

Ultrasonic manifestations of uterine malignant triton tumor : a case report

子宫恶性蝶螈瘤超声表现 1 例

冀波 沈冬花 樊玉婷 王龚

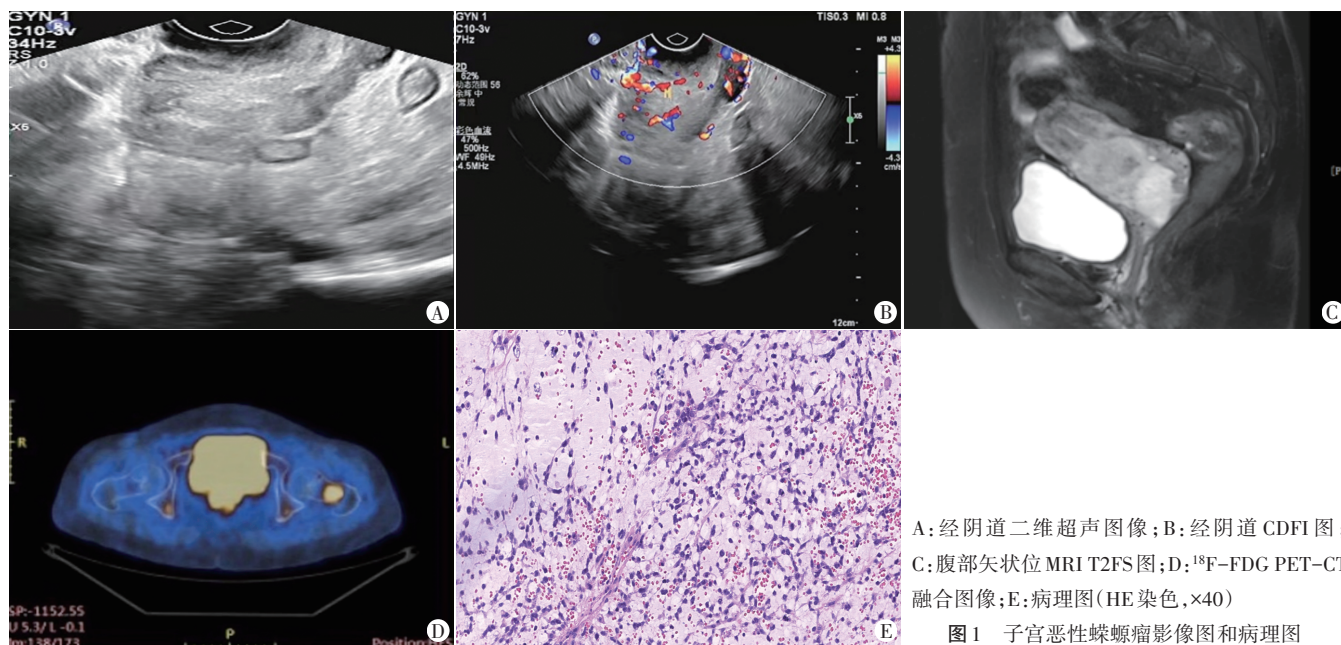
[中图法分类号]R445.1;R737.33

[文献标识码]B

患者女,57岁,绝经19年。因阴道流血2个月余,近期加重有血块来院就诊;既往孕6产2,人工流产4次,无其他特殊病史及家族史。专科检查:外阴正常,阴道通畅,少量暗红色积血,阴道内可见一大约7 cm×3 cm×3 cm棒槌状赘生物,根蒂部位于宫颈管内,局部呈紫色,质软,触血阳性,宫颈口被赘生物阻挡,根蒂部未触及;子宫前位,常大质中,活动可,有压痛;双附件未触及异常。实验室检查:CA125、CA199、癌胚抗原、甲胎蛋白均呈阴性,绝经前、后罗马指数均升高(99.27%、70.03%),人附睾蛋白4升高(1151.0 pmol/L)。经阴道超声检查:子宫前位,大小约6.9 cm×6.2 cm×6.0 cm,内膜厚约0.30 cm,宫腔内未见异常回声,宫颈内口至宫腔中下段可见大小约5.7 cm×6.8 cm×6.5 cm不均质回声,呈融合状,边界欠清,形态不规则,与肌层分界不清(图1A);CDFI于其内可探及丰富血流信号(图1B)。双侧卵巢显示不清晰。经阴道超声提示:宫颈内口至宫腔中下段不均质回声,考虑实性占位。盆腔MRI检查:子宫形态欠规整,子宫下段及宫颈处见一大约6.0 cm×6.1 cm×6.3 cm不规则团块状呈长T1长T2信号,边缘分叶,DWI呈高信号,ADC信

