

阑尾黏液性腺癌伴卵巢转移超声误诊 14 例分析

卫梅, 叶显俊

作者单位: 中国科学技术大学附属第一医院(安徽省立医院)超声科, 安徽 合肥 230001

通信作者: 叶显俊, 男, 副主任医师, 研究方向为腹部及妇科超声, E-mail: 244318574@qq.com

摘要:目的 分析阑尾黏液性腺癌伴卵巢转移的声像图特点, 分析导致误诊的原因。方法 回顾性搜集中国科学技术大学附属第一医院(安徽省立医院)2009年4月至2019年2月间经超声检查并经手术病理证实的14例阑尾黏液性腺癌伴卵巢转移病人的超声声像图特点。结果 14例中有7例伴右侧卵巢转移, 7例伴双侧卵巢转移。术前超声均有明显异常表现, 主要归纳为囊性包块型、囊实混合性包块型、大量腹腔积液伴包块型以及大量腹腔积液型。14例病人术前超声检查均误诊为卵巢原发性肿瘤或其他肿瘤。结论 阑尾黏液性腺癌伴卵巢转移发病率低, 临床认识不足, 且声像图与卵巢原发性肿瘤相似, 导致鉴别困难, 对于绝经后病人, 若盆腔包块表现为双侧性, 伴有腹膜假黏液瘤时, 提示为阑尾来源卵巢继发性癌可能性大。

关键词: 阑尾肿瘤; 卵巢肿瘤/继发性; 超声检查; 腺癌, 黏液; 误诊

Ultrasonographic misdiagnosis of appendiceal mucinous adenocarcinoma with ovarian metastasis: a report of 14 cases

WEI Mei, YE Xianjun

Author Affiliation: Department of Ultrasound, The First Affiliated Hospital of USTC, Division of Life Sciences and Medicine, University of Science and Technology of China, Hefei, Anhui 230001, China

Abstract: **Objective** To analyze the sonographic characteristics of appendiceal mucinous adenocarcinoma with ovarian metastasis and the causes of misdiagnosis. **Methods** The ultrasonographic features of 14 cases of appendiceal mucinous adenocarcinoma with ovarian metastasis examined by ultrasound and confirmed by pathology in our hospital from April 2009 to February 2019 were retrospectively collected. **Results** Among the 14 patients, 7 were associated with right ovarian metastasis and 7 with bilateral ovarian metastasis. Preoperative ultrasound showed obvious abnormalities, mainly including cystic mass type, cyst-solid mixed mass type, massive peritoneal effusion with mass type and massive peritoneal effusion type. All the 14 cases were misdiagnosed as primary ovarian tumors or other tumors by preoperative ultrasound. **Conclusion** The incidence of appendiceal mucinous adenocarcinoma with ovarian metastasis is low, and the clinical knowledge is insufficient. Moreover, the sonogram is similar to the primary ovarian tumor, leading to the difficulty in differentiation. For postmenopausal patients, if pelvic mass is bilateral, accompanied by pseudomyxoma peritonei, it indicates that the possibility of appendiceal secondary cancer is high.

Key words: Appendiceal neoplasms; Ovarian neoplasms/secondary; Ultrasonography; Adenocarcinoma, mucinous; Diagnostic errors

阑尾黏液性腺癌发病率极低^[1-2], 且缺乏特异性临床症状, 有卵巢转移时往往表现为腹盆腔包块, 易误诊为卵巢原发性肿瘤, 本研究回顾性分析经病理确诊的阑尾黏液性腺癌伴卵巢转移14例, 总结其超声声像图特点, 结合文献报道, 分析容易发生误诊的原因。

1 资料与方法

1.1 一般资料 回顾性分析中国科学技术大学附属第一医院(安徽省立医院)2009年4月至2019年2月间经超声检查并经病理证实的14例阑尾黏液性

腺癌伴卵巢转移病人, 年龄范围为44~79岁, 年龄(60.7 ± 9.7)岁。

1.2 仪器与方法 采用 PHILIP IU22、SIEMENS 1000、SAMSUNG RS80A 和迈瑞 DC-8 超声诊断仪, 凸阵探头频率为 2~5 MHz, 线阵探头频率为 5~12 MHz, 腔内探头频率为 3~11 MHz, 常规扫查腹盆腔, 然后重点观察右下腹及盆腔, 高低频探头并用, 部分病例增加腔内探头观察。观察腹盆腔有无包块及积液, 描述病灶的位置、大小、形态、回声特点, 病灶血流及周围情况, 积液的性质、范围等, 局限性者测量

