

者出现腹痛、腹壁肌张力高等症状,孕早期超声检查高度提示膜状胎盘,急诊超声上表现为胎盘胎儿面血肿征象,故考虑膜状胎盘并发胎盘早剥。该合并症常起病急,进展快,易导致失血性休克。故超声检查在此类疾病的早期发现及预后评估中具有重要作用。胎盘发育异常可导致胎盘早剥^[9],临床医生应熟悉膜状胎盘和胎盘早剥的超声表现,从而提高诊断准确性,为患者提供及时有效的治疗^[10]。

综上,膜状胎盘发病罕见,且膜状胎盘孕妇应当警惕胎盘早剥,孕期加强随访,产前超声检查有较高的诊断价值,产前明确诊断膜状胎盘对母胎健康有重要意义。

[参考文献]

- [1] Davis CL, Fogarty C, Hyne S, et al. Placenta membranacea associated with a normal pregnancy and term vaginal delivery[J]. Pathology, 2020, 52(2): 281-283.
- [2] Tang L, Xu L, Hu Y, et al. Placenta membranacea: an anomaly of the placenta: Three case reports[J]. Medicine(Baltimore), 2019, 98(26): e16166.
- [3] Matsuzaki S, Ueda Y, Matsuzaki S, et al. Relationship between Abnormal Placenta and Obstetric Outcomes: A Meta-Analysis[J]. Biomedicine, 2023, 11(6): 1522.
- [4] Pereira N, Yao R, Guilfoil DS, et al. Placenta membranacea with placenta accreta: radiologic diagnosis and clinical implications[J]. Prenat Diagn, 2013, 33(13): 1293-1296.
- [5] 杨智宇,郑迎奥,孟祥莲,等. 妊娠合并膜状胎盘 1 例文献学习[J]. 齐齐哈尔医学院学报, 2022, 43(3): 231-233.
- [6] 文娟,宋清芸,罗红. 超声诊断膜状胎盘伴胎盘早剥 1 例报告[J]. 四川大学学报(医学版), 2018, 49(3): 435.
- [7] 马娅,张居杰,杨晓娟. 探头下孕妇腹壁低频振动法对膜状胎盘的诊断[J]. 中华医学超声杂志(电子版), 2017, 14(5): 349-353.
- [8] Ide R, Oda T, Todo Y, et al. Comparative analysis of hyperfibrinolysis with activated coagulation between amniotic fluid embolism and severe placental abruption[J]. Sci Rep, 2024, 14(1): 272.
- [9] 兰月,陈俊雅. 胎盘早剥的超声表现及临床诊断价值分析[J]. 中国临床医学影像杂志, 2023, 34(12): 883-886.
- [10] 卫炜,王红,李国静,等. 胎盘异常的产前超声诊断及妊娠结局分析[J]. 中国临床医学影像杂志, 2017, 28(6): 434-437.

子宫颈癌肉瘤合并子宫高分化内膜样癌 1 例

Cervical carcinosarcoma complicated with well-differentiated endometrioid carcinoma of uterus: report of one case

韦兴勤,覃文华,廖仲军,程广明,韦浩,杨柳艳

(广州市妇女儿童医疗中心柳州医院放射科,广西柳州 545616)

WEI Xing-qin, QIN Wen-hua, LIAO Zhong-jun, CHENG Guang-ming, WEI Hao, YANG Liu-yan
(Department of Radiology, Liuzhou Hospital of Guangzhou Women and Children's Medical Center,
Liuzhou Guangxi 545616, China)

[关键词] 宫颈肿瘤;癌肉瘤;癌;子宫内膜样;磁共振成像

[中图分类号] R737.33;R445.2

[文献标识码] B

[文章编号] 1008-1062(2024)12-0911-02

DOI:10.12117/jccmi.2024.12.020

病例 女,49岁,已婚,不规则阴道流血半年。妇检:外阴发育正常,阴道通畅,内见少许白色分泌物,无异味,宫颈轻度糜烂样改变,子宫颈体积正常大小,质地软,无举摆痛,宫颈外口处可见一直径约 1 cm 的赘生物,子宫体积正常大小,活动度佳,无压痛,双附件区未触及明显异常。三合诊:宫旁组织软,盆腔未触及肿物,双侧骶韧带无增厚,直肠壁光滑,指套退出无血染。双侧腹股沟未触及肿大淋巴结。实验室检查:CA125 升高,为 58.70 U/mL(范围 0~35.0 U/mL),CA199、AFP、血 HCG 正常。11 岁初潮,经期 5 d,周期 28~30 d,半年前开始出现月经紊乱,不规律,末次月经记不清,量中,无痛经。

盆腔 MRI 检查:子宫呈前位,体积未见增大,宫体表面光滑,子宫颈管内见一卵圆形肿块影,T₁WI 呈等信号、T₂WI 呈高信号(图 1~7),DWI 弥散受限(图 8~9),其内见多发小囊状影,部分呈 T₁WI 高信号,增强扫描呈明显不均匀强化,囊状

