

Ultrasonic manifestations of high grade uterine serous adenocarcinoma with sarcomatoid change: a case report

子宫内膜浸润性高级别浆液性癌伴肉瘤样变 超声表现 1 例

郭婉清 张爱华 张旺璐 连熙娜

[中图分类号]R445.1;R737.33

[文献标识码]B

患者女,62岁,绝经10年,因“阴道不规则出血4个月”入院。专科检查:宫颈萎缩,宫颈外口表面光滑,无举痛;宫体前位,增大如孕40 d大小,表面光滑,质中,边界清晰,活动可,无压痛;余未见明显异常。既往有糖尿病史5~6年,无恶性肿瘤病史。肿瘤标志物(女性全套)实验室检查:CA19-9 35.99 U/ml,细胞角蛋白19片段4.96 $\mu\text{g/L}$,余肿瘤标志物均呈阴性。经阴道超声检查:子宫形态饱满,大小约68 mm×60 mm×74 mm,宫腔内可见大小约41 mm×66 mm×42 mm不均质团块状低回声(图1),边界欠清晰,内回声不均,内间杂数个无回声区;CDFI于其内可探及丰富点条状彩色血流信号(图2);频谱多普勒测及动脉血流频谱,收缩期峰值流速6.7 cm/s,阻力指数0.37(图3);该团块与宫腔前壁内膜之间见一宽约4.9 mm的裂隙,内透声可。双侧卵巢呈萎缩样改变,内未见明显异常回声。超声提示:①绝经后子宫体积增大伴宫腔占位性病变,考虑子宫内膜癌可能;②宫腔少量积液。盆腔CT平扫+增强检查:子宫腔内见大片状稍低密度影,最大截面约59 mm×57 mm,可见轻度混杂强化,病灶累及子宫颈部,前缘部分达浆膜层,盆腔未见明显肿大淋巴结影(图4)。盆腔CT平扫+增强提示:考虑子宫内膜癌ⅢA期。临床初步诊断:宫腔占位,子宫内膜癌?行腹腔镜子宫、双附件、盆腔及腹主动脉旁淋巴结切除术。术中剖视宫体:宫腔内

充满肿瘤组织,质糟脆,伴局部坏死(图5)。术后病理诊断:(宫腔肿物)低分化癌,大部分呈实性,肿瘤细胞分化差(图6)。免疫组化检查:Ki67(30%),P53(70%,突变型),ER(-),PR(-),Vim(+++),P16(+++),HNF1- β (-),CK(Pan,+++),NapsinA(-),P63(+~++),CDX-2(-)。综合考虑为子宫内膜浸润性高级别浆液性癌伴肉瘤样变。

讨论:子宫内膜浸润性高级别浆液性癌伴肉瘤样变也称为恶性苗勒管混合瘤或恶性中胚叶混合瘤,绝大部分发生于绝经后女性,是一种由恶性上皮和间叶成分混合组成的少见高度恶性及侵袭性肿瘤,发生率约占所有子宫恶性肿瘤的1.5%~3.0%^[1]。本病多发生于子宫,发生于卵巢、输卵管、宫颈或腹膜罕见,也有起源于良性子宫内膜息肉的报道^[2]。研究^[3]表明,其发病的相关因素与子宫内膜癌相似,包括高水平雌激素、肥胖、老年、高血压病及糖尿病等,本例患者糖尿病史6年。研究^[4]表明,微血管密度可反映肿瘤细胞新生血管生成,而新生血管是预测肿瘤发展的重要因素,与肿瘤发展密切相关。随着新生血管数量的增加,微血管密度也不断增加,最终导致血管组织出现高流速、低阻力血流动力学改变。本例患者CDFI于宫腔肿块内探及丰富的点条状血流信号,频谱多普勒可测及低阻力动脉血流,阻力指数0.37,间接提示肿瘤新



图1 二维超声示子宫腔内不均质低回声团块(箭头示)

图2 CDFI示肿块内可探及丰富的点条状血流信号(箭头示)

图3 频谱多普勒示肿块内动脉血流呈低阻力血流频谱

基金项目:福建省中医药科研项目(2021zyjc23)

作者单位:350108 福州市,福建中医药大学附属第三人民医院超声科(郭婉清、张爱华),病理科(张旺璐),妇产科(连熙娜)

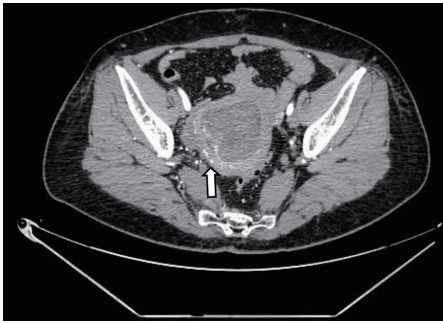


图4 盆腔CT平扫+增强示子宫腔内见大片状稍低密度影,可见轻度混杂强化(箭头示)

