

超声误诊巨大卵巢血管瘤 1 例

Ultrasound misdiagnosed giant ovarian hemangioma: report of one case

陈思晗,熊虎,税典雅,高小瞻

(宜昌市第二人民医院,湖北宜昌 443001)

CHEN Si-han, XIONG Hu, SHUI Dian-ya, GAO Xiao-zhan

(Department of Ultrasonic Imaging, the Second People's Hospital of China Three Gorges University, Yichang Hubei 443001, China)

[关键词] 血管瘤;卵巢肿瘤;误诊;超声检查,多普勒,彩色

[中图分类号] R737.31;R445.1

[文献标识码] B

[文章编号] 1008-1062(2025)02-0150-02

DOI:10.12117/jccmi.2025.02.020

病例 女,60岁,因“右侧腰部疼痛2天”入院。超声表现:盆腔可见17.0 cm×11.9 cm无回声(图1),内部透声差,见密集光点回声,其旁可见大小约3.2 cm×2.8 cm稍高回声。CDFI:盆腔内无回声周边未见明显血流信号(图2)。超声提示:盆腔巨大囊性病灶(考虑巧克力囊肿)。

下腹部CT增强:右中下腹巨大囊性占位病变(图3)。盆

腔核磁增强:下腹-盆腔巨大囊性占位,考虑来源于右侧附件区。

术后病理检查(图4):(右侧卵巢)镜下见大量薄壁血管增生,伴血栓形成,间质纤维结缔组织增生伴少量慢性炎性细胞浸润,考虑血管瘤。

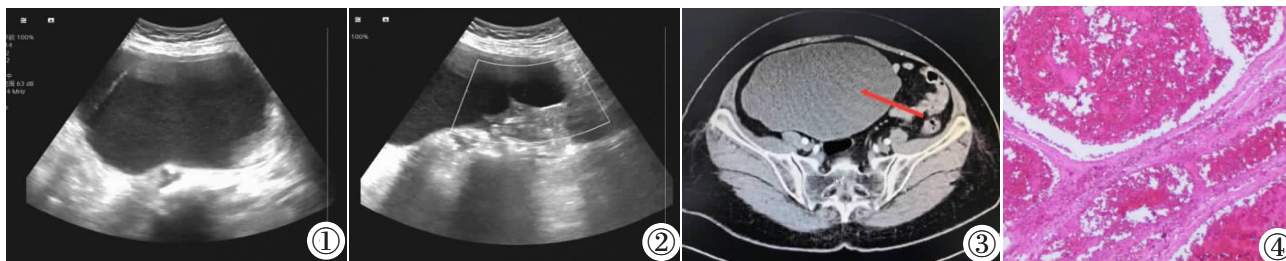


图1 超声提示盆腔可见17.0 cm×11.9 cm无回声,内透声差,可见密集点状低回声。图2 彩色多普勒显示周边未见明显血流信号。图3 下腹部纵隔窗横断位CT增强示右中下腹巨大囊性占位病变,无明显强化。图4 病理检查结果(HE,×200)。

讨论 卵巢血管瘤(Ovarian hemangioma, OH)是卵巢血管异常增生形成的良性肿瘤,临床较为罕见,大多是先天性的,少数是继发性的。卵巢血管瘤的病因尚不清楚,可能与先天性血管畸形、激素水平异常、感染等因素有关^[1]。通过查阅已知的文献报道^[2]发现,OH多发生于绝经期女性,临床上无明显特异性表现,部分患者可能会因肿瘤压迫出现腹痛腹胀症状。但有学者^[3]认为,雌激素会对血管产生生长刺激作用,因此部分患者的临床表现为绝经后仍可出现功能失调性子宫出血、乳房疼痛、晚期男性型脱发以及雌二醇水平升高。本例患者因盆腔内巨大占位导致下腹有明显坠胀感入院。

本例患者超声极易误诊为子宫内膜异位囊肿或畸胎瘤,因其体积巨大导致周围部分毛细血管内血栓形成,所以缺乏OH特异性表现具有较丰富的血流信号这一重要特点。此外,少数OH可伴有大量腹水和血清CA125升高被误认为是卵巢癌,但是OH多以囊实性病灶的特性出现,有时周边可见稍强回声病灶,也主要是由于毛细血管内血栓形成机化的钙化组织形成^[4]。据报道^[5],大多数病例报告多为偶然发现,超声表

