

相关性非常接近,说明尽管不同年资超声医师 2D-TEE 和 3D-TEE 测值存在差异,但对临床实施封堵术并未造成影响。从避免因经验性错误发生,降低医疗事故发生的风险方面来看,笔者认为:2D-TEE 仅显示 ASD 的线型回声,虽经过 0°~180° 的连续扫查,但对于低年资超声医师来说仍难以在其头脑中建立和还原缺损的真实形态,而 3D-TEE 则具有形象、直观、图像质量好、成像速度较快的优点,可以从任意角度观察 ASD 的位置、形态、大小、数量及三维立体空间组织结构关系,更有利于临床不同年资医师对实际缺损声像图的把控。

本研究的不足之处:目前,三维超声增益的最佳调节范围在国内外尚未达成一致,本研究仅根据我院临床经验进行一定程度调节,故今后需更多、更大样本量的积累进一步研究。

综上所述,3D-TEE 更有利于低年资超声医师掌握 ASD 最大径的测量方法,具有较好的临床应用价值。

参考文献

[1] 牛宝荣,张纯,李晓明,等.实时三维经食管超声心动图在成人多孔房间隔缺损介入封堵术中的应用价值[J].中国医药,2016,

11(8):1128-1131.

[2] Gao Z, Xu B, Kirtane AJ, et al. Impact of depressed left ventricular function on outcomes in patients with three-vessel coronary disease undergoing percutaneous coronary intervention [J]. Chin Med J (Engl), 2013, 126(4): 609-614.

[3] Mahadevan VS, Gomperts N, Haberer K, et al. Transcatheter closure of atrial septal defects with multiple devices in adults: procedural and clinical outcomes [J]. Int J Cardiol, 2009, 133(3): 359-363.

[4] 孙守刚,白锋,赵锋,等.多层螺旋 CT 在边缘不足房间隔缺损介入治疗中的应用[J].介入放射学杂志,2013,22(11):891-895.

[5] 魏伟,徐新量,金修才,等.经食管实时三维超声心动图的临床应用进展[J].临床超声医学杂志,2014,16(5):327-329.

[6] Rodríguez FA, Bethencourt GA. Imaging techniques in percutaneous cardiac structural interventions: atrial septal defect closure and left atrial appendage occlusion [J]. Rev Esp Cardiol (Engl Ed), 2016, 69(8): 766-777.

[7] 王飞,赖玉琼.实时三维、多平面二维经食管超声心动图在房间隔缺损测量的对比研究[J].分子影像学杂志,2015,38(4):319-322.

(收稿日期:2018-08-30)

· 病例报道 ·

Ultrasonic diagnosis of giant retroperitoneal primitive neuroectodermal tumor: a case report 超声诊断腹膜后巨大原始神经外胚层肿瘤 1 例

孔祥凯 张震

[中图法分类号]R445.1

[文献标识码]B

患儿女,5岁,因发热、腹痛于外院诊断为病毒性心肌炎、阑尾炎,治疗后效果不佳,遂来我院就诊。体格检查:腹部膨满,脐周压痛,呕吐4次,腹肌紧张。CTA检查:腹膜后见团块状影,最大面积约13.6 cm×7.5 cm,范围广泛,前方达肝门部,肝右叶及右肾上极受侵,右肾上腺显示不清,左肾上腺局部可疑分界不清,病灶包绕腹腔干、肠系膜动静脉、双肾动静脉;增强扫描可见不均匀强化,CT值约49~83 HU(图1)。超声检查:右肾上腺区见实质性混合性包块,大小约7.4 cm×20.4 cm×21.6 cm,其内以实质性低回声为主,见斑片状、条状强回声散在分布,后方探及声影(图2A),其内血流较稀疏,右肾上极内侧缘及肾门部受累,与该回声边界不清;下缘达近盆腔水平;左侧缘达左侧肾门部,左侧肾门及外侧缘受累。膈肌向上移位。肝脏左叶及肝脏下缘形态不规则,受压,局部边界不清。肝门部门脉后方受压,门脉系统无明显扩张。右肾肾盂管壁明显增厚,回声减低,右肾集合系统分离,右侧输尿管上段受压变窄显示不清,管壁增厚回声减低。左肾肾盂管壁略增厚,左肾集合系统分离,左肾上极外侧缘显示不清。正常输尿管显示不清。CDFI于其内