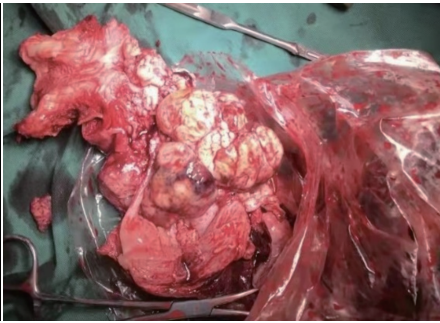


图5 切除肿瘤大体标本图

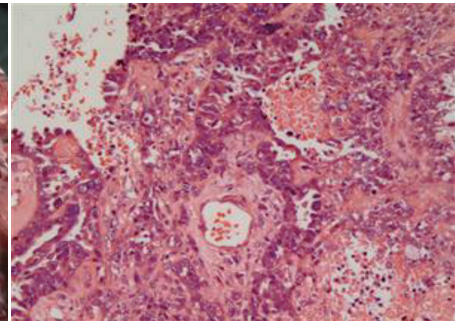


图6 子宫内膜浸润性高级别浆液性癌伴肉瘤样变病理图(HE染色,×200)

生血管数量增多;二维超声表现为宫腔内不均质低回声肿块,盆腔淋巴结未见明显肿大。总之,经阴道超声检查对临床判断宫腔肿块良恶性、临床分期,以及制定治疗方案均有重要参考意义。

参考文献

- [1] Adachi Y, Nonogaki H, Minamiguchi S, et al. Carcinosarcoma of the uterus: a case report[J]. Mol Clin Oncol, 2016, 4(4): 571-573.
- [2] Singh R. Review literature on uterine carcinosarcoma [J]. J Cancer Res Ther, 2014, 10(3): 461-468.
- [3] Cantrell LA, Blank SV, Duska LR, et al. Uterine carcinosarcoma: a review of the literature[J]. Gynecol Oncol, 2015, 137(3): 581-588.
- [4] 李向京, 李建玲, 郭惠衔. 子宫内膜癌超声阻力指数与微血管密度及病理特征相关性分析[J]. 实用医学影像杂志, 2022, 23(1): 14-17.

(收稿日期: 2022-05-17)

· 病例报道 ·

Ultrasonic diagnosis of fetal dural sinus malformation complicated with cardiac insufficiency: a case report 超声诊断胎儿硬脑膜窦畸形合并心脏功能不全 1 例

江 韦 郭 霞 唐绪明 陈 佳

[中图法分类号] R445.1; R714.53

[文献标识码] B

孕妇 20 岁, 孕 1 产 0, 既往体健, 系统筛查及孕 28 周 II 级产前超声均未见异常。孕 31⁺6 周常规产前超声检查: 胎儿生物学测量未见异常, 颅内窦汇及左右横窦呈囊性扩张, 范围约 43 mm×33 mm×22 mm, 横切面呈“三角形”, 冠状切面呈“楔形”, 内见密集细点状回声流动(图 1); CDFI 于窦内探及明显血流信号向左、右横窦引流并可见窦壁处血流信号流向窦汇(图 2); 脉冲多普勒测得动脉频谱, 右侧横窦处收缩期峰值流速(PSV) 21.2 cm/s, 阻力指数(RI) 0.35, 左侧横窦处 PSV 21.5 cm/s, RI 0.29。颅内动脉血流信号增多, 窦壁周边测得低速搏动性频谱, PSV 16.5 cm/s; 静脉血流信号增多, 乙状窦、颈内静脉、上腔静脉扩张。心脏增大, 左房横径 14 mm、右房横径 18 mm, 左室横径 12 mm、右室横径 14 mm, 心胸面积比 0.39; 三尖瓣探及全收缩期反流束达房顶, 反流束范围 16 mm×13 mm, 二尖瓣探及全收缩期反流束, 反流束范

围 11 mm×6 mm; 脐动脉收缩压与舒张压比值(S/D) 6.0, RI 0.83, 搏动指数 1.72, 大脑中动脉舒张期血流消失, PSV 48.1 cm/s, 静脉导管 a 波消失, 脐静脉未见搏动频谱, 胎儿无浆膜腔积液及水肿。超声提示: ①硬脑膜窦畸形; ②胎儿心脏增大(右心明显), 二尖瓣、三尖瓣全收缩期反流, 脐动脉 S/D 增高, 大脑中动脉舒张期血流消失, 静脉导管 a 波消失(胎儿心血管整体评分 6 分); ③胎儿颈内静脉、上腔静脉扩张。引产后超声检查示扩张硬脑膜窦较引产前明显缩小(图 3); 尸检可见扩张的窦汇、左右横窦、乙状窦, 窦汇范围约 4 cm×3 cm, 内见血凝块(图 4, 5)。

讨论: 硬脑膜窦畸形是极其罕见的先天脑血管畸形, 属于硬脑膜动静脉分流血管病变^[1], 胎儿发生率极低。二维超声表现为颅内近枕骨窦汇区囊性无回声, 多呈三角形或不规则形, 内可见密集点状回声流动^[2]。多普勒超声表现可有较大差异。

作者单位: 408400 重庆市南川区人民医院超声医学科(江韦、郭霞、陈佳), 病理科(唐绪明)

通讯作者: 陈佳, Email: 106231977@qq.com