现为高度血管化的附件肿块。通过文献复习发现总结一系列OH超声特征^[6]如下:①多为单侧卵巢发病;②边界清晰,形态规则;③内回声均匀,可见钙化灶强回声;④周边可探及丰富、低阻力型血流信号;⑤可合并子宫内膜息肉及腹腔积液。

通过查阅国内外的大量文献^[7-9]发现,OH多以囊实性及实性结节的性质出现,表现为高度血管化的附件肿块。而且宏观上而言,OH的体积一般较小,几乎从未见到报告直径>10 cm的OH肿块。由于病例报告的数量较少,且OH自身缺乏显著特异性,超声诊断的难度较大,但若结合患者的临床表现,患者在就诊前数年前就已切除子宫附件,盆腔无法发生子宫内膜异位种植所形成的囊肿。因此,误诊为子宫内膜异位囊肿也一定程度上揭示了诊断的思维惯性。

OH在临床工作中较为少见,导致在超声诊断工作中认识不足。妇科疾病在超声图像上很多时候缺乏一定的特异性,所以在诊断中除了提高对各项疾病的认知外,对患者的临床症状、病史的采集尤为重要。仔细观察肿瘤来源、与盆腔血管的关系以及血供情况,谨防同影异病的情况发生。

[收稿日期] 2024-04-22;[修回日期] 2024-07-17

[作者简介] 陈思晗(1997-),女,湖北宜昌人,硕士研究生。E-mail:1059899432@qq.com

[通信作者] 熊虎,宜昌市第二人民医院,443000。E-mail:xionghu233@163.com

[参考文献]

- [1]Wu F, Hu M, Cao M, et al. Giant mesenteric mixed hemangioma misdiagnosed as ovarian cyst: a case report and a literature review[J]. Ann Vasc Surg, 2020, 67: 567.e1-567.e4.
- [2]Uppal S, Heller DS, Majmudar B. Ovarian hemangioma—report of three cases and review of the literature [J]. Arch Gynecol Obstet, 2004, 270(1): 1-5.
- [3]Gehrig PA, Fowler WC Jr, Lininger RA. Ovarian capillary hemangioma presenting as an adnexal mass with massive ascites and elevated CA125[J]. Gynecol Oncol, 2000, 76(1): 130-132.
- [4]Wang Z, Hu J. A case report of anastomosing hemangioma of the ovary[J]. Medicine(Baltimore), 2023, 102(19): e33801.
- [5]Mitra B, Sengupta S, Rai A, et al. Ovarian hemangioma: A rare case report[J]. Int J Surg Case Rep, 2013, 4(11): 981-984.
- [6]王紫薇,罗红,强坤坤,等. 卵巢血管瘤的超声特征分析[J]. 中国超声医学杂志,2023,39(12):1420-1422.
- [7]强坤坤,宋清芸,罗红. 超声误诊卵巢血管瘤 1 例[J]. 临床超声医学杂志,2023,25(5):411-412.
- [8]Hafsi M, Moussi M, Najar S, et al. Ovarian hemangioma: Differential diagnosis of ovarian cancer [J]. Int J Surg Case Rep, 2024, 116: 109431.
- [9]Wu Q, Luo H, Zhang B, et al. A rare case of ovarian hemangioma[J]. J Clin Ultrasound, 2023, 51(9): 1507-1508.

