

DOI:10.12025/j.issn.1008-6358.2018.20171020

盆腔侵袭性血管黏液瘤 CT/MRI 影像特征 1 例报告

何欣源¹, 单飞¹, 施裕新¹, 张志勇^{2*}

1. 复旦大学附属公共卫生临床中心影像科, 上海 201508

2. 复旦大学, 上海 200433

[关键词] 盆腔; 侵袭性血管黏液瘤; 计算机体层成像; 磁共振成像

[中图分类号] R 739.93 [文献标志码] B

CT and MRI features of pelvic aggressive angiomyxoma: case report

HE Xin-yuan¹, SHAN Fei¹, SHI Yu-xin¹, ZHANG Zhi-yong^{2*}

1. Department of Radiology, Public Health Clinical Center, Fudan University, Shanghai 201508, China

2. Fudan University, Shanghai 200433, China

[Key Words] pelvic; aggressive angiomyxoma; computed tomography; magnetic resonance imaging

侵袭性血管黏液瘤(aggressive angiomyxoma, AAM)是一种罕见的软组织肿瘤,好发于育龄期妇女。AAM 患者常无明显临床症状,体格检查及实验室检查无明显异常,术前难以确诊,常被误诊为前庭大腺囊肿或其他间叶源性肿瘤(如富含黏液成分的脂肪肉瘤、平滑肌瘤及血管瘤等)。术前影像学检查(CT 及 MRI)可以辅助确定肿瘤范围,具有一定特异性。因此,本文分析了 1 例 AAM 患者的影像学特点,为临床诊治提供经验。

1 病例资料

1.1 一般情况 患者女性,46 岁,因妊娠(已流产)于医院体检时发现盆腔占位 2 个月于 2016 年 9 月 23 日入院。否认高血压、糖尿病、心脑血管疾病史;否认肝炎、结核、伤寒等传染疾病史;否认外伤、输血史;否认药物、食物过敏史;否认嗜烟、酒等;否认猫、狗及鸟类接触史。体格检查未发现明显阳性体征,实验室检查未发现明显异常。

1.2 影像学检查 采用德国 Siemens Sensation 16 螺旋 CT 仪行盆腔增强 CT 扫描,发现直肠右侧壁外缘不规则占位性病变,大小约 6.7 cm×4.6 cm,与邻近直肠壁分界欠清,子宫受压移位,周围脂肪

间隙清晰。肿块平扫呈低密度,CT 值约 18 HU,未见明显钙化,中心可见条片状密度稍高影,黏液成分未见明显强化,未见明显区域淋巴结肿大及盆腔积液(图 1A)。

采用 Philip Ingenia 3.0 T MRI 仪行盆腔增强 MRI 扫描。肿块 T₁WI 呈等信号,略低于肌肉信号,T₂WI 压脂呈高信号,DWI(b 值=800 s/mm²)为稍高信号。肿块实性成分呈渐进性、条絮状不规则强化(图 1B~1G)。

1.3 手术及术后诊断 于入院第 4 天行择期盆腔肿瘤切除术。患者入手术室后,常规监测生命体征,开放外周静脉,气管插管下行全身麻醉,麻醉效果满意。经骶尾部切口盆腔肿瘤切除术、骶尾骨切除及低位直肠吻合术,术中见直肠壁破损,低位切断残破直肠,移除肿块,行直肠断端端端吻合。手术过程顺利,术中失血 100 mL。术后病理检查:瘤细胞体积小,呈星芒形或梭形,散布于黏液样基质及胶原纤维中,含丰富血管(图 2)。免疫组化结果:CD34(+),SMA(+),Desmin(+),Vimentin(+),CK(+),ER(+),PR(+),MUC-1(-),MUC-2(-),S-100(-)。结合影像、术后病理及免疫组化结果诊断为 AAM。

