

# Manifestations of cervical lymphoma by transvaginal color Doppler ultrasound 宫颈淋巴瘤的经阴道彩色多普勒超声表现

杨懿 侯莉 蒲昆明

[中图法分类号]R445.1

[文献标识码]B

宫颈淋巴瘤临床罕见,分为原发性和继发性,最常见的病理学类型是弥漫大B细胞淋巴瘤(diffuse large B-cell lymphoma DLBCL)<sup>[1-2]</sup>。该病治疗方案及预后与其他宫颈恶性肿瘤不同,因此治疗前准确诊断至关重要。本组回顾性分析 11 例经病理证实为宫颈淋巴瘤患者的声像图特征,探讨经阴道超声对其的诊断价值。

### 资料与方法

#### 一、临床资料

选取 2009 年 1 月至 2019 年 1 月我院和成都市第二人民医院经病理证实的宫颈淋巴瘤患者 11 例,年龄 28~66 岁,平均(48.5±12.0)岁。8 例表现为阴道异常出血,2 例表现为同房后阴道出血,1 例无明显症状,体检发现宫颈包块。原发性宫颈淋巴瘤采用 Kosari 等<sup>[3]</sup>制定的诊断标准。本研究经我院医学伦理委员会批准,所有患者均签署知情同意书。

#### 二、仪器与方法

使用 GE Voluson E 8、迈瑞 DC 8 彩色多普勒超声诊断仪,探头频率 6~10 MHz。嘱患者排空膀胱后取截石位,对出血患者外阴进行清洁和消毒,将耦合剂涂在阴道探头表面,套上避孕套后涂消毒耦合剂,探头轻轻插入至阴道穹隆部,行多角度多切面扫查。除常规观察宫体和双侧卵巢外,重点观察宫颈情况,发现包块后记录病灶部位、形态、大小、边界、内部回声、后方回声、宫颈黏膜线完整性及血流分布情况,测量阻力指数(RI)。由两名高年资超声医师在不知晓病理结果的情况下单独对图像进行分析,结果不一致时,请示上级医师评估达成一致。

### 结 果

#### 一、临床表现

11 例患者中,4 例为原发性宫颈淋巴瘤,4 例有非霍奇金淋巴瘤病史,1 例发病时合并腹股沟淋巴结非霍奇金淋巴瘤,2 例由于全身检查资料不全无法判断原发性或继发性。4 例妇科检查未见明显肿块,7 例阴道镜检查见宫颈菜花样或息肉样肿块。所有病例临床表现及病理特征见表 1。

表 1 11 例宫颈淋巴瘤患者临床表现及病理特征

序号	年龄(岁)	生育史	主要症状	位置	原发或继发	病理类型
1	61	孕 3 产 2	绝经后阴道出血	后壁	继发性	DLBCL
2	55	孕 5 产 1	绝经后阴道出血	右侧壁	继发性	DLBCL
3	51	孕 1 产 1	绝经后阴道出血	后壁	不详	DLBCL
4	28	孕 1 产 0	阴道异常出血	左侧壁	原发性	FL
5	43	孕 2 产 1	无明显症状	前壁	不详	DLBCL
6	43	孕 3 产 1	阴道异常出血	右侧壁	继发性	DLBCL
7	35	孕 0 产 0	性交后阴道出血	后壁	原发性	DLBCL
8	48	孕 3 产 1	阴道异常出血	后壁	原发性	DLBCL
9	63	孕 4 产 3	绝经后阴道出血	右侧壁	原发性	DLBCL
10	41	孕 2 产 1	性交后阴道出血	前壁	继发性	DLBCL
11	66	孕 3 产 2	绝经后阴道出血	左侧壁	继发性	DLBCL

