

Ultrasonic manifestations of primary malignant teratoma of seminal vesicle gland: a case report

原发性精囊腺恶性畸胎瘤超声表现 1 例

毛战斌 姚元志 冯玉洁 李 芳

[中图法分类号]R445.1;R737.23

[文献标识码]B

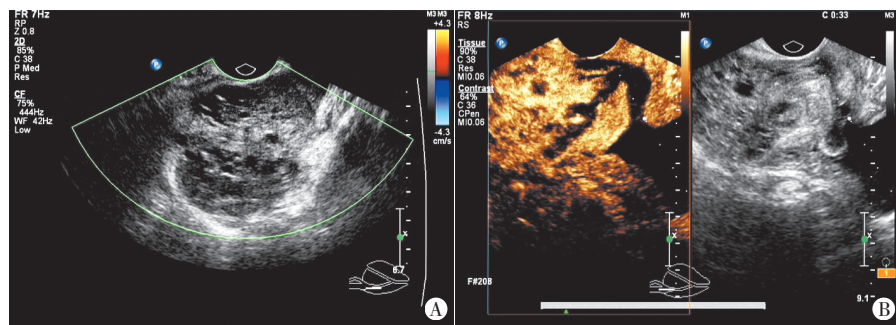
患者男,42岁,因排尿困难2个月余入院。临床表现为尿痛,尿线变细,尿末滴沥,无肉眼血尿;肿瘤标志物甲胎蛋白(AFP)4074 ng/ml。超声检查:左侧精囊腺区见大小约4.6 cm×6.9 cm囊实混合回声团块,边界尚清,形态欠规则,内见低回声及无回声间杂呈蜂窝状,与周围组织分界不清;CDFI于其内未探及血流信号(图1A)。超声造影示病灶呈不均匀性高增强,增强后迅速消退(图1B)。超声及超声造影提示:精囊腺囊腺瘤或恶性畸胎瘤。MRI检查:左侧精囊腺区占位性病变,性质待定,囊腺瘤。患者后于我院手术行腹腔镜左侧精囊切除术+肠粘连松解术+膀胱镜检查,膀胱镜检查见尿道前列腺部肿物约1.2 cm,表面明显坏死,术中沿膀胱后壁切开腹膜进入狄氏间隙,沿左侧输精管向精囊腺游离,见左侧精囊腺明显增大,约7.0 cm×5.0 cm,质地稍硬,与膀胱壁粘连,完整切除左侧精囊。术中所见:左侧精囊见一带输精管的灰白、灰红色结节,大小约7.0 cm×4.5 cm×4.5 cm,剖开结节切面呈囊实性,囊腔直径0.5~1.5 cm,腔内为暗红色液体,实性区域,切面灰白色,质中。病理诊断为(左侧精囊)未成熟畸胎瘤3级(图2)。免疫组织化学检查:NSE(+),Syn(+),Vimentin(+),Ki-67(20%+)。

讨论:未成熟型畸胎瘤又称恶性畸胎瘤,以年轻患者多见,是由2~3个胚层组成的肿瘤,肿瘤的成分中部分或全部包含有未成熟组织。原发性精囊腺恶性畸胎瘤(PMTSVG)超声与病理表现密切相关,典型超声表现为欠规则囊实混合回声肿块,见多房样结构,呈蜂窝状,囊壁较厚,囊腔内以弥漫分布密集点状弱回声为主,伴中等回声或团状强回声,或带状弧形强回声,后

方回声衰减或有声影,部分可伴高回声脂肪组织及毛发细带样回声^[1],肿块内实性成分通常血流丰富,囊性成分内无血流信号。本例患者超声表现为膀胱后方欠规则囊实混合回声,内部回声不均质,以实性为主,低回声及无回声间杂呈蜂窝状,未见脂肪及毛发回声,与周围组织结构分界不清;超声造影特点为不均匀性高增强,呈“快进快退”模式等恶性征象。本病临床症状不典型,肿瘤较小时无临床症状,较大时压迫盆腔,可表现为尿频、血精、血尿、会阴部胀痛等,本例患者以尿路梗阻症状就诊,AFP升高明显,无原发病灶,结合临床及实验室检查考虑恶性畸胎瘤。临床PMTSVG常需要与精囊腺平滑肌瘤、精囊腺囊腺瘤、急性精囊腺炎等鉴别。精囊腺平滑肌瘤超声表现为精囊区低回声块影,呈椭圆形或类圆形,边界清,多伴假包膜,周边可见环状血流;精囊腺囊腺瘤组织起源于苗勒管残余物,超声表现为精囊区蜂窝状混合回声块影,内见多个囊状无回声区,与周围组织结构分界多清晰;急性精囊腺炎一般累及双侧精囊腺,体检触痛较明显;PMTSVG浸润至膀胱、前列腺、直肠等部位时表现与急性精囊腺炎较难区分。虽然PMTSVG临床罕见,与其他精囊腺占位鉴别诊断较困难,但结合超声引导下精囊腺细针穿刺活检等技术可以弥补常规超声及超声造影不足,有助于良恶性病变的检出,为临床诊断提供重要依据。

参考文献

[1] 魏仪,吴盛德,林涛,等.64例儿童睾丸畸胎瘤病例分析[J].中华男科学杂志,2015,21(9):809-815.



A: CDFI图;B: 超声造影图(达峰时间约33 s)

图1 PMTSVG声像图

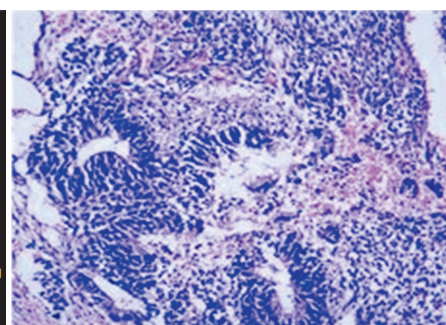


图2 PMTSVG病理图示瘤内见菊团样幼稚神经上皮组织(HE染色,×200)

(收稿日期:2019-10-31)

基金项目:重庆市技术创新与应用发展专项(cstc2019jsex-msxmX0099)

作者单位:400030 重庆市,重庆大学附属肿瘤医院 重庆市肿瘤研究所 重庆市肿瘤医院超声科

通讯作者:李芳,Email:1768308607@qq.com