号减低,病变向下侵及阴道上壁(图1C)。双附件区未见明确异常。PET-CT检查:子宫体颈部增大,大小约6.2 cm×6.0 cm×5.8 cm,呈团块状占位性病变,氟代脱氧葡萄糖(FDG)摄取增高,考虑肿瘤,累及阴道可能(图1D)。双侧髌骨、右侧耻骨和坐骨、左侧股骨头颈移行部FDG局限性摄取增高,其中左侧股骨头颈部病变密度增高,考虑多发转移瘤。后行宫颈赘生物活检术,术后病理诊断:恶性外周神经鞘瘤伴横纹肌分化,符合子宫恶性蝶螈瘤(图1E)。免疫组化检查:SOX10(+),S-100(+),Vim(+),Syn(+),Desmin(个别+),Myoglobin(+),Myogenin(个别+),Nestin(+)

讨论:恶性蝶螈瘤又称为恶性周围神经鞘瘤伴横纹肌肉瘤,为较罕见的恶性肿瘤,其可发生于身体任何部位,多发于头颈、躯干四肢及臀部等^[1],发生于子宫者尤为罕见,其生长迅速,体积较大,易复发转移,预后极差,临床治疗多以手术切除为主,辅以术后放、化疗^[2]。子宫恶性蝶螈瘤结构组织复杂,呈多样性,因此影像学表现多无特征性。本例超声主要表现为囊实性或实性占位,边界欠清晰,形态不规则,多呈分叶状,实性部分可见丰富血流信号。最终确诊仍需术后病理检查。本病



A: 经阴道二维超声图像; B: 经阴道CDFI图; C: 腹部矢状位MRI T2FS图; D: ¹⁸F-FDG PET-CT融合图像; E: 病理图(HE染色, ×40)

图1 子宫恶性蝶螈瘤影像图和病理图

需与其他子宫恶性肿瘤鉴别诊断:①子宫内膜癌,多见于绝经期女性,临床症状表现为不规则阴道出血,声像图特征为子宫内膜不规则增厚,回声不均匀,多累及肌层;②宫颈癌,临床症状多为接触性阴道流血,声像图特征为宫颈处不均质回声肿块,其内可探及丰富血流信号,测得低阻动脉频谱;③子宫淋巴瘤,声像图特征多表现为极低回声肿块,边界清晰,内可见网格样高回声,因其属于全身性疾病,可侵及任何部位及器官。

参考文献

- [1] 高而远,白洁,程敬亮,等.腰椎及骶椎椎管内外恶性蛛网膜瘤1例[J].中国介入影像与治疗学,2022,19(4):255-256.
- [2] 任静,常英娟,宣怡,等.恶性蛛网膜瘤的CT及MRI表现(附3例报告及文献复习)[J].实用放射学杂志,2008,24(1):84-86,96.

