



· 病例报告 ·

子宫性索样肿瘤1例

李倩, 孙静涛, 张腊梅

唐山市妇幼保健院放射科, 河北唐山 063000

[关键词] 子宫; 性索样肿瘤; 超声; 计算机体层成像

DOI: 10.19732/j.cnki.2096-6210.2022.01.017

中图分类号: R737.33; R445.1; R445.3 文献标志码: B 文章编号: 2096-6210(2022)01-0092-03

1 资料

患者, 女性, 34岁, 无诱因出现下腹痛伴尿频2个月, 超声发现盆腔包块9 d。查体: 下腹略膨隆, 可触及一约18 cm × 16 cm大小的包块, 其上缘平脐, 活动可, 轻压痛。各项化验检查均正常。肿瘤标志物系列: 糖类抗原(carbohydrate antigen, CA) 125为710.20 U/mL, CA19-9为56.80 U/mL, 其余正常。宫颈液基细胞学检查: 未查见上皮内瘤变细胞及癌细胞。

影像学检查如下。① 盆腔彩色多普勒超声显示: 子宫前上方巨大混合回声包块, 与子宫底肌层相连, 其内多发无回声区(图1A); 彩色多普勒血流显像(color doppler flow imaging, CDFI): 包块内可见源于子宫底丰富的血流信号; 血管阻力指数(resistance index, RI): 0.44。② 多层螺旋计算机体层成像(multislice helical computed tomography, MSCT)平扫及增强显示: 下腹及盆腔见不规则椭圆形巨大囊实性肿块, 与子宫底分界不清, 大小约17.2 cm × 6.9 cm × 17.3 cm, 其内密度不均, 结构杂乱, CT

值为20~70 HU(图1B); 增强扫描见实性部分不均匀明显强化, CT值为60~102 HU(图1C); 动脉期见肿块血供丰富, 主要由子宫底与子宫动脉延续的杂乱无序的较多新生血管供血, 肿块右上包膜部分由一异常动脉供血(腹腔干发出、绕行肝下缘、沿右侧腹壁内侧下行并分支于肿块包膜)(图1D)。

手术及病理学检查: ① 术中见盆腔巨大肿物约17 cm × 15 cm, 囊实性, 表面血管密布, 右侧缘与部分大网膜实性粘连, 左侧缘与部分侧腹膜粘连, 下缘与膀胱壁紧密粘连, 探查肿物来源于子宫底部, 有蒂, 蒂宽约3 cm × 2 cm。双侧附件外观正常, 盆腔内无腹水。行肿物切除术+部分大网膜、腹膜活检术。肉眼所见: 灰黄肿物, 切面实性灰白, 质嫩。② 病理学检查诊断为子宫性索样肿瘤(uterine sex cord-like tumor, USCLT)(图1E), (左侧腹膜)见有瘤累及。免疫组织化学显示钙视网膜蛋白(calretinin, +)(图1F)、平滑肌肌动蛋白(smooth muscle actin, SMA, +)、结蛋白(desmin, +)、CD99(局灶+)、α-抑制素(-)、CK(+)、HMB45(-)、Ki-67增殖指数(10%+)、CD10(局灶弱+)。