DLBCL:弥漫大B细胞淋巴瘤;FL:滤泡性淋巴瘤

#### 二、超声表现

11 例患者宫颈均增大,前后径(3.74±0.22)cm,超声表现为单发低回声或团状极低回声(图 1,2),最大径(3.86±1.03)cm,位于前壁 2 例,后壁 4 例,侧壁 5 例;团块呈类圆形 5 例,分叶状 6 例;回声均匀 6 例,内可见条索状回声 5 例;后方回声增强 8 例,所有肿块均探及丰富血流信号(血流分级 II~III 级),8 例 RI 0.59~0.71,7 例可见完整的宫颈黏膜线。所有病例超声表现见表 2。

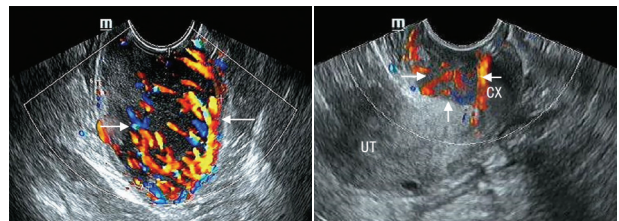


图 1 宫颈弥漫大 B 细胞淋巴瘤声像图,宫颈见团状低回声(箭头示),大小约 4.1 cm×3.5 cm×2.0 cm,呈分叶状,边界不清,后方回声增强,肿块内探及血流丰富(血流分级 III 级),以周边分布为主,RI 为 0.61

图 2 宫颈弥漫大 B 细胞淋巴瘤声像图,宫颈见团状低回声(箭头示),大小约 3.1 cm×2.5 cm×1.9 cm,呈类圆形,边界清楚,后方回声增强,宫颈黏膜线完整,肿块内探及血流丰富(血流分级 III 级)

表2 11例宫颈淋巴瘤患者超声表现

序号	形态	边界	宫颈黏膜线	大小	血流分级	回声情况	后方回声是否增强	RI
1	分叶状	不清晰	未显示	4.1 cm×3.5 cm×2.0 cm	Ⅱ级	条索状	增强	0.61
2	分叶状	清晰	完整	4.0 cm×1.5 cm×1.1 cm	Ⅱ级	条索状	增强	0.59
3	类圆形	清晰	完整	3.9 cm×2.4 cm×1.9 cm	Ⅲ级	均匀	不增强	0.65
4	分叶状	不清晰	未显示	6.1 cm×5.9 cm×5.1 cm	Ⅱ级	条索状	增强	0.63
5	类圆形	清楚	完整	3.1 cm×2.5 cm×1.9 cm	Ⅲ级	均匀	增强	0.68
6	分叶状	不清晰	不完整	5.1 cm×3.9 cm×3.1 cm	Ⅲ级	条索状	增强	0.71
7	类圆形	清晰	不完整	4.2 cm×2.5 cm×2.7 cm	Ⅱ级	条索状	增强	0.63
8	类圆形	清晰	完整	2.9 cm×2.0 cm×1.9 cm	Ⅲ级	均匀	不增强	-
9	分叶状	清晰	完整	3.0 cm×2.2 cm×2.0 cm	Ⅲ级	均匀	增强	-
10	分叶状	清晰	完整	2.7 cm×2.2 cm×1.8 cm	Ⅲ级	均匀	不增强	-
11	类圆形	不清晰	完整	3.4 cm×2.5 cm×2.2 cm	Ⅱ级	均匀	增强	0.66

RI:阻力指数

### 三、病理结果

所有患者经手术(7/11)或穿刺(4/11)后病理和免疫组化确诊为非霍奇金淋巴瘤,其中10例为DLBCL,1例为滤泡性淋巴瘤。

### 讨 论

宫颈淋巴瘤临床罕见,近年来发病率呈上升趋势,可能与病理诊断水平的提高有关。该病病因和发病机制不明,有学者<sup>[4]</sup>认为与慢性炎症有关,该病可发生于任何年龄,中位发病年龄44岁,最常见症状为阴道异常出血,其他症状包括阴道异常排液、盆腔包块、腹痛等。宫颈淋巴瘤起源于宫颈间质,表面覆盖完整的鳞状上皮细胞,故宫颈液基细胞学涂片检查结果多为阴性,确诊需依靠病理和免疫组化检查。