包块大小。分析阑尾黏液性腺癌伴卵巢转移的超声表现。查找并记录术前异常肿瘤指标[癌胚抗原(CEA)、甲胎蛋白(AFP)、糖类抗原CA125以及CA199]、白细胞计数,结合手术病理结果,分析其特点。

2 结果

2.1 病理结果及异常肿瘤指标 14例阑尾黏液性腺癌病人中一共有7例伴右侧卵巢转移,7例伴双侧卵巢转移。有3例病人未查到术前肿瘤指标结果,其余11例中CEA均升高,8例CA125升高;7例CA199升高;AFP及白细胞计数均无升高,见表1。

2.2 超声表现 14例术前超声均有明显异常表现,主要归纳为以下几种类型^[3]:①囊性包块型2例(2/14,14.3%),1例位于盆腔内,1例位于子宫右上方,边界清晰,内壁光整,内部充满密集点状回声及多发分隔(图1)。彩色多普勒血流显像显示其中1例分隔上可见血流信号。②囊实混合性包块型6例(6/14,42.9%),1例位于子宫右后方,1例位于子宫上方,1例位于腹腔及盆腔,2例位于盆腔,1例位于右下腹及盆腔。4例边界清晰,2例与子宫分界不清。部分内实性成分较多并伴网膜增厚及结节,部分内呈多房囊性。彩色多普勒血流显像显示2例分隔上见血流信号,2例实性部分见血流信号(图2)。③大量腹腔积液伴包块型3例(3/14,21.4%),腹盆腔充满胶冻样低回声伴多发局限性低回声结节(图3),累及网膜、腹膜、盆壁、子宫及肠管。彩色多普勒血流显像显示1例低回声内探及血流,其余未探及明显血流。④大量腹腔积液型3例(3/14,21.4%),腹盆腔充满胶冻样低回声,无明确边界,包绕肠管及子宫,内见带状分隔及片状高回声(图4),彩色多普勒血流显像均未探及明显血流信号。

上述囊性包块型、囊实混合性包块型共计8例中测得病变最大直径(141.6 ± 20.6)mm,范围为112~167 mm;短径(92.2 ± 25.0)mm,范围为69~146 mm,短径大于10 cm有2例。

2.3 术前超声诊断 术前超声诊断为腹膜黏液瘤破裂广泛种植1例,卵巢黏液性囊腺瘤伴囊壁破裂1例,卵巢黏液性囊腺瘤伴腹盆腔广泛种植1例,卵巢黏液性囊腺癌1例,卵巢黏液性囊腺瘤2例,卵巢癌

伴多发转移1例,卵巢来源肿瘤4例,卵巢库肯勃瘤1例,结肠癌术后转移复发1例,腹水1例。

14例中仅2例病人年龄位于40~50岁之间,其余均大于50岁,为绝经后,仅1例45岁病人探及左侧卵巢,其余13例均未探及正常卵巢结构。

3 讨论

阑尾黏液性腺癌大约有10%转移到卵巢,表现为卵巢包块^[1,4]。当发生卵巢转移时常伴有腹膜假黏液瘤形成,以腹腔内大量胶冻样物质为特征^[5-7]。以往多认为腹膜假黏液瘤是由于原发于卵巢的黏液性肿瘤破裂造成的,近年来的研究表明,绝大多数腹膜假黏液瘤是阑尾来源,极少数是结肠或直肠来源^[8]。本研究的大量腹腔积液型或大量腹腔积液伴包块型者(6/14,42.9%)经病理证实为伴腹膜假黏液瘤的形成。