病灶不强化,大小约 33 mm×26 mm×42 mm。子宫内层稍增厚,增强后强化欠均匀,见片状低强化区(图 4~7),弥散可见受限(图 10~11)。

手术及病理(图 12~15):子宫颈管前壁内见一直径约 30 mm 灰白色病灶,肿物距离宫颈外口约 20 mm。病理诊断:子宫颈管癌肉瘤(肉瘤成分为低级别子宫内膜间质肉瘤,约 85%;癌成分为 HPV 相关型腺癌(普通型),约 15%),肿瘤最大径约 27 mm,浸润深度约 9 mm(厚约 10 mm),未见脉管内癌栓及神经侵犯,宫颈外口未见癌累及;子宫体高分化子宫内膜样癌,浸润深度约 2 mm(肌壁厚约 26 mm),未见脉管内癌栓及神经侵犯;两侧宫旁组织未见癌侵犯;(双附件)左侧输卵管腔内可见子宫内膜样癌侵犯,管壁见脉管内癌栓;右侧慢性输卵管炎;双侧卵巢未见特殊。

免疫组化:(16210-4)ER(-)、PR(-)、P16(+),Ki-67(+),

[收稿日期] 2024-03-20;[修回日期] 2024-04-22

[作者简介] 韦兴勤(1991-),男,广西柳州人,主治医师。E-mail:846454204@qq.com

[通信作者] 覃文华,广州市妇女儿童医疗中心柳州医院放射科,545616。E-mail:lzqwh267@126.com

热区约 70%)、P53(弱+,35%)、CD10(肉瘤成分+)、Vim(间叶+)、CK-Pan(上皮+)、SMA(-)、EMA(上皮+)、CK7(上皮+)、CK20(-)、CD99(间叶+)、CEA(局灶+)、MyoD1(-)、Inhibin-α(-)。(16210-7)ER(+),PR(+),P16(+),Ki-67(+,热区约

30%)、P53(散在+)、CD10(-)、Vim(+)、CK-Pan(+),SMA(-)、EMA(+),CK7(+),CK20(-)、CD99(+),CEA(部分+)、MyoD1(-)、Inhibin-α(-)。补充免疫组化:C-erbB-2(2+)。特殊染色: PAS 染色无异常,网状纤维染色阳性。

