

## Misdiagnosis of mucinous tumor of appendix by ultrasonography 阑尾黏液性肿瘤超声误诊分析

郑红 王东丽 闫瑞玲

[中图法分类号]R445.1

[文献标识码]B

阑尾黏液性肿瘤(AMNs)是阑尾的一种罕见的异质性疾病<sup>[1]</sup>,临床上可以无症状,或主要表现为慢性非转移性右下腹疼痛或右下腹包块,容易误诊为卵巢囊肿、阑尾炎、盲肠肿瘤等,术前准确诊断有助于防止术中破裂引起腹膜假黏液瘤<sup>[2]</sup>。本组回顾性分析了本院超声误诊的13例AMNs患者的声像图资料,现报道如下。

### 资料与方法

#### 一、临床资料

选取2014年4月至2018年4月于本院接受诊治并经手术病理确诊的AMNs患者13例,其中男3例,女10例,年龄45~72岁,平均(58.5±10.0)岁。10例女性患者中,5例因右下腹胀痛2 d、3例因下腹间歇性胀痛进行性加重、1例因发现腹部包块伴腹胀2年、1例在外院行卵巢囊肿切除术后20 d因急性下腹痛入院;3例男性患者均因急性下腹痛入院。

#### 二、仪器与方法

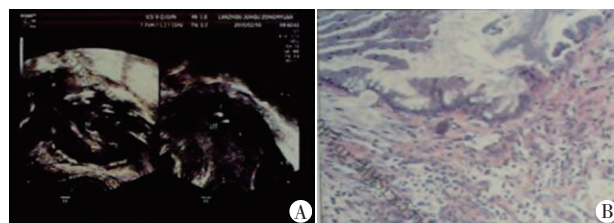
使用GE Voluson E8和Vivid 7彩色多普勒超声诊断仪,IC5-9-D、3.5C和M12L探头,频率分别为15.0 MHz、3.5 MHz、14.0 MHz。10例女性患者均取截石位,扫查子宫及双侧附件区;3例男性患者均取仰卧位,扫查右下腹阑尾区,了解病变部位、大小、边界、形态、回声、血流及其与毗邻组织的关系。

### 结 果

10例女性患者中,9例超声均误诊为卵巢来源的恶性肿瘤,其中4例表现为盆腹腔内低回声肿块,大小分别为4.7 cm×6.9 cm、6.8 cm×8.2 cm、4.9 cm×7.3 cm、5.1 cm×8.7 cm,边界尚清,形态不规则,内部回声欠均匀;CDFI示其内及周边可探及星点状血流信号,同时伴盆、腹腔大量积液;术后病理均为阑尾高分化黏液腺癌。5例表现为右侧附件区以囊性为主的混合回声包块,大小分别为3.9 cm×5.6 cm、5.2 cm×5.7 cm、4.8 cm×6.9 cm、4.0 cm×6.1 cm、5.9 cm×7.1 cm,边界欠清,形态欠规则;CDFI示周边及内部可探及较丰富血流信号,并于盆腔内探及少许不规则无回声区,透声性欠佳;术后病理均为阑尾低级别黏液性肿瘤破裂。1例超声误诊为输卵管来源的囊性肿物,表现为右侧

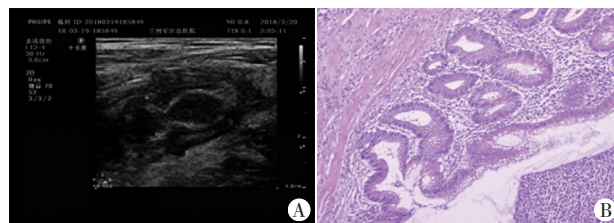
附件区囊性包块,大小约4.3 cm×5.9 cm(图1),囊壁较薄,囊腔张力较差,内透声好;CDFI示囊壁及其内未见明显血流信号;术后病理为阑尾黏液性乳头状囊腺癌。