(收稿日期:2022-06-28)

· 病例报道 ·

Echocardiographic manifestations of inconsistency mitral valve mechanical valve motility caused by aortic valve position mechanical paravalvular leakage: a case report

主动脉瓣周漏致二尖瓣机械瓣动度不一致 超声心动图表现 1 例

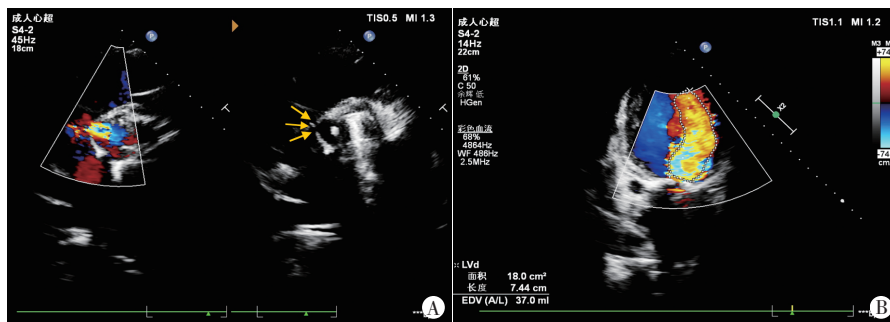
郭妤琦 周洁丽 赵妮 张诗倩 胡运

[中图分类号]R540.45

[文献标识码]B

患者男,58岁,因外院经胸超声心动图(TTE)及经食管超声心动图(TEE)提示主动脉瓣位机械瓣周漏(以下简称主动脉瓣周漏)来我院就诊。体格检查:主动脉瓣听诊区可闻及收缩期机械瓣开瓣音及舒张期杂音,二尖瓣听诊区可闻及机械瓣开瓣音;胸部正位片示主动脉结节突出,心影增大;心电图示心房扑动,室性早搏,左室高电压。TTE检查:主动脉瓣位机械瓣瓣叶表面未见明显异常回声附着,瓣环6~9点钟方向可见一大小约18 mm×8 mm的裂隙状瓣周漏;彩色多普勒示主动脉瓣位机械瓣上血流速度加快,峰值血流速度348 cm/s,压差48 mm Hg(1 mm Hg=0.133 kPa),瓣周大量反流,反流长度7.4 cm,面积18 cm²,容积37 ml,见图1;二尖瓣位机械瓣外侧瓣舒张期中提前关闭后再次开放,后与内侧瓣同时关闭,见图2。TTE提示:①主动脉瓣位机械瓣瓣周漏;②二尖瓣位机械瓣外侧瓣活动度所见,多考虑舒张期主动脉瓣周漏反流束偏心冲击二尖瓣机械瓣叶所致。后行主动脉瓣周漏封堵术,术中DSA示主动脉瓣环6~9点钟方向存在裂隙状瓣周漏,于瓣周漏处置入2枚10号动脉导管未闭封堵器,见图3。术后TTE及DSA均提示封堵器位置合适,瓣周漏基本消失,二尖瓣机械瓣内、外侧瓣叶动度恢复一致,见图4。

讨论:瓣周漏是外科瓣膜置换术后的常见并发症,发生率约5%~17%^[1]。瓣周漏主要与术前瓣膜病理改变导致的瓣膜损害(如瓣膜钙化、瓣周组织水肿)、外科缝合技术不当、人工瓣膜和瓣环大小不匹配等有关^[2]。大量瓣周漏可能引起严重临床事件如溶血、心脏衰竭等,进而影响患者的远期预后,故一旦发现应积极处理^[3]。本例患者在TTE检查后明确主动脉瓣周漏诊断,故拟行手术治疗。但探头扫查过程中又见二尖瓣内、外侧瓣活动度不一致,而瓣叶启闭并未受限,瓣叶周围无异常回声附着,通过瓣口的前向血流速度及过瓣血流束宽度均正常。分析原因为患者室间隔基底段与主动脉机械瓣缝合环外侧形成一似“C”形通道,致使舒张期主动脉高速血流通过瓣周漏口



A: 大动脉短轴切面示主动脉机械瓣环与周围组织分离,裂隙位于瓣环6~9点钟方向(箭头示); B: 主动脉瓣位机械瓣周漏大量反流

图1 术前TTE图