

· 晓航读片窗 ·

## 子宫恶性中胚叶混合瘤1例报道及文献复习

高洪波, 刘晓航, 周良平

复旦大学附属肿瘤医院放射诊断科, 复旦大学上海医学院肿瘤学系, 上海 200032

中图分类号: R445.2 文献标志码: A 文章编号: 1008-617X(2015)01-0028-02

### 资料

患者女性, 61岁, 已婚已育。绝经10年, 半个月前无明显诱因出现阴道流血, 量少, 色鲜红, 9 d前入我院就诊。体检结果: 全身浅表淋巴结无明显肿大。阴道顺畅, 黏膜光滑, 宫颈表面见分叶状肿瘤, 形态不规则, 质软, 触之易出血。阴道穹窿消失, 宫体饱满, 质中, 活动良好, 无压痛。双附件区未扪及包块, 无明显压痛。经直肠、阴道、腹部联合检查, 发现直肠黏膜光滑, 宫旁未见异常。

实验室检查结果: 糖类抗原125(carbohydrate antigen 125, CA 125): 19.67 U/mL; 神经元特异性烯醇化酶(neuron-specific enolase, NSE): 20.44 ng/mL; 人附睾蛋白4(human epididymis protein 4, HE4): 253.15 pmol/L。

MRI检查结果: 宫腔、宫颈至阴道见较大范围异常信号, T1WI等信号, T2WI高信号, 增强后呈不均匀强化, 宫颈管增粗, 表面基本光整。子宫肌壁间多发T2WI混杂信号, 大小不一结节灶, 呈不均匀强化(图1)。

### 讨论

患者行根治性子宫切除+双附件切除+大网膜切除+盆腔淋巴结清扫, 子宫右后壁见肿瘤突破浆膜累及直肠前壁浅肌层, 右侧骶韧带增粗, 双侧宫旁未见肿瘤累及。肠系膜根部、膀胱反折腹膜表面及子宫直肠反折腹膜表面见数枚肿瘤结节。病理证实为宫颈及子宫内膜恶

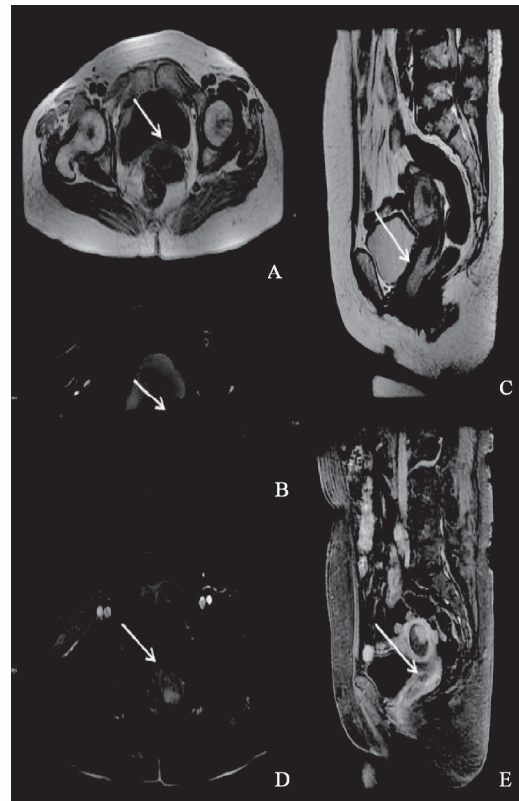


图1 子宫恶性中胚叶混合瘤MRI表现

A: 横断面T1WI图; B: 横断面T2WI图; C: 矢状面T1WI图, 示宫颈T1WI等信号、T2WI混杂高信号肿块影, 宫颈突向阴道内, 呈“倒置松塔”状; D: 增强扫描横轴面动脉期图; E: 增强扫描矢状面静脉期图, 显示动脉期明显不均匀强化, 肿瘤内部见不规则坏死区, 静脉期肿瘤强化程度未见明显减低

性中胚叶混合瘤, 上皮成分为子宫内膜样腺癌及高级别浆液性腺癌, 间叶成分为分化差的肉瘤。宫颈肿瘤大小为6 cm×1.8 cm×1.5 cm, 子宫内膜肿瘤为3 cm×2 cm×2 cm。宫旁、两侧卵巢、大网膜及肠系膜根部见肿瘤累及。子宫表面另可见3个肿瘤突起, 病理证实为子宫肌瘤。

