

Sonographic features of srotal solid masses 附睾实性肿物的超声特征分析

方玉军 曾继军 赵 武

[中图法分类号] R737.21;R445.1

[文献标识码] B

附睾实性肿物临床少见,超声检查发现的更少。本组回顾性分析我院近 2 年经手术及病理确诊为不同性质的 3 例附睾肿物患者的临床及影像学资料,总结其超声特征,旨在为临床提供有价值的影像学信息。

资料与方法

一、临床资料

选取 2014 年 12 月至 2015 年 9 月我院泌尿外科经手术及病理确诊的附睾肿物患者 3 例,年龄分别为 17、63、18 岁。临床表现为无明显的阴囊肿痛,发热、盗汗,阴囊皮肤无红肿、破溃,透光试验阴性,肿物逐渐增大;专科检查于阴囊内触及肿物,质硬,活动度差或欠佳;实验室检查正常,肿瘤标记物检查阴性。

二、仪器与方法

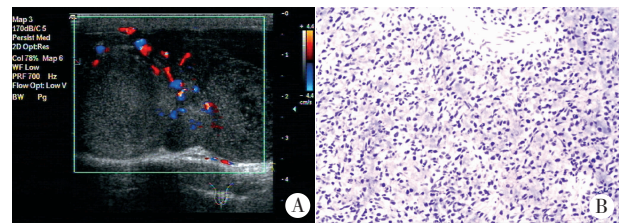
使用 Philips HDI 5000 彩色多普勒超声诊断仪,探头频率 7.5~10.0 MHz。患者取仰卧位,暴露阴囊,对阴囊内睾丸、附睾进行连续的纵切、横切及斜切面扫查,常规观察两侧睾丸、附睾的形态、大小,重点观察病灶的位置、形态、边界、大小、内部回声,以及病灶内的血流信号分布情况。

结 果

病例 1,超声所见:于左侧附睾尾相应部位探及大小为 5.5 cm×2.5 cm 的低回声肿物,界限尚清,形态不规则,呈“分叶”状,内部回声欠均匀;CDFI 示其内可探及红蓝血流信号(图 1A)。超声提示:左侧附睾实性占位性病变,肿瘤可能性大。专科情况:左侧睾丸下方触及大小约 6.0 cm×4.5 cm 的肿物,质硬,表面凹凸不平,活动度差。透光试验阴性。术中于附睾尾见大小约 6.5 cm×5.0 cm×4.5 cm 的不规则实性肿物,质地较韧,与睾丸及周围组织无粘连。病理检查:(左侧附睾)形态学改变结合免疫组化结果,符合胚胎性横纹肌肉瘤(图 1B)。

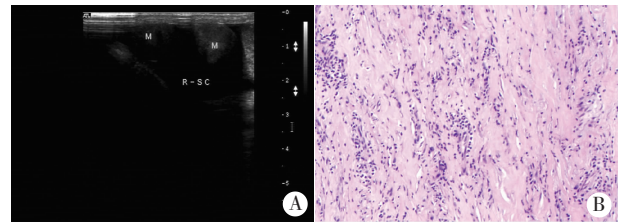
病例 2,超声所见:于右侧附睾相应部位探及大小分别为 1.4 cm×1.2 cm、1.7 cm×1.6 cm 较低回声肿物,界限欠清,形态不规则,呈“串珠样”,内部回声欠均匀,后场衰减明显;CDFI 示其内可探及红蓝血流信号(图 2A)。超声提示:右侧附睾实性肿物,性质待定。专科情况:阴囊、睾丸未触及明显异常,于右侧附睾区探及数个实性肿物,无压痛、质硬,界限清楚,活动度欠佳。术

中于右侧附睾体尾部见数个结节呈串珠样排列。病理检查:(右侧附睾)炎性肌纤维母细胞肿瘤(WHO I 级),见图 2B。



A: 声像图示肿物为不规则的低回声;其内部可探及短棒状、条状血流信号;B: 瘤组织由小圆形或梭形细胞构成,呈片状分布(HE 染色,×100)。

图 1 病例 1 声像图和病理图



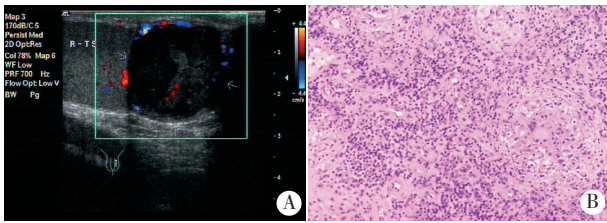
A: 声像图示肿物为串珠样低回声,界限尚清;B: 瘤组织由梭形细胞构成,大部分区域胶原化及透明变性,间质较多炎细胞浸润(HE 染色,×100)。

图 2 病例 2 声像图和病理图

病例 3,超声所见:于左侧附睾尾相应部位探及大小为 2.5 cm×2.1 cm 的低回声肿物,界限尚清,形态尚规则,内部回声欠均匀;CDFI 示其内可探及红蓝血流信号(图 3A)。超声提示:左侧附睾尾实性占位性病变。专科情况:阴囊、睾丸未触及明显异常,于左侧附睾尾触及大小约 3.0 cm×2.0 cm 的实性肿物,质硬,活动可,无压痛,与睾丸界限清。无阴囊皮肤红肿、破溃,透光试验阴性。术中见左侧附睾体尾部一大小 2.5 cm×2.0 cm 的肿物,切开后可见干酪样脓液流出。病理检查:(左侧附睾)肉芽肿性炎(图 3B),抗酸染色找到阳性菌,考虑结核。

