

endothelial growth factor-A (VEGF-A) maintains endothelial cell homeostasis by regulating VEGF receptor-2 transcription[J]. J Biol Chem, 2012, 287(5): 3029-3041.

[6] 陈惠莉, 杜联芳, 金字彪, 等. 前列腺癌实时灰阶超声造影与 MVD 表达的相关性研究[J]. 临床超声医学杂志, 2009, 11(5):296-298.

[7] Strazdina A, Krumina G, Sperga M. The Value and limitations of contrast-enhanced ultrasound in detection of prostate cancer[J]. Anticancer Res, 2011, 31(4): 1421-1426.

[8] 杨磊, 宋涛, 曾红春, 等. 经直肠超声造影联合能量多普勒成像对

前列腺癌的诊断价值[J]. 临床超声医学杂志, 2015, 17(3):177-180.

[9] Qi T, Chen Y, Zhu Y, et al. Contrast-enhanced transrectal ultrasonography for detection and localization of prostate index tumor: correlation with radical prostatectomy findings[J]. Urology, 2014, 84(1): 138-143.

[10] 费翔, 唐杰, 李岩密, 等. 经直肠前列腺超声造影在鉴别诊断前列腺癌与前列腺增生中的价值[J]. 中华超声影像学杂志, 2010, 19(7): 596-599.

(收稿日期:2016-11-07)

· 病例报道 ·

### Ultrasonic misdiagnosis of cervical angiofibroma: a case report 子宫颈血管纤维瘤超声误诊 1 例

安春燕 崔亮

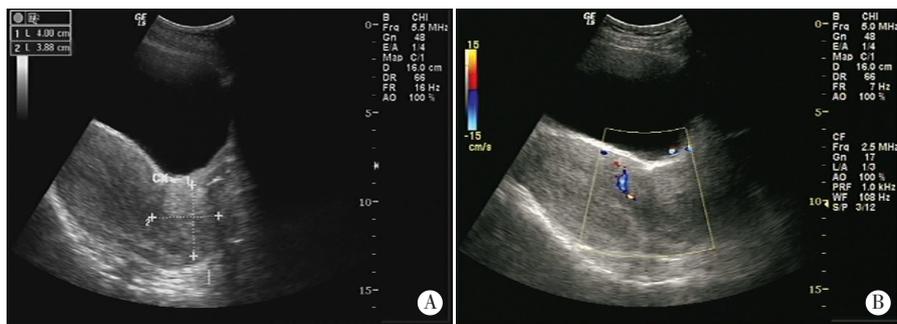
[中图法分类号] R730.262;R445.1

[文献标识码] B

患者女,44 岁,因月经不规律,出现水样白带伴下腹部坠胀 10 d 来我院就诊。自诉周期 15~60 d,经期 10~15 d,量多。妇科检查:子宫前位,子宫体大小正常,双侧附件无异常,宫颈增大,可触及一大小约 5.0 cm×4.0 cm×4.0 cm 肿块,质中,蒂较深,活动受限,肿块表面可见范围约 0.5 cm×0.5 cm 的糜烂面,阴道可见少量血性分泌物。宫颈刮片示:细胞学 I 级。临床初步诊断:宫颈肿块,性质待定,考虑:①子宫颈肌瘤;②子宫颈肿瘤? 超声检查:子宫前位,大小、形态正常,子宫内厚 1.2 cm,宫腔内未

见异常回声,宫颈厚 4.8 cm,内膜显示不清,肌层变薄,宫颈管内可见一大小约 4.0 cm×3.9 cm 偏低回声包块,边界欠清,内回声不均匀(图 1A);CDFI 示包块周边及内部均未见明显血流信号(图 1B)。双侧卵巢未见明显异常回声。超声提示:子宫颈肌瘤。遂行宫颈肿物环套术。术后病理结果显示组织变性,偶见核分裂象,诊断:宫颈血管纤维瘤(图 2),建议随诊。术后半年妇科门诊及超声复查子宫附件正常。

讨论: 血管纤维瘤主要由致密的纤维组织和具有多个分支



A:二维超声图像;B:CDFI 图。

图 1 子宫颈血管纤维瘤声像图



图 2 宫颈血管纤维瘤病理图(HE 染色,×40)

的扩张血管组成,是鼻咽部最常见的良性肿瘤,发生在身体其他部位者罕见,尤其是宫颈的血管纤维瘤更是鲜有报道。本病例超声表现为宫颈管内可见一大小约 4.0 cm×3.9 cm 偏低回声包块,边界欠清,内回声不均匀;CDFI 示包块周边及内部均未见明显血流信号,易与宫颈肌瘤相混淆。误诊原因一方面是因为该病极为罕见,且其临床症状及超声表现缺乏特异性,基层医师对其认识不足,易误诊为肌瘤、宫颈癌及黏膜下肌瘤;另一方面是由于医师能力水平有限,惯性思维。因此临床及医技科室的医师应加强对该病的认识,重视病史在诊断中的重要性。宫颈血

管纤维瘤虽罕见,但属良性肿瘤,因此采用经阴道肿物剔除术是比较好的方法,损伤小,出血少,恢复快。由于本例患者是误诊,因此在我院采取了治疗宫颈肌瘤的方法即宫颈肿物环套术,将肠线套环套于肿物蒂部,阻断其血供,3 d 后肿物颜色由暗红转为黑紫色,体积缩小,遂将肿物剪除送病检,术后受肿物挤压的宫颈组织逐渐恢复正常,因为两者均具有良性肿瘤的临床特点,因此本病例手术仍取得了成功,术后未复发。

(收稿日期:2016-12-28)