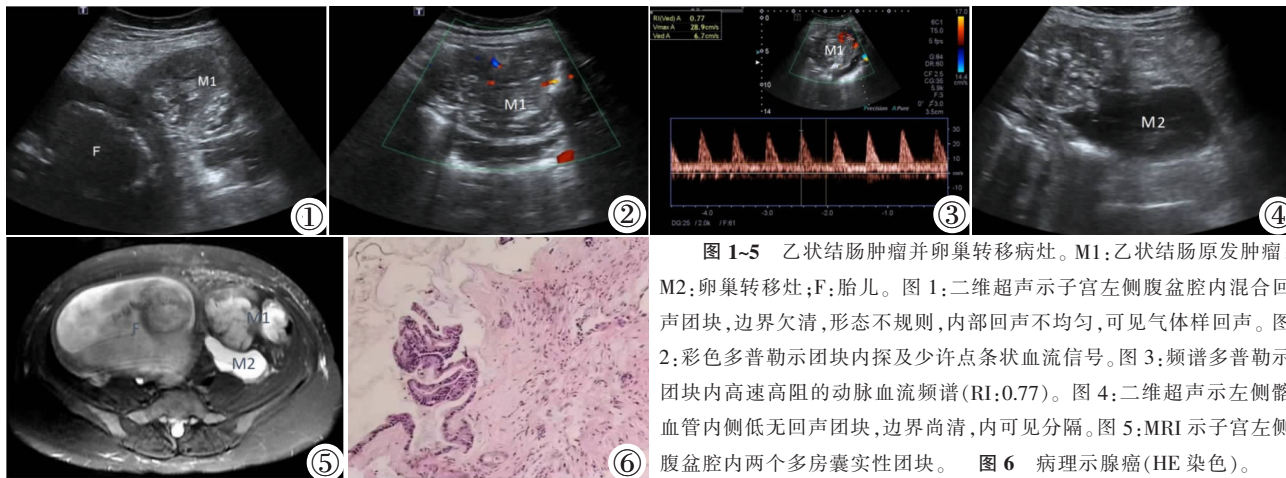


图 1-5 乙状结肠肿瘤并卵巢转移病灶。M1:乙状结肠原发肿瘤;M2:卵巢转移灶;F:胎儿。图 1:二维超声示子宫左侧腹盆腔内混合回声团块,边界欠清,形态不规则,内部回声不均匀,可见气体样回声。图 2:彩色多普勒示团块内探及少许点条状血流信号。图 3:频谱多普勒示团块内高速高阻的动脉血流频谱(RI:0.77)。图 4:二维超声示左侧髂血管内侧低无回声团块,边界尚清,内可见分隔。图 5:MRI 示子宫左侧腹盆腔内两个多房囊实性团块。图 6 病理示腺癌(HE 染色)。

讨论 妊娠期结肠癌的发病率仅为 0.002%~0.100%,临床多表现为恶心呕吐、腹痛、便血、排便习惯改变等^[1-2]。结肠癌常见的转移部位是肝脏、肺、骨、脑;卵巢转移较为少见,发生率约 1.6%~7.4%,且多为双侧卵巢转移^[3]。该疾病的临床表现缺乏特异性,且与妊娠期生理性症状类似,较容易漏诊和误诊^[4]。由于辐射对孕妇及胎儿存在潜在危害,超声检查及 MRI 检查是妊娠期结肠癌主要的影像学检查手段。同时,超声因其便捷经济的特点而广泛应用于临床;超声检查不仅能显示病变的形态、血流信号及位置,还可以显示病变周围组织侵犯及腹盆腔转移等情况^[5]。

本例患者乙状结肠原发肿物体积巨大并发生左侧卵巢转移,出现腹泻、大便性状改变等消化道症状 5 月余,且多次在外院行常规超声检查并未发现病灶导致了病情的延误,我们认为以下几点有助于提高妊娠期结肠肿瘤的超声诊断率:①出现腹泻、大便性状改变及便血等消化道症状;②实验室检查显示血红细胞、血红蛋白减少;③血清肿瘤标志物 CEA、CA19-9 等明显升高;④大便潜血阳性;⑤超声显示腹盆腔内边界欠清的混合回声团块合并内部有气体样回声或者近端肠管梗阻。

综上所述,当孕妇出现消化道症状及贫血表现且影像学检查显示腹盆腔内有占位性病变时,临床医生需结合病史考虑消化道肿瘤合并卵巢转移的可能,并进行组织病理检查、免疫组织化学染色技术以尽早做出明确诊断,为后续进一步治疗提供依据,延长癌症患者的生存期。

[参考文献]

[1]Gao S, Okekpe CC, Dombrovsky I, et al. Colorectal Cancer Diagnosed During Pregnancy With Delayed Treatment [J]. Cureus, 2020, 12(5): e8261.
 [2]Smirnov AV, Berelavichus SV, Dubrovsky AV, et al. [Colorectal cancer in pregnant women][J]. Khirurgiia(Mosk), 2015, 79(5): 83-85.
 [3]Kowalczyk KA, Wysocki WM. On the border of medical specialties: ovarian metastasis from colorectal cancer [J]. Ginekol Pol, 2021, 92(9): 72-74.
 [4]黄育斌,谭昱,唐雪珍,等. 晚期妊娠合并结肠癌误诊 2 例 [J]. 中国临床医学影像杂志,2018,29(12):908-909.
 [5]韦瑶,苏娜,桂阳,等. 妊娠合并卵巢肿瘤超声诊断分析[J]. 中华医学超声杂志(电子版),2014,11(9):743-748.