



· 病例报告 ·

急诊超声在阑尾黏液性肿瘤诊断中的应用价值 (附1例临床报告)

李蔚, 曹乐

湖北省荆州市中心医院超声科, 湖北荆州 434020

[关键词] 阑尾; 黏液性肿瘤; 急诊超声

DOI: 10.19732/j.cnki.2096-6210.2019.02.012

中图分类号: R735.3+6; R445.1 文献标志码: A 文章编号: 2096-6210(2019)02-0126-03

阑尾肿瘤在消化道肿瘤中发病率较低, 在阑尾术后病理学检查中占比不足2%^[1]。其中阑尾黏液性肿瘤是一种罕见的病理分型, 临床表现多不典型, 多以腹痛、盆腹腔肿块急腹症症状就诊。超声检查具有方便、快速、无创、低成本及可重复检查的优势, 已经成为急诊医学中一种重要的辅助检查手段。本研究分享1例急诊超声指导临床诊断治疗阑尾黏液性肿瘤的病例报道, 评价其在阑尾黏液性肿瘤诊断中的应用价值。

1 资料和方法

患者, 男性, 63岁, 因“右下腹疼痛1 d”入院。患者1 d前无明显诱因出现下腹部疼痛, 呈持续性, 疼痛不向腰肩背部及会阴部位放射, 有发热, 最高39℃, 无恶心、呕吐及腹泻等不适。在当地医院查血常规: 白细胞数 $11.37 \times 10^9/L$, 中性粒细胞百分比81.3%。尿常规红细胞36个/ μL 。发病以来患者精神、睡眠及饮食欠佳, 大小便正常, 近期体质量无下降。入院时生命体征正常, 神志清楚, 急性痛苦面容, 腹平坦, 未见胃型、肠型及蠕动波, 腹肌软, 右下腹麦氏点可及压痛和反跳痛, 肝脾肋下未触及, 双肾区无叩痛, 肠鸣音正常, 双下肢无水肿, 生理反射存在, 病理征未引出。患者于湖北省荆州

市中心医院, 急诊超声见右下腹可探及一范围约8.8 cm × 4.5 cm的肠管样稍低回声, 下缘呈盲端, 其内可见数个强回声, 后伴声影, 该肠管样稍低回声向上与肠腔相通连(图1), 局部压痛明显。彩色多普勒血流显像(color Doppler flow imaging, CDFI)显示上述肠管样稍低回声边缘可见少许点状血流信号。超声诊断示右下腹异常回声, 阑尾占位性病变更待排。

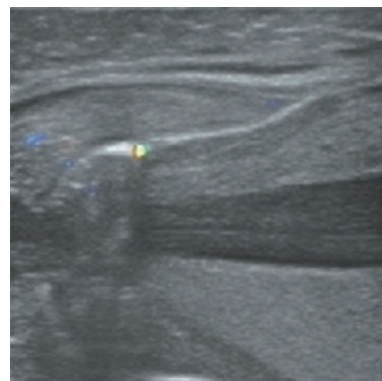


图1 超声图像显示病变阑尾与回盲部关系

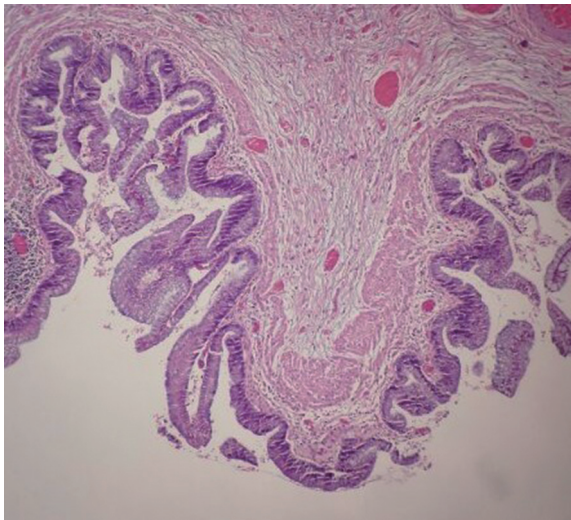
超声科医师与外科医师沟通后, 考虑该肿块下缘呈盲端, 且与肠腔相通连, 阑尾占位性病变更可能性大, 不宜行穿刺术以明确诊断, 随即行急诊剖腹探查术。术中见阑尾呈囊状扩张, 大小约9 cm × 4 cm, 质软, 边缘光滑, 内为胶冻样液体, 根部与回盲部相通, 界限不清(图2), 肠

系膜可扪及散在肿大淋巴结，盆腔、肠管、肠系膜、肝脏、胃及腹壁等未见转移性结节。术中诊断阑尾肿块，行病变阑尾及右半结肠切除术。



图2 术后实体标本图

术后病理学检查大体所见：右半结肠长21 cm，距一端切缘3.5 cm处见8.5 cm × 6 cm × 6 cm大小囊性肿块，内容物主要为浓稠胶冻样物。病理学诊断：① 低级别阑尾黏液性肿瘤（图3）；② 结肠黏膜呈慢性炎性改变，切缘未见病变；③ 局部淋巴结15枚呈反应性增生。