探及丰富血流,可探及粗大的动静脉血管,血流充盈良好。腹后壁腹主动脉受压,走行略迂曲,其内血流良好。肠系膜血管包绕、下腔静脉受压变形,宽窄不一,血流充盈良好(图2B)。超声提示:混合性实质性低回声包块,伴大量钙化样改变。后行超声引导下穿刺活检,病理结果:光镜下见小圆细胞弥漫分布,有成巢样,核大深染,核浆比例失调(图3);免疫组化染色结果:Actin(-)、CD20(-)、CD3(-)、CD30(-)、CD56(+)、CD99(-)、CK(PAN)(-)、Desmin(-)、Ki-67(80%)、MyoD1(-)、Myogenin(-)、NSE(-)、PLAP(-)、Pax-5(-)、S-100(p)(-)、SALL4(-)、Synaptophysin(+)、TTF-1(-)、TdT(-)、Vimentin(+)、WT1(-)、CD34(-)。综合各检查结果诊断为原始神经外胚层肿瘤。

讨论:原始神经外胚层肿瘤是一种源于原始神经细胞外胚层的罕见恶性肿瘤,多数生长迅速而无钙化成分出现。本例超声及CT均发现粗大样钙化,极其罕见,考虑与原始细胞基因调控失常致其向间叶组织分化有关^[1]。本例肿瘤体积巨大,有学

(下转第469页)

结节范围可能会引起颈部淋巴结转移。本研究多因素 Logistic 回归分析结果显示,性别、年龄、病灶直径、部位、纵横比、内部钙化类型及微钙化是否超出结节均与颈部淋巴结转移无关,仅病灶与被膜的关系与颈部淋巴结转移有关,说明 PTMC 患者病灶是否与被膜接触与颈部淋巴结转移的发生关系密切,故认为病灶与被膜接触的患者发生颈部淋巴结转移的几率较大。目前临床认为 PTMC 患者肿瘤细胞最先转移的部位是中央区,颈部区淋巴结转移为继发性转移区域。若 PTMC 患者出现了与颈部淋巴结转移相关的超声特征,则需要对其中央区进行淋巴结清扫。

综上所述,超声图像特征对 PTMC 患者是否发生颈部淋巴结转移具有一定预测价值,当 PTMC 病灶接触被膜时,应在术中清扫中央区淋巴结。

参考文献

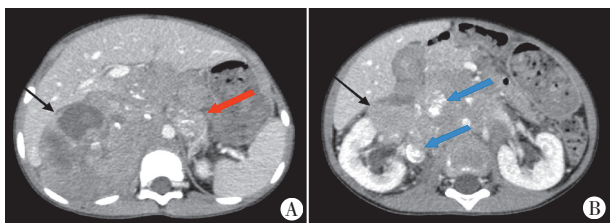
[1] 谷莹,韩志江,许亮,等.甲状腺微小乳头状癌与微小结节性甲状腺肿的超声鉴别[J].中国超声医学杂志,2013,29(3):211-214.
 [2] 王猛,魏玺,张晟,等.甲状腺微小乳头状癌超声特征与颈部淋巴结

转移的相关性探讨[J].中华普通外科杂志,2018,33(4):293-297.

[3] 邓水平,李泉水,陈胜华,等.甲状腺微小乳头状癌的超声特征与颈部淋巴结转移相关因素分析[J].临床超声医学杂志,2017,19(6):424-426.
 [4] 张晓晓,詹维伟,周伟,等.术前超声检查评估甲状腺微小乳头状癌颈部淋巴结转移的临床价值[J].中华医学超声杂志(电子版),2014,11(11):52-56.
 [5] 施维,邹敏,卢芳.甲状腺微小乳头状癌超声特征预测颈部淋巴结转移的价值[J].新乡医学院学报,2016,33(4):302-304.
 [6] 杨景茹,王宏桥,朱苗苗,等.甲状腺微小乳头状癌临床及高频超声特征与其侵袭能力的相关分析[J].中华超声影像学杂志,2017,26(10):861-866.
 [7] Haugen BR, Alexander EK, Bible KC, et al. 2015 American Thyroid Association management guidelines for adult patients with thyroid nodules and differentiated thyroid cancer: the American Thyroid Association guidelines task force on thyroid nodules and differentiated thyroid cancer[J].Thyroid, 2016,26(1):131-133.

