

超声误诊子宫癌肉瘤一例

孔丽娜 蒲昆明

成都市第二人民医院 四川成都 610019

摘要：目的：子宫癌肉瘤是一种罕见肿瘤，它同时具有恶性间充质和恶性上皮成分，有着非常高的侵袭性，子宫癌肉瘤在所有子宫肿瘤中的占比不足5%，但在子宫体恶性肿瘤死亡病因的占比却高达15%，其5年生存率仅为25%–30%。子宫癌肉瘤无典型的临床症状及超声表现，容易被漏诊及误诊，该例患者经多次阴道超声检查，均被误诊，本文通过对该病例误诊原因的分析，旨在提高对该疾病的认识，尤其是可能存在的超声表现，减少该病的漏诊及误诊，提高早期诊断率。

关键词：子宫癌肉瘤；恶性肿瘤；阴道超声；误诊；漏诊

1 临床资料

患者，女，53岁，因“下腹痛3月，不规则阴道流血2月，加重2小时”就诊。患者系已婚绝经期女性，孕4产0。近2+年来出现痛经进行性加重，无经期及周期、月经量改变，3个月前无明显诱因出现右下腹疼痛，无异常的阴道出血不适，经阴道彩超检查，提示子宫：子宫呈平位，前后径约5.7cm，肌壁回声不均匀，查见数个弱回声结节，较大位于左侧壁，大小约2.7x2.8x2.8cm，边界清楚，形态规则，内膜厚约0.6cm（双层）宫腔未见明显分离。宫颈查见多个无回声团，边界清楚，形态规则，较大约1.5cm。附件：双侧附件区未见确切异常回声。子宫直肠陷窝未见明显液性暗区，超声诊断：子宫长大伴肌壁回声改变：腺肌症？绝经后宫内膜增厚，请结合临床。子宫肌瘤。宫颈纳氏囊肿。TCT提示无上皮内病变或恶性病变，宫颈HPV阴性，予以对症治疗。2个月前，患者出现阴道流血，无明显诱因，量少，但淋漓不尽。2天前就诊，再行阴道超声检查提示子宫：子宫呈后位，前后径约6.3cm，肌壁回声不均匀，查见多个弱回声团，较大约3.1x3.0cm，边界欠清楚。内膜厚约0.7cm（双层），回声欠均匀，宫腔未见分离。双侧附件区未见确切异常回声。子宫直肠陷窝未见明显液性暗区。超声诊断：子宫肌壁回声改变：腺肌症？子宫肌瘤。子宫内膜回声改变。

2 影像检查初步诊断

患者后行盆腔MRI及增强MRI检查提示子宫后位，体积增大，形态欠规则，宫腔、子宫内膜及肌层正常结构及分界显示不清，体部见多个结节状弱强化影，大者约4.2x3.4cm。子宫颈及体部下份见团块状不均匀强化影，其内可见类圆形

低信号未强化影，病灶局部向两侧突出；宫颈口及阴道穹隆显示不清，宫颈区域见长T1长T2信号灶，未见明确强化大者长径约1.0cm；子宫左后方见壁轻度强化囊性灶，长径约1.3cm。膀胱充盈，壁不厚，未见结节。盆腔未见积液及肿大淋巴结。诊断：子宫多发肌瘤；子宫颈及体部下份上述改变，恶性肿瘤性病变（如：子宫平滑肌肉瘤）？其他？请结合临床及其他相关检查。宫颈纳氏囊肿。子宫左后方见壁轻度强化囊性灶，生理性改变？囊肿？

3 临床诊断

行诊断性刮宫：病理结果提示“宫颈外口组织、宫颈管组织、宫腔组织”活检及诊刮标本，均查见恶性肿瘤，部分区域分化差，不排除癌肉瘤，需行免疫组化协诊分析其来源及组织学类型。

病理补充诊断：宫颈外口组织宫颈管组织、富腔组织：活检及诊刮标本；均查见恶性肿瘤，结合组织学形态和免疫表型，倾向宫颈内膜来源的癌肉瘤，癌组织形态符合腺鳞瘤，肉瘤样分化成分少、不适合进一步评估。

免疫组化（QIHC2301021）：肿瘤细胞ER(-)，PR(-)，Vimentin(癌灶+)，肉瘤样分化区域+)，CD10(肉瘤样分化区域+) P53(野生型)，P16(弥漫+)，IMP3(+), CEA(部分+)，GATA3(部分弱+)，P40(灶+)，PAX-8(+),PCK(+),CK5/6(部分+)，Desmin(-)，S100(-)，K-67(热点区域约60%)。

患者后转诊入华西附二院行化疗加子宫广泛手术切除，术中子宫增大，如孕3+月，形态不规则，子宫后壁下段见肿瘤累及，肌壁间、浆膜下见多个肌瘤样结节，最大直径约3+cm，子宫后壁与直肠前壁致密粘连，肿瘤累及直肠