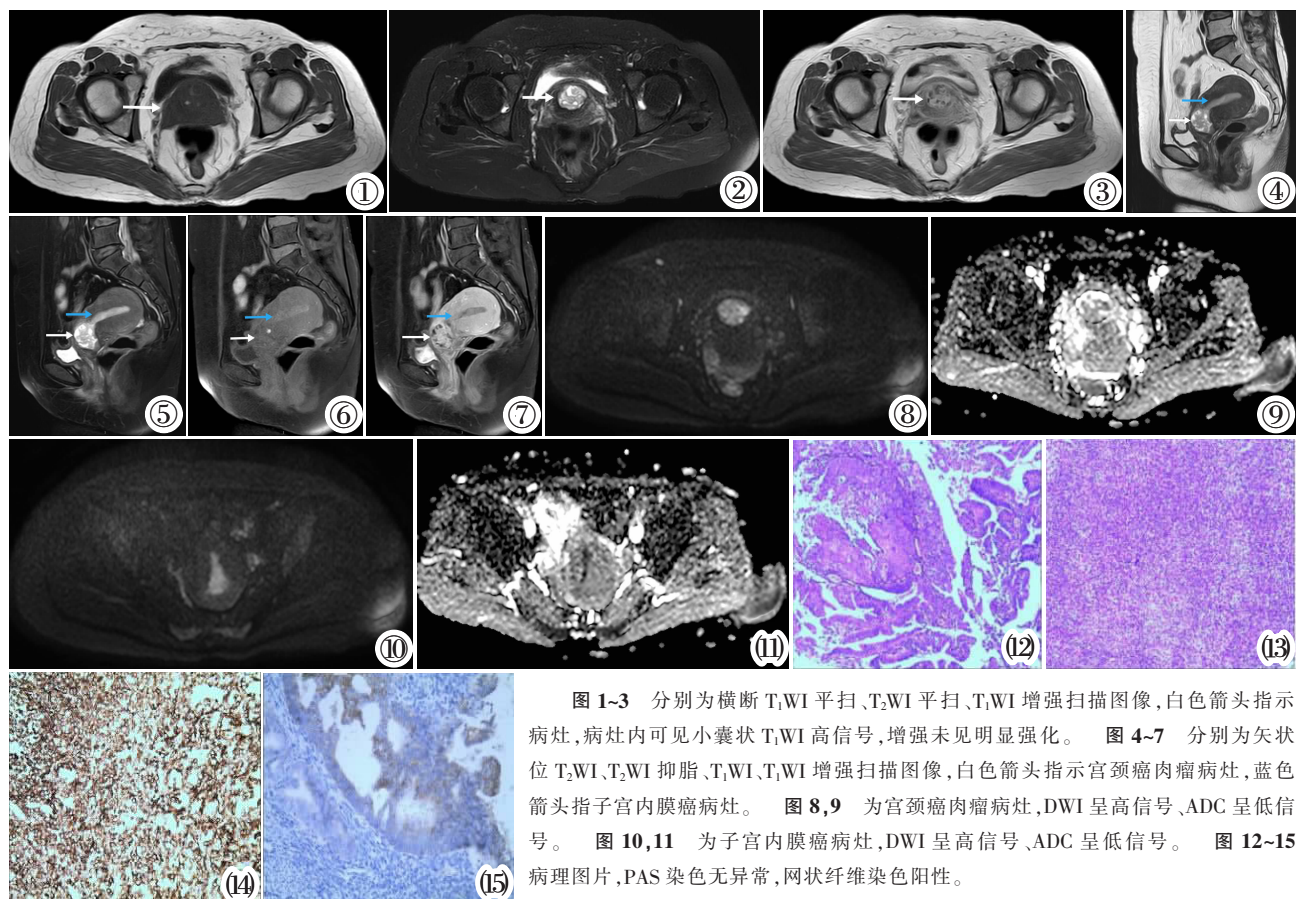


图 1-3 分别为横断 T₁WI 平扫、T₂WI 平扫、T₁WI 增强扫描图像,白色箭头指示病灶,病灶内可见小囊状 T₁WI 高信号,增强未见明显强化。图 4-7 分别为矢状位 T₂WI、T₂WI 抑脂、T₁WI、T₁WI 增强扫描图像,白色箭头指示宫颈腺肉瘤病灶,蓝色箭头指子宫内膜癌病灶。图 8,9 为宫颈腺肉瘤病灶,DWI 呈高信号、ADC 呈低信号。图 10,11 为子宫内膜癌病灶,DWI 呈高信号、ADC 呈低信号。图 12-15 病理图片,PAS 染色无异常,网状纤维染色阳性。

讨论 子宫颈腺肉瘤是一种高度恶性肿瘤,由恶性上皮成分和恶性间质成分组成,起源于中肾管或苗勒管,称为恶性中胚叶混合瘤(Malignant mesodermal mixed tumor,MMMT)^[4]。子宫颈腺肉瘤可发生于 12-93 岁女性,多见于绝经后女性,约占 70.2%,中位年龄约为 65 岁。文献报道子宫颈腺肉瘤与年龄、HPV 感染及盆腔放疗密切相关^[5],临床表现不典型,多以阴道流血入院,子宫颈腺肉瘤影像学表现具有一定特征性,确诊仍需依赖病理学检查。

子宫颈腺肉瘤合并子宫内膜样癌非常罕见,国内仅报道 1 例;国内有子宫颈腺肉瘤合并卵巢癌等报道^[6]。文献报道子宫颈腺肉瘤病例多以 CA125 升高为主,本例以“不规则阴道流血”入院,实验室检查 CA125 升高,CA199、AFP、血 HCG 正常,与文献报道相符。本病例影像学特征:子宫颈管内见一卵圆形肿块影,呈等 T₁长 T₂信号,DWI 弥散受限,其内见多发小囊状影,部分呈短 T₁信号,病灶内出血、坏死、囊变(内含高蛋白成分)可以在 T₁WI 上呈高信号,增强扫描病灶呈明显不均匀强化,病灶囊性部分未见明显强化,结合病灶弥散受限更加印证病灶的恶性程度。子宫内膜稍增厚,增强后强化欠均匀,其内见片状低强化区,符合子宫内膜样癌征象^[3-4]。本例不足之处为患者拒绝做基因检测。

鉴别诊断:子宫颈癌,子宫颈异常肿块,弥散可见明显受限,呈 T₁WI 等信号、T₂WI 高信改变,增强扫描可见病灶明显

强化,部分病灶累及子宫或向子宫腔外生长。子宫黏膜下肉瘤,肿块信号以混杂性、不均匀性呈现,常以 DWI 明显高信号、T₂WI 高信号、T₁WI 等信号表现为主;肿块多有分隔,常合并坏死、出血;增强扫描时,实性肿块早期持续强化,与正常子宫肌层相比,其强化程度较明显^[5]。

本例为早期病例,未见明显远处转移,行全子宫切除+双侧附件切除+盆腔淋巴结切除,辅助放疗^[6]。

子宫颈肉瘤非常罕见,具有癌和间质成分的双相特征,临床表现无特殊,影像学检查可发现较为典型征象,最终诊断还需依赖于病理学检查。

[参考文献]

[1]Luo Y, Yao Q, Ren C, et al. HPV infection status in cervical-metaplastic carcinomas[J]. J Clin Pathol, 2015, 68(2): 170-172.

[2]郭艳平,王佳. 子宫颈腺肉瘤合并子宫内膜癌 1 例[J]. 实用妇产科杂志,2023,39(12):959-960.

[3]姜楠,胡粟,尚亚雷,等. 妇科癌肉瘤影像表现及临床病理特点[J]. 临床放射学杂志,2023,42(9):1477-1481.

[4]赵阳. 子宫颈肉瘤的 MRI 影像特征分析[J]. 宁夏医科大学学报, 2021,43(9):894-898.

[5]陈倩倩,张焱,程敬亮,等. 子宫黏膜下癌肉瘤 1 例[J]. 中国临床医学影像杂志,2018,29(10):759-760.