抗 NF155 IgG4 抗体阳性慢性炎性脱髓鞘性多发性神经根神经病 1 例

Chronic inflammatory demyelinating polyneuropathy with positive anti NF155 IgG4 antibody: report of one case

杨茹双,李晓娜,刘莹,史瑞清,张雪松,赵纳,孙英彩,彭志刚

(河北医科大学第三医院 CT 室,河北 石家庄 050051)

YANG Ru-shuang, LI Xiao-na, LIU Ying, SHI Rui-qing, ZHANG Xue-song, ZHAO Na, SUN Ying-cai, PENG Zhi-gang

(Department of CT, Hebei Medical University Third Hospital, Shijiazhuang 050051, China)

[关键词] 多发性神经根神经病;磁共振成像

[中图分类号] R745;R445.2

[文献标识码] B

[文章编号] 1008-1062(2025)02-0151-02

DOI:10.12117/jccmi.2025.02.021

病例 男,20岁,因双手用力时颤抖8月,双足底麻木半年,双下肢无力3月入院。患者8月前无明显诱因出现用力时双手不自主颤抖,双手持物时明显,休息可减轻,半年前出现双足底麻木,伴有双小腿及双大腿后侧肌肉握痛,休息后症状有所减轻,未予特殊重视,3个月前渐出现双下肢无力,上下楼梯需要用手扶楼梯。专科检查:四肢肌张力正常,颈肌肌力5级,双上肢近端肌力5级,双手伸屈腕肌力5级,双手拇外展肌力4级,右手伸指肌力4级,余双手分并对指肌力5级,双屈髋肌力5级,双伸膝肌力5级,双屈膝肌力4-级,左足背屈肌力4级,右足背屈肌力3+级,双足趾背屈肌力3级,双足踝背伸肌力5级,双足背背伸肌力3级,浅感觉未见异常,关节位置觉可,双手可见姿势性震颤,双手指鼻试验欠稳准。四肢腱反射均未引出,双侧病理征(-)。脑脊液检测:蛋白2.21 g/L(正常值0.2-0.4 g/L),细胞数未见异常。四肢肌电图:NCV运动神经传导上下肢被检神经远端潜伏时延长,波幅减低,MCV减低,感觉神经传导上肢被检神经无SNAP,下肢被检神经SCV减低;EMG上肢被检肌可见自发电位;结论:上下肢周围神经损害(累及运动、感觉神经,髓鞘轴索受累);上下肢SSR未见异常。影像学检查:采用3.0T MR扫描仪(荷兰 Philips Ingenia CX)联合32通道体线圈进行MR扫描。患

者取仰卧位,头先进。扫描序列:冠状位3D SHINKEI序列:TR 2 200 ms,TE 170 ms,视野300 mm×352 mm,像素1.2 mm×1.2 mm,层厚2.4 mm,采集时间530 s。臂丛神经及腰骶丛磁共振神经成像(MRN)(图1-3)显示:臂丛神经根干股束支、腰骶丛及坐骨神经对称性弥漫性增粗,T₂WI为高信号,诊断为慢性炎性脱髓鞘性多发性神经根神经病(CIDP)。治疗方案:首次入院给予己酮可可碱改善循环、乙酰谷酰胺营养神经、激素及电刺激治疗。经治疗患者双手震颤有所减轻,肌无力稍好转。病人出院后给予口服泼尼松40 mg/d治疗,1月后复查,经治疗患者双手震颤减轻,可小步幅跑步,蹲下站起好转,可自行上下楼梯,活动时双下肢肌痛消失。激素治疗有效。3月后再次入院治疗方案:给予利妥昔单抗、激素等调节免疫治疗,患者肢体无力、行走不稳较前稍改善。

讨论 CIDP是一类获得性免疫介导的周围神经病,目前报道全球范围内成人CIDP发病率约为(1.9~7.7)/10万,男性略高于女性^[1-2]。CIDP分为经典型CIDP和变异型CIDP。临床表现多样,对治疗反应也各不相同。主要临床表现为对称性四肢无力、末梢感觉障碍,腱反射减弱或消失。包括纯感觉、纯运动、远端获得性脱髓鞘性多发性神经病(DADS),多灶性获得性脱髓鞘性感运动神经病及局灶性周围神经病^[3]。

[收稿日期] 2024-04-28;[修回日期] 2024-06-10

[作者简介] 杨茹双(1999-),女,河北人,硕士研究生。E-mail: yangrushuang0626@163.com

[通信作者] 彭志刚,河北医科大学第三医院CT室,050051。E-mail: hbydsy2022@163.com

[基金项目] 河北省医学科学研究课题计划(20240020)。