前壁、骶韧带、右侧宫旁组织及右侧盆壁。盆腔淋巴结,未扪及明显增大变硬等异常,剖视子宫见宫体下段及颈体交界处见直径约5+cm的肿瘤组织、质硬,累及肌层全层、阴道穹隆及主骶韧带,肌壁间见多发肌瘤样结节。

术前、术后病理提示:宫腔组织、宫颈管组织、宫颈外口组织>均查见恶性肿瘤,癌肉瘤可能性大,若觉必要建议取3#蜡块行IHC明确组织学类型;并请结合临床考虑肿瘤原发部位。IHC后再发报告:<宫腔组织、宫颈管组织、宫颈外口组织>均查见恶性肿瘤,补送切片做IHC后,其中腺癌成分确切,但怀疑肉瘤区域已切完,且结合IHC结果不能除外宫内来源;确切组织学类型及来源需结合术后标本广泛取材后明确。IHC:Ck-P+++、Vim灶+、ER-、PR-、P53野生型表达、P16++、WT-1-、PTEN+、Pax-8++、CD10-、CD99+、Des-、Myogenin-、caldesmon-、SMA-、S-100-、BCOR-、CyclinD1灶+、ki67热点区阳性率约30%。

送检组织:肿瘤组织(B20232306029#)+对照组织(B22023230609#)POLE超突变检测:未检出热点突变位点;MSI(微卫星不稳定)检测:MSP53:野生型子宫内膜癌分子分型结果:非特异性分子谱型,备注:子宫内膜癌分子分型命名根据WHO女性生殖器官肿瘤分类(第5版)分为4种类型命名:POLE超突变型、MMR缺陷型、p53突变型和非特异性分子谱型。

术后诊断:子宫癌肉瘤四期 子宫肌瘤。

4 讨论

1、子宫癌肉瘤是一种罕见肿瘤,它的平均发病年龄为57—68岁,因其同时具有恶性间充质和恶性上皮成分,有着非常高的侵袭性,相较于子宫内膜癌,其恶性程度更高,复发转移率也更高,预后更差。子宫癌肉瘤在所有子宫肿瘤中的占比不足5%,但在子宫体恶性肿瘤死亡病因的占比却高达15%,其5年生存率仅为25%—30%。子宫癌肉瘤的临床表现缺乏典型性,通常表现为阴道流液、不规则阴道流血、下腹痛、腹部包块等。其中,阴道流液多为肿瘤渗出液或感染坏死所致,异常子宫出血是最常见症状。

2、子宫内膜癌的癌成分可以是低级别的也可以是高级别的,其肉瘤成分可以是平滑肌肉瘤、纤维肉瘤、子宫内膜间质肉瘤等同源肉瘤,也可以是横纹肌肉瘤、软骨肉瘤、骨肉瘤等异源肉瘤。大体检查可见,子宫内膜癌其肿瘤切面质软,呈息肉样充满宫腔,并伴有不同程度的囊性变和出血坏

死,常合并肌层浸润,有时也会累及子宫颈。光镜下,子宫内膜癌由癌和肉瘤构成,分界清楚或相互融合,一般以其中一种为主要成分。临床病例中,约2/3的患者中上皮成分为浆液性癌,1/3为子宫内膜样癌。

3、根据超声图像,子宫癌肉瘤的超声表现主要分三类:宫腔型,肌层型及内膜型。一是宫腔型:呈中高、中低或中等回声,大小不一,形态欠规则,与肌层分界不清或不同程度浸润肌层,彩色血流信号呈条索状或短条状,彩色血流信号稀少或不明显。二是肌层型:肌层占位者表现为肌层内类圆形或不规则,回声不均匀占位伴有丰富的彩色血流信号,边界不清、无明显包膜,容易被误诊为子宫肌腺症,也有表现为较清晰边界的类圆形占位,周边及内部有丰富而杂乱的彩色血流信号,但也容易被误诊为子宫肌瘤(伴变性)。三是内膜型:表现为内膜厚薄不一,回声不均匀或增高,部分患者内膜内见点状彩色血流信号。