讨 论

附睾肿物主要包括附睾肿瘤、附睾结核、慢性炎症及精子肉芽肿等,临床比较罕见,绝大多数为原发性,80%为良性肿瘤,以腺瘤样瘤、平滑肌瘤最常见。恶性多为肉瘤,包括平滑肌肉瘤、



A: 声像图示肿物为规则的低回声,有包膜;其周边可探及散在的血流信号,内部探及少许短棒状血流信号;B:增生的纤维组织中见多个肉芽肿性结节(HE染色,×100)。

图3 病例3声像图和病理图

横纹肌肉瘤、纤维肉瘤,其次为腺癌、胚胎癌^[1]。附睾肿瘤较少见,仅占附睾肿物的极少数,附睾结核、慢性炎症及精子肉芽肿等非肿瘤性病变是临床上较常见的附睾肿物^[2]。超声检查具有占位效应的附睾实性肿物,极易误诊。

本组3例附睾肿物分别是胚胎性横纹肌肉瘤、炎性肌纤维母细胞瘤、附睾结核,分别属恶性肿瘤、良性肿瘤、非肿瘤样病变。其声像图各具特征。①胚胎性横纹肌肉瘤是来源于间叶细胞的一种恶性肿瘤。本病发病年龄较小,多为单侧左侧发病,且多位于附睾尾部。文献^[3]提示,超声表现均为低回声,边界清,形态不规则,部分会有液化,CDFI示团块状边缘血流信号。本组病例1,从发病年龄、位置、声像图所见均符合上述文献中胚胎性横纹肌肉瘤的表现。术后化疗1年后出现左髂窝腹股沟的转移。可见横纹肌肉瘤恶性程度较高,易转移。②炎性肌纤维母细胞瘤是一种少见而独特的间叶性肿瘤,表现为低度恶性或交界性肿瘤的特点。多发于肺,也见于头颈、躯干、内脏及四肢软组织^[4]。发病机制尚不清楚,可能与2p23染色体异常及血清碱性磷酸酶表达有关;各器官、各年龄段均有发病,发生于男性生殖系统者鲜有报道^[5]。本组病例2具有间叶性肿瘤的超声特征。回顾分析收集到腹膜后、腹壁等部位的炎性肌纤维母细胞瘤的超声图像,均为单发的低回声肿块,无串珠样改变。本病例超声所见特征为低回声肿块,串珠样改变,后场衰减,可能与发生部位相关,由于病

例少,位于附睾的炎性肌纤维母细胞瘤的超声特征,尚有待观察。③附睾结核比较多见,多发生在附睾尾部,病变区回声减低、杂乱,分布不均匀,内见伴声影的钙化,可伴阴囊壁的肿胀、充血、粘连以及破溃。本组病例3为附睾体尾的肉芽肿样结核,结核的超声特征不明显,其声像图表现为具有占位效应的实性肿物,低回声,有包膜,界限清,内部回声欠均匀。且本患者无其他部位的结核病史,所以超声诊断不明确。术中切开后见干酪样脓液流出,病理检查抗酸染色找到阳性菌,以此确诊。

总之,附睾实性肿物具有声像图共性的表现:均位于附睾体尾部,占位效应明显,低回声肿物,界限尚清,内部回声欠均匀。又有其各自的特点:胚胎性横纹肌肉瘤较大,呈分叶状,CDFI示其内血流较丰富,具有恶性肿瘤的特征;炎性肌纤维母细胞肿瘤呈串珠样改变,后场衰减明显,CDFI示星点状血流信号,无恶性肿瘤的血供特征;附睾肉芽肿性样结核,声像图所见有别于其他附睾结核,占位效应明显,界限清,内部回声相对均匀不杂乱,无钙化表现;CDFI可探及少许短棒状血流信号,具有良性肿物的声像图特征。通过分析各自的声像图特点可为术前准确诊断提供参考。

参考文献

- [1] 那彦群,郭震华.实用泌尿外科学[M].2版.北京:人民卫生出版社,2011:548-549.
- [2] 张绍熙,姜玉新.浅表器官及组织超声诊断学[M].2版.北京:科学技术文献出版社,2003:150.
- [3] 殷波,宋永胜,费翔,等.原发性附睾恶性肿瘤4例临床分析[J].中华男科学杂志,2006,12(10):944-945.
- [4] 曹海光,刘素香.炎性肌纤维母细胞瘤[J].中国肿瘤临床,2007,14(2):776-779.
- [5] 杨星,孙志熙,刘涛,等.精索炎性肌纤维母细胞瘤一例报告[J].中华泌尿外科杂志,2010,31(11):785.

(修回日期:2016-11-28)

重庆安碧捷科技股份有限公司声明

致各有关单位:

重庆安碧捷科技股份有限公司(简称或“本公司”或“公司”)就公司产品作出如下声明:

本公司自2006年成立便致力于杀菌消毒器械的研发和生产,主打产品“安必洁”医用超声耦合剂具备多项知识产权,产品配方于2009年取得发明专利授权,产品商标“安必洁”于2009年取得该商标专用权,产品曾获“重庆市高新技术产品”荣誉称号。近年来,随着公司产品知名度的逐步攀升,市面上出现各类“某某安必洁”医用超声耦合剂,“某某安必洁”与本公司产品所用商标“安必洁”有3个汉字重合,造成不少医疗机构误以为其为本公司生产。为维护各市场主体的合法权益,本公司特作出以下声明:

本公司未曾授权任何第三方使用“安必洁”商标,相关产品的专利配方亦未曾授权任何第三方使用,市场上出现的“某某安必洁”品牌的医用超声耦合剂并非本公司生产或授权生产,对非本公司生产的品牌为“某某安必洁”的产品质量,本公司不承担任何责任。希望各市场主体注意鉴别。

特此声明!

重庆安碧捷科技股份有限公司

2016年12月8日