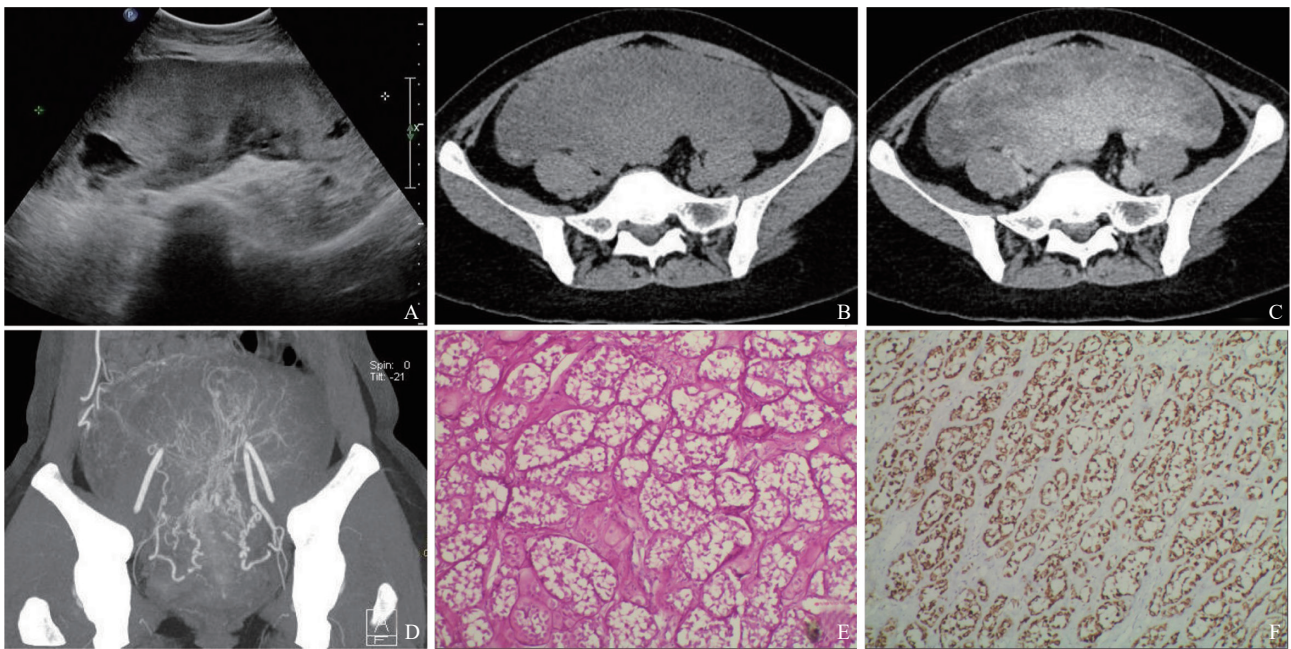


图1 USCLT超声与CT图像及病理学表现

A: 超声见子宫前上方混合回声肿块, 内见多发无回声区; B: CT平扫见下腹及盆腔椭圆形巨大密度不均的软组织肿块; C: 增强静脉期见肿块不均匀明显强化; D: 动脉期示肿块内子宫动脉延续的杂乱无序的较多新生血管供血, 肿块右上包膜见一异常动脉供血; E: 病理见肿瘤细胞呈巢状及小梁状排列 (H-E染色, $\times 100$); F: 免疫组织化学染色, calretinin (+) ($\times 100$)。

2 讨 论

2.1 病理学分型及临床特点

USCLT又称为类似卵巢性索组织的子宫肿瘤, 肿瘤主要成分为类似卵巢性索样组织, 曾被归类为子宫卵巢样性索样肿瘤Ⅱ型, 2003年世界卫生组织 (World Health Organization, WHO) 将其归为子宫杂类肿瘤, 2014年WHO又将其划归为子宫内膜间质及其相关肿瘤^[1], 其生物学行为系良性或低度恶性。多见于生育期或围绝经期妇女, 相关文献^[2]报道该疾病就诊中位年龄为49岁, 其临床表现无明显特异性, 主要有下腹部不适或疼痛, 阴道不规则流血, 也可无自觉症状; 可伴有内分泌异常, 曾有患者术前甲状旁腺激素降低而术后升高的报道^[3]。本例患者肿瘤标志物系列中CA125及CA19-9均明显升高, 可能与肿瘤内大量类似卵巢性索样组织有关, 这对判断其恶性程度有参考价值。