3例男性患者超声均误诊为急性阑尾炎并周围渗出,声像图均于右下腹阑尾区探及肿大阑尾样且具有盲端的管状结构(图2),管状结构大小不一,其中1例直径约1.2 cm,呈明显的“洋葱皮样”改变;2例直径为1.0 cm左右,呈较均质低回声,周围均伴少许无回声区;CDFI示3例周边及内部均可探及少许星点状血流信号;术后病理均为阑尾低级别黏液性肿瘤并阑尾腔内大量中性粒细胞浸润。



A:经阴道超声图;B:病理图(HE染色,×100)

图1 AMNs患者经阴道超声图及病理图



A:经腹超声示肿大的阑尾呈“洋葱皮样”改变;B:病理图(HE染色,×100)

图2 AMNs经腹超声图及病理图

### 讨 论

AMNs是阑尾一系列肿瘤谱系的统称,属阑尾的罕见疾病,占有阑尾切除术的0.2%~0.5%<sup>[3]</sup>。但因其缺乏特异性的临床及影像学表现,术前诊断率极低。本组回顾性分析了本院超声误诊的13例AMNs患者的声像图资料,旨在探讨分析其误诊原因,为临床认识本病提供依据。

本组入选的13例病例中,10例女性病例有9例误诊为卵巢

来源肿瘤,1例误诊为输卵管来源肿物;3例男性均误诊为急性阑尾炎。分析超声误诊原因:①AMNS临床少见,声像图表现多样,超声医师对本病认识不足。本组10例女性病例中4例为实性低回声肿块,伴大量盆、腹腔大量积液;5例为以囊性为主的混合回声包块,伴少许盆腔积液;1例为囊性包块。3例男性患者声像图均表现为具有盲端的肿大阑尾低回声管状结构,伴周围少许无回声区,2例呈较均质低回声,1例见明显的“洋葱皮样”改变。但因本组样本量较少,该病病理与声像图特征之间的关系是否具有代表性,尚需加大样本量证实。②关于定位诊断:本组病例中,3例男性患者经腹超声探查均清晰显示其长条形或条管状长轴切面,易做出正确的定位诊断。10例女性患者均行经阴道超声检查,9例误诊为卵巢来源,1例误诊为输卵管来源。经阴道超声检查主要用于妇产科疾病的超声检查,当发现子宫以外的病灶时,检查者常会先入为主首先考虑为附件来源,加之该探查方式对较大肿块的整体观显示欠佳,难以显示其长轴断面,从而导致错误的定位诊断。提示当经阴道超声发现近附件区较大占位性病变时,可加行经腹超声检查,或许对于病变整体观的显示更为直观和清楚,为诊断提供更多思路。③AMNS临床表现缺乏特异性:本组病例显示,高分化黏液腺癌和低级别黏液性肿瘤破裂多为慢性腹痛或慢性腹痛急性加重;低级别黏液性肿瘤并阑尾腔内大量中性粒细胞浸润时,多以急

性腹痛为首发症状,与急性阑尾炎极为相似。故即使观察到典型肿大的具有盲端结构的“洋葱皮样”声像图改变,检查者往往也首先考虑为阑尾炎而忽略其他病变的存在。本组结果提示,当肿大阑尾直径 $\geq 1.0$  cm,尤其见到典型的“洋葱皮样”结构时,在高度怀疑阑尾炎的同时,应考虑合并黏液性肿瘤的可能。

综上所述,AMNs作为阑尾的一种罕见疾病,临床易误诊,该病超声表现多样,最终确诊依赖病理结果。但超声可观察病灶的部位、大小、形态及其毗邻组织关系,对该病的诊断具有一定的参考信息。

参考文献

[1] Vavinskaya V, Baumgartner JM, Ko A, et al. Low-grade appendiceal mucinous neoplasm involving the endometrium and presenting with mucinous vaginal discharge [J]. Case Rep Obstet Gynecol, 2016, 23(10):1-4.  
 [2] Dellaportas D, Vlahos N, Polymeneas G, et al. Collision tumor of the appendix: mucinous cystadenoma and carcinoid. A case report [J]. Chirurgia (Bucur), 2014, 109(6):843-845.  
 [3] Costa V, Demuro JP. Low-grade appendiceal neoplasm presenting as a volvulus of the cecum [J]. Gastroenterol Rep(Oxf), 2013, 1(3):207.