(H-E染色, ×100)

图3 病理切片图像

2 讨论

阑尾黏液性肿瘤最初由Rokitansky描述，由于腺上皮呈不典型增生或发生腺瘤样息肉，阻塞阑尾腔，使黏液积聚，阑尾异常扩张，可因自

发或医源性原因导致囊腔破裂黏液外流而引发严重并发症〔腹膜假性黏液瘤（pseudomyxoma peritonei, PMP）〕^{〔2〕}。PMP是一种罕见的腹膜低度恶性肿瘤，主要特征为黏液与上皮细胞刺激腹膜，引发炎症反应。此外，腹腔弥漫性黏液性物质大量堆积，分泌黏液的上皮细胞在腹膜及网膜广泛种植，产生大量胶冻样腹腔积液，称“胶腹”，病情迁延，难以根治，预后不良。从单纯的黏液囊肿到复杂的PMP，阑尾黏液性肿瘤具有复杂的肿瘤异质性，临床相对罕见。阑尾黏液性肿瘤包括低级别阑尾黏液性肿瘤和高级别恶性腺瘤。低级别阑尾黏液性肿瘤如果在阑尾以外组织中未发现肿瘤上皮细胞，复发风险较低，反之则复发风险较高^{〔3-5〕}。本例术后证实为复发风险低的低级别阑尾黏液性肿瘤。超声能快速对病灶局部及其周围进行实时多切面、多角度的针对性探查，明确显示病变部位、大小、毗邻关系及与肠管的关系，可为临床医师提供较为详细的影像学资料，从而避免侵入性操作引起的不良后果，为进一步治疗（剖腹探查术）提供了有价值的依据。阑尾黏液性肿瘤的唯一治疗方法是手术切除，治疗原则是完整切除病灶^{〔6〕}。一旦发生囊壁破裂，形成PMP，则患者生存质量明显降低。国内外文献均认为，早期诊断并采取合适的外科手术方式在防止阑尾破裂及医源性腹腔内肿瘤播散方面有重要意义。阑尾黏液性肿瘤临床表现不典型，多以急腹症症状就诊，或体检偶然发现腹部肿块，术前常难以明确诊断。若超声发现右下腹位置相对固定的、边界较清晰的管状或椭圆形厚壁囊性包块，横径>20 mm，并且与盲肠相通连，应考虑本病的可能。

阑尾黏液性肿瘤需与以下疾病相鉴别。① 急性阑尾炎：阑尾肿大，横径一般<15 mm；② 阑尾周围脓肿：边界不清、形态不规则的囊实性包块，包裹着不完整的阑尾；③ 腹腔系膜囊肿：壁薄，囊内透声多良好；④ 卵巢黏液性囊肿：对于女性患者，需追踪囊肿与卵巢的关系；⑤ 肠道肿瘤：具有特征性的“假肾征”超声表现。尽管术前诊断阑尾黏液性肿瘤有一定困难，但急诊超声以其便捷、无创及低成本的优势，能

快速明确病变的基本性质。急诊超声在本例阑尾黏液性肿瘤诊断及治疗方案抉择中发挥了重要作用。

[参 考 文 献]

- [1] CONNOR S J, HANNA G B, FRIZELLE F A. Appendiceal tumors: retrospective clinicopathologic analysis of appendiceal tumors from 7,970 appendectomies [J]. *Dis Colon Rectum*, 1998, 41(1): 75-80.
- [2] HIGA E, ROSAI J, PIZZIMONO C A, et al. Mucosal hyperplasia, mucinous cystadenoma and mucinous cystadenocarcinoma of the appendix. A re-evaluation of appendiceal "mucocele" [J]. *Cancer*, 1973, 32(6): 1525-1541.
- [3] YANTISS R K, SHIA J, KLIMSTRA D S, et al. Prognostic significance of localized extra-appendiceal mucin deposition in appendiceal mucinous neoplasms [J]. *Am J Surg Pathol*, 2009, 33(2): 248-255.
- [4] MISDRAJI J, YANTISS R K, GRAEME-COOK F M, et al. Appendiceal mucinous neoplasms: a clinicopathologic analysis of 107 cases [J]. *Am J Surg Pathol*, 2003, 27(8): 1089-1103.
- [5] PAI R K, BECK A H, NORTON J A, et al. Appendiceal mucinous neoplasms: clinicopathologic study of 116 cases with analysis of factors predicting recurrence [J]. *Am J Surg Pathol*, 2009, 33(10): 1425-1439.
- [6] MCDONALD J R, O'DWYER S T, ROUT S, et al. Classification of and cytoreductive surgery for low-grade appendiceal mucinous neoplasms [J]. *Br J Surg*, 2012, 99(7): 987-992.

(收稿日期: 2018-11-04 修回日期: 2019-01-25)