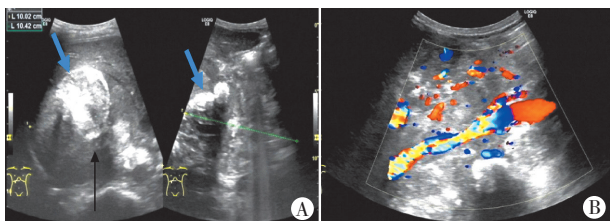
(收稿日期:2018-10-05)

(上接第466页)



A:腹膜后团块状阴影(黑箭头示),肝右叶及右肾上极受侵,右肾上腺显示不清,左肾上腺局部可疑分界不清(红箭头示);B:病灶包绕腹腔干、肠系膜动静脉、双肾动静脉,内伴团块样钙化(蓝箭头示)

图1 腹膜后原始神经外胚层肿瘤增强CT图像



A:右肾上腺区见实质性混合性包块(黑箭头示),其内以实质性低回声为主,见斑块状、条状强回声散在分布(蓝箭头示),后方探及声影;B:腹部大血管受肿瘤包绕,走行略迂曲、变形,宽窄不一,血流充盈良好

图2 腹膜后原始神经外胚层肿瘤超声图像

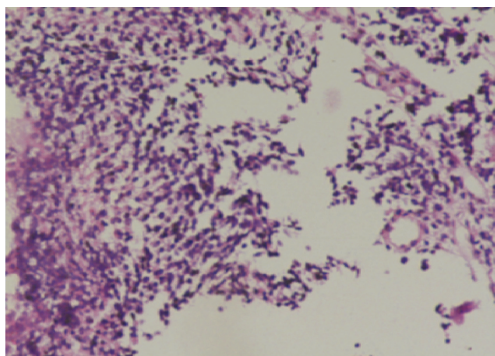


图3 原始神经外胚层肿瘤病理图片(HE染色,×200)

者^[2]认为肿瘤生长巨大与其生长空间有关,尤其是生长在胸腔、腹腔、腹膜后的肿瘤较为隐蔽,发现时往往生长巨大。本例肿瘤发生于腹膜后,依据超声表现可初步判断为恶性,应与神经母细胞瘤鉴别诊断。神经母细胞瘤是儿童常见的胚胎恶性肿瘤,超声多表现为低回声,边界模糊,内可见砂砾样或斑片状强回声;其病理亦可见小圆细胞, Syn、NF、GFAP、Vimentin 等免疫组化对疾病诊断有一定意义。其次,应与腹部错构瘤鉴别诊断,错构瘤为间叶组织肿瘤,多表现为成分复杂的混合回声包块,形态规则,部分可有分叶,但不会出现侵袭性生长^[3];其病理常提示镜下见缺乏弹力纤维的厚壁血管混合平滑肌细胞、成熟脂肪细胞、周围样上皮细胞^[4],免疫组化常为 Actin(+)及 HMB-45(+).

原始神经外胚层肿瘤临床确诊主要依靠病理检查,光镜下常可见大量原始小圆细胞,聚集成片或成巢状,核浓染,核分裂象明显,典型者可见假菊团样细胞结构。CT 检查对明确病灶位置和形态尤为重要,但在观察病灶周围组织关系方面不如超声敏感。超声可明确肿瘤位置,动态观察其形态和血供状态,以及周围组织器官受压或侵袭情况,必要时可引导穿刺活检或细针穿刺,为临床诊断及治疗提供依据。

参考文献

[1] 包忠英,陈文,石爱军,等.肾脏外周型原始神经外胚层肿瘤影像诊断[J].影像研究与医学应用,2017,1(4):87-88.
 [2] 卢跃忠,毛新峰,沈小勇,等.外周型原始神经外胚层肿瘤的 CT 与 MR 表现[J].中华全科医学,2016,14(5):828-830.
 [3] Tseng CA, Pan YS, Su YC, et al. Extrarenal retroperitoneal angiomylipoma: case report and review of the literature[J].Abdom Imag (online), 2004,29(6):721-723.
 [4] Lin WC, Wang JH, Wei CJ, et al. Malignant renal epithelioid angiomylipoma with aggressive behavior and distant metastasis[J]. J Chin Med Assoc, 2003,66(5):303-306.

(收稿日期:2018-10-03)