(收稿日期:2018-10-11)

(上接第554页)

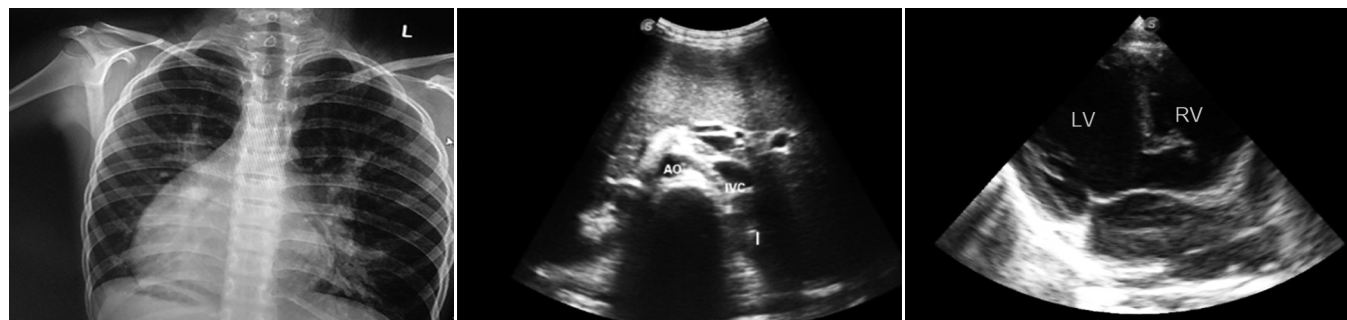


图1 胸片示右位心,心影增大,肺淤血改变,左肺下叶感染可能;图2 超声示下腔静脉位于脊柱左侧,腹主动脉位于脊柱右侧,心房反位(IVC:下腔静脉;AO:腹主动脉);图3 超声非标准长轴切面示室间隔缺损(LV:左室;RV:右室)

者入院后行抗感染等常规对症处理,自觉症状减轻后出院。

讨论:镜面右位心伴内脏全反位广义上属于内脏全反位的特例,其不伴有心脏畸形,可无任何临床表现,多于体检中偶然发现。其病因为胚胎的异常发育导致所有内脏逆转,且心球室襻发育期间的旋转方向异常<sup>[1]</sup>。此时,右胸腔可见大部分心脏,其顶点指向右下方;肺动脉主干位于升主动脉的右前方,主动脉弓和降主动脉走行于脊柱的右侧,构成反位的右主动脉弓;胃泡和脾脏在右侧膈下,肝脏大部在左侧膈下,犹如正常人的镜像像<sup>[2]</sup>。若患者心房、心室与大动脉连续关系正常,可不引起血流动力学异常。本病可应用超声节段分析法判定房室位置关系,而主动脉的位置和走行轨迹则可以通过观察主动脉的解剖学特征确定,二尖瓣和三尖瓣的位置通过检查右室内调节束回声及左室内乳头肌和两组瓣叶图像确定。本病需与孤立性右位心(右旋心)和右位心脏伴内脏不定位等鉴别。准确

了解是否合并心内畸形对患者预后十分重要,本例患者同时合并非限制性的室间隔大缺损,因未行外科手术修补缺损,导致大量血液在左右心室间的分流,使右室和肺循环血流量增多,致肺动脉高压。超声心动图能够较为准确地观察心室左右襻及形态,判断心尖朝向,测量室间隔缺损的部位及大小,估测有无肺动脉高压及评估肺高压的程度,可为临床诊断提供影像学依据。

参考文献

[1] 郭成军,吴雪琴. 镜面右位心伴内脏反位4例报告[J]. 实用医技杂志, 2007, 14(2):154-155.  
 [2] 罗勇,杨开菊. 右位心完全性大动脉转位伴二尖瓣下移超声表现1例[J]. 临床超声医学杂志, 2016, 18(2):120.

(收稿日期:2018-11-10)