[收稿日期] 2017-11-21

[接受日期] 2018-01-22

[作者简介] 何欣源,博士生。E-mail: xinyuan.he@foxmail.com

* 通信作者(Corresponding author). Tel: 021-65642205; E-mail: zhyzhang@fudan.edu.cn

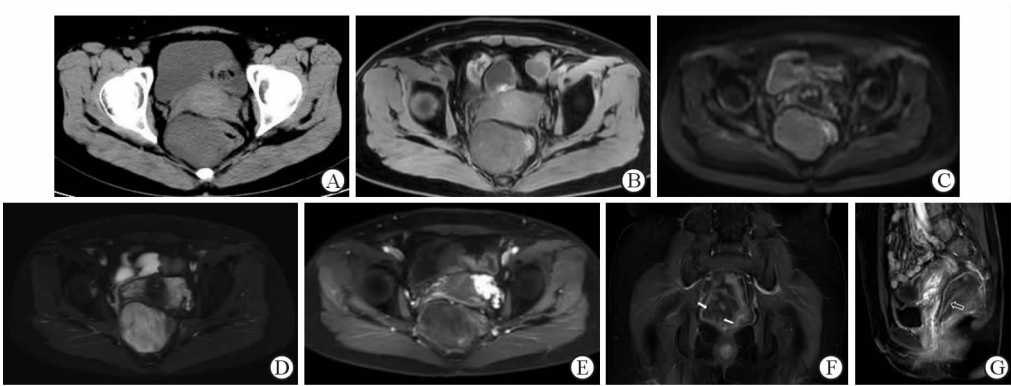


图1 患者盆腔影像学检查结果

A: CT示盆腔不规则低密度占位,分界欠清,子宫受压移位,未见明显钙化;B:肿块T₁WI呈等信号,略低于肌肉信号;C:肿块DWI表现为稍高信号;D:肿块T₂WI压脂序列呈高信号,中心散在条带状低信号影;E: MRI增强后肿块壁明显不均匀强化;F:冠状位MRI见肿块中心散在斑点状、条絮状不规则强化,呈“分层样”“旋涡状”改变(实心箭头);G:矢状位MRI示多发线条状强化灶,呈“分层样”改变(空心箭头)

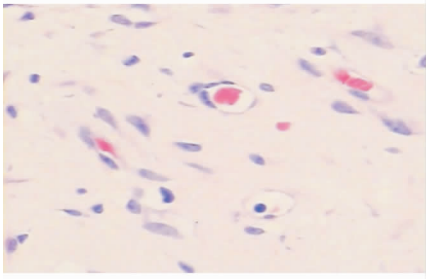


图2 肿瘤组织H-E染色

瘤细胞体积小,散布于黏液样基质及胶原纤维中,组织含丰富的血管。Original magnification: ×200

2 讨论

AAM为女性激素依赖性,好发于育龄期妇女的盆腔、阴道、会阴部及臀底部,亦可见于男性阴囊和精索。AAM好发年龄为11~70岁,30~40岁为高峰。患者早期无自觉症状,局部肿块生长缓慢,后可出现泌尿系统或会阴部压迫症状^[1]。AAM预后一般较好,较少出现远处转移,部分浸润性生长、手术无法完整切除的肿瘤易复发,需长期随访。

影像学检查对于病灶检出及判断病变范围具有重要意义。CT图像中,AAM常表现为边界清楚的孤立性肿块,平扫密度类似肌肉(富含水及黏液样基质者低于肌肉密度),增强后一般明显强化。而MRI为AAM的最佳成像方式,可清晰显示肿块的边界、范围有无累及周围组织器官及盆腔淋巴结等。AAM的T₁WI、T₂WI信号强度与肿瘤囊、实性成分比例、黏液样基质比例相关,一般表现为T₁WI等信号、T₂WI高信号,典型改变为多发扭曲条带影,呈“旋涡状”或“分层样”改变,可能与肿瘤突破盆腔隔膜时纤维血管基质被拉伸有关^[2-3]。

本例AAM肿块富含黏液样基质,CT平扫呈水样密度,T₂WI为不均匀高信号,延迟强化期可见不规则、条带状强化影,在冠状位及矢状位增强图像上尤为明显。AAM术前影像学检查常难以确诊,常与其他盆腔间叶源性良、恶性肿瘤混淆,如富含黏液成分的纤维瘤/恶性纤维组织细胞瘤、脂肪瘤/脂肪肉瘤、血管瘤/血管肉瘤等^[4-5]。这些盆腔间叶源性肿瘤的MRI增强图像多缺乏“旋涡状”或“分层样”改变。

综上所述,AAM常表现为不引起明显症状的占位病变,好发于育龄期妇女。其MRI表现具有一定特征性,典型改变为多发扭曲条带影,呈“旋涡状”或“分层样”改变。AAM预后一般较好,部分浸润性生长、手术无法完整切除的肿瘤易复发,需长期影像学随访。

参考文献

[1] DAHIYA K, JAIN S, DUHAN N, et al. Aggressive angiomyxoma of vulva and vagina: a series of three cases and review of literature[J]. Arch Gynecol Obstet, 2011,283(5): 1145-1148.

[2] OUTWATER E K, MARCHETTO B E, WAGNER B J, et al. Aggressive angiomyxoma: findings on CT and MR imaging [J]. AJR Am J Roentgenol, 1999,172(2):435-438.

[3] JEYADEVAN N N, SOHAIB S A, THOMAS J M, et al. Imaging features of aggressive angiomyxoma[J]. Clin Radiol, 2003,58(2):157-162.

[4] 李金范,贾国凤,杨伟荣. 阴道侵袭性血管粘液瘤一例[J]. 中华病理学杂志, 2000,29(5):342.

[5] 毛蕾,高燕. 盆腔巨大侵袭性血管粘液瘤一例[J]. 中华妇产科杂志, 2000,35(11):700.

[本文编辑] 姬静芳