2.2 影像学表现及鉴别诊断

本例USCLT瘤体内部密度不均, 结构杂乱, 增强扫描呈明显不均匀强化, 强化部分形态不规则、无规律、程度不同, 不强化部分呈边缘光整的类圆形囊性改变。肿瘤有异常丰富的血供: CDFI示包块内有起源于子宫底的丰富血流信号; CT动脉期见自子宫底与子宫动脉延续的杂乱无序的繁多新生血管供血, 肿块右上包膜区见发自腹腔干的异常供血动脉。影像学表现具有一定的恶性征象, 同时伴肿瘤标志物明显异常, 诊断恶性肿瘤不难。边缘光整囊变及杂乱血管可能为USCLT的特征性表现, 而术前确诊此病还需排除以下肿瘤: ① 子宫肌瘤, 起源于子宫平滑肌, 是育龄期女性最常见的良性肿瘤, 一般边界清楚, 超声呈低回声及漩涡状不均质回声^[4]、CT呈低密度或等密度, 增强后内部密度不均, 可见螺旋状及层状改变^[5]; 肿瘤周边血流较稀少, 呈环状或半环状; 肿瘤周围常可见假包膜。

② 子宫肉瘤, 是一种具有高度侵袭性的恶性混合性肿瘤, 起源于子宫平滑肌或内膜间质, 早期即发生转移, 肿瘤与子宫肌分界不清、易发生坏死囊变, 呈囊实样不均质或蜂窝状回声。有研究^[6]称当子宫肉瘤直径大于8 cm时囊变率高达81.8%。肿瘤内部及周围血流丰富且血流阻力低, 血管排列杂乱、分布不规则且管径粗细不一, 彩色“镶嵌样”血流有一定特征性^[7]。

③ 子宫内膜癌, 好发于绝经后女性, 病灶局限于子宫内膜仅表现为子宫内膜增厚、可伴回声不均及宫腔内积液; 肿瘤进展迅速, 有大量杂乱的新生血管^[8], 易侵犯宫颈及周围组织、远处转移, 相对较易鉴别。

USCLT目前被视为低度恶性潜能肿瘤, 具有多种上皮和间质生长方式, 可有边缘浸润、周围血管及淋巴管受累, 少数患者可复发和发生转移^[9], 一般预后良好。目前治疗方法主要采用全子宫+双附件切除术后随访。术前影像学检查可以提供肿瘤大小、范围等信息并明确其与周围组织的关系。

[参 考 文 献]

- [1] 方三高, 石群立, 周晓军, 等. 解读2014年WHO女性生殖器官肿瘤分类(子宫体) [J]. 重庆医学, 2016, 45(15): 2017-2031, 2035.
- [2] CÖMERT G K, KILIÇ Ç, ÇAVUŞOĞLU D, et al. Recurrence in uterine tumors with ovarian sex-cord tumor resemblance: a case report and systematic review [J]. Turk Patoloji Derg, 2018, 34(3): 225-233.
- [3] 黄丽华, 向梅. 子宫性索样肿瘤一例 [J]. 国际妇产科学杂志, 2013, 40(4): 390-391.
- [4] 蒋俊红, 张婧姝. 经腹超声检查子宫肌瘤的临床价值分析 [J]. 医学影像学杂志, 2015, 25(9): 1676-1677.
- [5] 张宁, 张宏艳. CT与腹部超声检查在子宫肌瘤中的诊断效能对比 [J]. 影像研究与医学应用, 2021, 5(2): 54-55.
- [6] 何惠珍, 黄伟俊, 蓝宁辉, 等. 彩色多普勒超声鉴别子宫肉瘤与子宫肌瘤的价值 [J]. 中国超声医学杂志, 2020, 36(3): 255-257.
- [7] 张璐芳, 蔡晶, 黄邦杏, 等. 术前如何鉴别诊断子宫肉瘤与子宫肌瘤 [J]. 中国实用妇科与产科杂志, 2019, 35(8): 861-864.
- [8] 朱梦颖, 陈萍, 常才, 等. 影像学技术在子宫内膜癌诊断中的应用 [J]. 实用妇产科杂志, 2020, 36(6): 408-412.
- [9] KONDO Y, SAKAGUCHI S, MIKUBO M, et al. Lung metastases of a uterine tumor resembling ovarian sex-cord tumor: Report of a rare case [J]. Diagn Cytopathol, 2018, 46(1): 88-91.

(收稿日期: 2021-06-09 修回日期: 2021-07-22)