4、子宫癌肉瘤的鉴别诊断主要包括以下肿瘤:一是子宫肌瘤。子宫肌瘤多以实性为主,子宫癌肉瘤多以囊实性为主,大多数子宫肌瘤边界清晰,有包膜,形态规则,呈圆或椭圆形,而子宫癌肉瘤边界模糊,形态不规则,呈分叶状、息肉状或不规则形态;子宫肌瘤的彩色血流呈周边性分布,以点条状规则血流为主,而子宫癌肉瘤多血流丰富,形态不规则,呈湖泊或镶嵌样血流。但也有些肌瘤发生变性时,其声像图与子宫癌肉瘤无法区分。二是静脉内平滑肌瘤病。这是一种罕见的平滑肌细胞增殖性疾病,起源于子宫或血管内皮,和子宫癌肉瘤一样,具有蠕虫样的生长方式,并具有类恶性的生物学特点。其声像图大致有三种,第一种是宫体单或多发实性占位,伴或不伴邻近血管侵袭;第二种是单发的盆、腹腔血管或心腔内的血栓样肿物;第三种是子宫全切除后,盆腔占位病变,伴或不伴血管的病变;。三是子宫内膜癌。黏膜下的子宫癌肉瘤应该与子宫内膜癌进行鉴别,有50%的低级别的内膜间质肉瘤病变可以局限于内膜层,表现为内膜不均匀增厚,与I期及II期子宫内膜癌非常相似,超声鉴别诊断困难,明确诊断需要进行诊断性刮宫。对于体积较大的III、IV期内膜癌与子宫癌肉瘤从声像图上也很难进行鉴别诊断。

5、该患者病程迁延,时间跨度大,追溯其就诊经历,该患者于2016年12月—2023年6月近7年间先后行超声检查7次,其中2次经腹部超声检查,5次阴道超声检查。

超声检查结果5次提示:子宫肌瘤 宫颈纳氏囊肿;2次提示子宫长大伴肌壁回声改变:腺肌症? 子宫内膜回声改变。子宫肌瘤。分析其误诊原因(1):子宫癌肉瘤的发病率低,临床少见,对该疾病缺乏足够的认识。(2):子宫癌肉瘤的声像图复杂多样,缺乏特异的声像图表现。(3):检查过程中,观察图像不够细致,对于病人病情发展出现的声像图改变,尤其是恶性征象的识别缺乏经验。(4)没有对病人病情发展,超声检查结果进行一个对比综合分析。(5)检查过程不够全面,7次检查中仅有2次提及团块血流情况。综上对于这种病程长,且伴有临床症状,超声图像发生进行性改变的患者,检查过程中不能仅仅停留在原有的疾病诊断中,先入为主,要提高警惕,考虑到新的病变发生,尤其是出现恶变的可能,以此来提高恶性病变的早发现,早治疗,提高患者的生存率和生存质量。

6、子宫癌肉瘤因其少见和组织病理学的多样性,且临床研究较少,目前仍缺乏早期的诊断方法和最佳治疗方案,子宫癌肉瘤在诊断时多数患者已发生转移。超声检查对肿瘤的良好鉴别诊断应根据不同病例分析,在声像图上出现恶性特征的病例,若缺乏细致的观察和科学的分析判断,就仍有可能无法作出正确的诊断;反之,在声像图上无特征性表现,就轻易作出良恶性诊断,也容易导致误诊。

7、为减少超声误诊漏诊,需要超声医生培养正确思维,不断提高理论水平,丰富实践经验,拓展对疾病认识的广度和深度,提升从整体上认识疾病声像图特征的能力,尽可能准确地掌握病变特征,并根据特征性表现采用排除法,使拟诊疾病的范围逐步缩小。

参考文献:

- [1] 张逸,杨维柘,丁少华. 15例子宫癌肉瘤的影像表现与病理对照分析[J]. 中国临床医学影像杂志,2024,35(4):274-276.
- [2] 周延,王丰,刘剑羽,等. 子宫癌肉瘤和子宫肉瘤的MR影像特征在术前手术方案评估中的意义初探[J]. 中国微创外科杂志,2022,22(7):559-564.
- [3] 李杨,张丹,李燕东. 子宫癌肉瘤的超声表现与病理特征[J]. 中华医学超声杂志(电子版),2022,19(2):122-127.
- [4] 刘宇航,刘洋,肖智博,等. ADC差值法在子宫癌肉瘤与子宫内膜癌鉴别诊断中的应用[J]. 磁共振成像,2022,13(3):79-82.
- [5] 张爱青,刘朝晖,郭丽娟,等. 妇科危重症超声诊断及声像图分析[J]. 中华医学超声杂志(电子版),2017,14(5):359-367.
- [6] 赵凡桂,徐阳,张浩,等. 彩色多普勒超声诊断子宫癌肉瘤的临床价值[J]. 复旦学报(医学版),2017,44(4):512-516.
- [7] 中国医师协会微无创医学专业委员会妇科肿瘤专业委员会(学组)中国优生科学协会生殖道疾病诊治分会,中国优生科学协会肿瘤生殖学分会. 子宫癌肉瘤诊治中国专家共识(2020年版)[J]. 中国癌症防治杂志,2020,12(6):599-605.
- [8] 邓波儿,孔为民. 子宫癌肉瘤的诊治进展[J]. 医学综述,2017,23(22):4438-4442.

作者简介:

孔丽娜(1976—),女,汉族,重庆,学历:本科,单位:成都市第二人民医院,副主任医师,研究方向:妇产科超声。