经阴道彩色多普勒超声不受肥胖和肠道气体等因素干扰,图像分辨率高,能清晰显示宫颈的结构层次和血流情况,还能评估肿瘤浸润的深度和范围,已成为宫颈病变首选的影像学检查方法。本组11例患者的声像图特征为单发低回声或团状极低回声,呈类圆形或分叶状,内部回声较均匀,可见条索状回声,后方回声多增强,多数宫颈黏膜线完整,肿块内探及丰富血流信号(血流分级Ⅱ~Ⅲ级)。肿块呈极低回声的病理基础为肿瘤内淋巴样细胞大小一致,成分单一,条索状回声与分隔瘤细胞的增生纤维组织有关。宫颈黏膜线可受压或推移,但不会出现中断或消失,这与肿瘤起源于宫颈间质,对宫颈黏膜侵犯较少有关,因此认为完整的宫颈黏膜线是宫颈淋巴瘤的声像图特征之一。因肿瘤间质内血管增多,本组病例肿块内均探及丰富血流信号,主要分布于肿瘤周边,走行不规则,RI为0.59~0.71。

宫颈淋巴瘤超声表现需与以下疾病鉴别:①宫颈肌瘤,发生于宫颈肌层,典型声像图表现呈圆形,外生性生长,内部血流不丰富,周边见半环状血流信号;宫颈淋巴瘤呈分叶状或类圆形、膨胀性生长、内部血流丰富,以周边为主,走行不规则。②宫颈癌,超声表现为宫颈非对称性增大,形态不规则,回声不均匀,可见实性低回声肿块,呈浸润性生长,边界不清,形态不规则,多伴有钙化,宫颈黏膜线弯曲、中断或消失,病灶内血流

丰富、杂乱;宫颈淋巴瘤常呈分叶状,边界较清,回声较宫颈癌更低,钙化灶少见,后方回声多增强,黏膜线可推挤受压,但不会出现中断或消失,病灶内血流丰富,主要分布于肿瘤周边,走行不规则。③宫颈肉瘤,临床少见,超声表现为肿瘤回声紊乱,与肌层界限不清,常有出血坏死,多数肿瘤周边及内部血流信号丰富,呈高速低阻动脉血流,RI<0.6;宫颈淋巴瘤通常回声均匀,边界较清,出血坏死少见,后方回声不同程度增强,血流以周边为主。

宫颈淋巴瘤治疗方案目前尚未达成共识,处理方法不一。临床普遍采用手术和放疗相结合的综合疗法,尤其强调化疗的重要性。放疗后肿瘤组织坏死,体积缩小,血流减少,彩色多普勒超声可以评价疗效。另外,超声也可以协助临床进行肿瘤分期,为临床制定治疗方案提供参考,同时也是判断预后的重要依据。

综上所述,典型宫颈淋巴瘤超声图像具有一定特征,表现为宫颈低回声或团状极低回声,呈类圆形或分叶状,边界清或不清,回声较均匀,液化或钙化少见,血流丰富,以周边分布为主,动脉呈低阻频谱,肿块后方回声多增强,多数宫颈黏膜线完整。

### 参 考 文 献

- [1] Nasioudis D, Kampaktis PN, Frey M, et al. Primary lymphoma of the female genital tract: an analysis of 697 cases [J]. *Gynecol Oncol*, 2017, 145(2): 305-309.
- [2] 林洁, 马亚琪, 王昀, 等. 宫颈淋巴瘤6例临床病理分析[J]. *诊断病理学杂志*, 2018, 25(5): 345-348.
- [3] Kosari F, Daneshbod Y, Parwaresch R, et al. Lymphomas of the female genital tract. A study of 186 cases and review of the literature [J]. *Am J Surg Pathol*, 2005, 29(11): 1512-1520.
- [4] Intaraphet S, Farkas DK, Johannesdottir Schmidt SA, et al. Human papillomavirus infection and lymphoma incidence using cervical conization as a surrogate marker: a Danish nationwide cohort study [J]. *Hematol Oncol*, 2017, 35(2): 172-176.

(收稿日期:2019-05-08)