恶性中胚叶混合瘤(malignant mixed meso-

dermal tumor, MMMT), 又称恶性苗勒管混合瘤或癌肉瘤, 是一种少见的混合性恶性肿瘤, 既有上皮性的恶性成分也有间质性的恶性成分, 以高复发率、高转移率、高致死率为特点, 约占子宫肉瘤的3%~7%<sup>[1]</sup>。MMMT可起源于生殖道任何位置, 包括子宫、宫颈卵巢、输卵管, 最常累及子宫, 也可发生于腹膜<sup>[2]</sup>。主要发生于绝经后妇女, 也可发生于少女<sup>[3]</sup>。孕产史分析提示, 多产、早育可能增加该病的危险性。该病临床表现不典型, 主要为不正常阴道流血、盆腹疼痛、腹部不适, 偶有肠道症状和可触及盆腔肿块。外周血肿瘤标记具有一定的提示意义, CA 125升高提示盆腹腔隐匿病变, 可能为病变累及腹膜引起反应。病理显示, 肿瘤上皮部分90%为腺癌, 大多为内膜样腺癌, 其次为透明腺细胞癌、浆液性腺癌、鳞状细胞癌和未分化癌等间质, 即肉瘤部分包括同源性和异源性分化。癌与肉瘤成分的混合在组织分布上有两种形式: ①恶性上皮与间叶成分混杂在一起, 此种类型占87.5%; ②恶性上皮癌与间叶肉瘤成分各自形成相对独立或相邻的瘤结, 交界处仅见到少许混合, 这种类型占12.5%, 且均发生于子宫体, 主要由子宫内膜腺癌和子宫间质肉瘤构成。

MRI在MMMT的诊断中有较大的意义, 可较准确地区分病变的良恶性、评价肿瘤大小及累及范围、确定肿瘤分期。MMMT的MRI表现多样, 肿瘤位于宫颈与宫体MRI表现不同<sup>[4]</sup>: ①形态特点及生长方式: 位于宫体的肿瘤体积较大, 呈膨胀或浸润性生长, 伴宫腔不同程度扩张; 而位于宫颈的肿瘤呈息肉状, 外生性生长。②T2WI信号: 位于宫体的肿瘤以混杂信号为主, 肿瘤内部可见出血及囊变、坏死。由于肿瘤体积较大, 易出现血供障碍发生出血坏死, 导致肿瘤信号不均匀; 而位于宫颈的肿瘤T2WI为稍高信号, 内可见条索样或树枝样低信号, 内部未见明显出血, 可能由于肿瘤位于宫颈, 相对乏血供有关, 条索样或树枝样低信号代表肿瘤上皮及间质成分形成的纤维性条索。③增强扫描特点: 以子宫肌层的强化作为参照, 宫体肿瘤强化较宫

颈强化明显且不均匀, 表现为动脉期明显强化, 静脉期、延迟期强化程度均未见明显减低。宫颈肿瘤动脉期呈中等程度强化, 内可见索条样强化影, 静脉期、延迟期强化程度未见明显增加。两者强化程度、方式存在差异。发生于子宫体的MMMT易与子宫内膜癌、子宫平滑肌肉瘤、子宫间质肉瘤混淆。发生于宫颈的肿瘤由于其生长方式特殊, 呈外生性息肉状生长, 故易与腺纤维瘤、息肉相混淆。

MMMT须与以下疾病相鉴别:

①子宫内膜癌: MMMT体积更大, 不均质, 呈浸润性生长, 往往伴宫颈侵犯、淋巴结增大。增强扫描有鉴别诊断意义, MMMT强化等同或强于子宫肌层, 比内膜癌强化明显。②子宫平滑肌肉瘤和子宫间质肉瘤: 三者体积均较大, 呈浸润性生长, 较难从影像学上鉴别。③子宫内息肉: MMMT体积更大, 在T2WI呈稍高信号; 息肉内部在T2WI可见低信号纤维核心, 同时可见边界清晰、光滑、大小不等的囊肿, 呈明显高信号。

综上所述, 子宫的MMMT体积往往巨大, 膨胀并浸润生长, 增强扫描强化较子宫肌层强化明显, 且持续强化。宫颈发生MMMT时, 宫颈常突向阴道内, 呈“倒置松塔”状, 故当绝经后妇女MRI上出现宫体和(或)宫颈大范围异常信号病变, 并有上述影像学表现者, 需考虑MMMT的可能。

#### 参考文献

- [1] RUIZ T J, REGUEM CAUEJAS M E, ARANO BERMEJO J I, et al. Malignant mixed Mullerian tumors [J]. Clin Transl Oncol, 2006, 8(2): 129-132.
- [2] TEO S Y, BABAGBEMI K T, PETERS H E, et al. Primary malignant mixed mullerian tumor of the uterus: findings on sonography, CT, and gadolinium-enhanced MRI [J]. AJR, 2008, 191(1): 278-283.
- [3] CHO S B, PARK C M, PARK S W, et al. Malignant mixed mullerian tumor of the ovary: imaging findings [J]. Eur Radiol, 2001, 11(7): 1147-1150.
- [4] 张立华, 李帅, 刘剑羽, 等. 子宫恶性中胚叶混合瘤的MRI表现 [J]. 中华放射学杂志, 2012, 2(5): 139-142.

(收稿日期: 2015-03-23)