近年来对黏液腺癌的研究中最重要的发现是认识到卵巢原发性黏液腺癌远远少于继发性癌,因此其发病率已从之前的20%~25%下降到了5%以下^[9],不少过去归为卵巢原发性黏液性腺癌的肿瘤,现在被认为是卵巢的继发性癌。这一问题的出现反映了卵巢原发性与继发性黏液腺癌的鉴别非常困难,有研究者主张切除卵巢肿瘤的同时常规切除阑尾^[10],但是也有研究者认为仅阑尾存在明显病变时才需要切除^[4,11-12]。2016年美国国立综合癌症网络(National Comprehensive Cancer Network, NCCN)关于卵巢黏液性肿瘤的推荐认为:卵巢原发浸润性黏液性肿瘤很少见,所以要很仔细地对上、下消化道进行检查,以排除原发于消化道的隐匿肿瘤转移至卵巢的情况^[13]。

继发性卵巢恶性肿瘤来源于阑尾者占2.6%;临床表现主要为腹胀,腹部不适或发现腹腔或盆腔肿块,实验室检测血清CEA、CA199、CA724较卵巢癌的常见指标CA125更敏感^[12,14-15]。本研究中有11例有肿瘤指标结果,均有肿瘤指标的升高,主要为CEA、CA199、CA125的升高,其中CEA最为敏感。

有研究显示卵巢继发性黏液性癌病人多为40~70岁女性^[16],卵巢原发性癌发病年龄较为年轻,但差异无统计学意义($P > 0.05$)^[12,17]。原发性卵巢黏

表1 阑尾黏液性腺癌伴卵巢转移14例病理结果及异常肿瘤指标/例

卵巢转移侧别	例数	高分化	中分化	低分化	盆腔转移	网膜转移	CEA+	CA125+	CA199+
右侧卵巢转移	7	7	0	0	4	3	6	4	3
双侧卵巢转移	7	5	1	1	6	6	5	4	4

注:CEA即癌胚抗原,CA125与CA199属于糖类抗原

液腺癌 80.3% 为单侧, 体积较大, 明显大于继发性癌 (16.1 cm 比 11.6 cm, $P < 0.05$), 且多为中高分化, 肿瘤常呈多房囊性肿瘤, 内充满黏液。卵巢继发性黏液性癌多为双侧, 体积较小, 多为低分化^[12]。作者认为若卵巢黏液性肿瘤直径小于 10 cm、双侧性、伴随腹膜假黏液瘤时, 提示为继发性癌; 若肿瘤直径大于 10 cm、单侧性、无腹膜假黏液瘤时, 更倾向于卵巢原发性肿瘤, 而且几乎都是良性或交界性^[12]。

本研究中病人平均年龄 60.7 岁, 大于上述报道的原发性卵巢黏液癌病人, 与其结果相符; 双侧卵巢转移与右侧转移均占一半例数, 无明显差别。肿瘤体积均较大, 表现为局限性包块的最大径平均约 141.6 mm, 与上述报道中卵巢继发癌多小于 10 cm 不符。本研究中以高分化黏液性腺癌为主, 与上述报道不符。

由于临床表现不典型, 超声在术前容易探查到底盆腔包块, 但对来源判断上极易误判。本研究的 14 例病人都未能正确提示诊断, 大量腹腔积液型者声像图与卵巢肿瘤伴腹盆腔多发转移难以区分, 囊性包块型或囊实混合性包块型者与卵巢黏液性囊腺瘤或囊腺癌难以区分。本研究病人发病年龄均较大, 除 2 例未绝经, 其余均已绝经, 卵巢组织萎缩难以显示, 未绝经病人也只有 1 例探及正常左侧卵巢。瘤体体积较大充满盆腔甚至腹腔, 无法准确判断其来源。

阑尾黏液性腺癌发病率极低, 临床认识不足, 与卵巢原发性肿瘤鉴别困难。综合本研究结果及文献报道, 对于绝经后病人, 若盆腔包块表现为双侧性, 伴随腹膜假黏液瘤时, 提示为阑尾来源的卵巢继发性癌可能性大; 单侧包块者则与卵巢原发肿瘤鉴别仍较困难, 包块大小的参考意义仍然存疑, 需要结合病史及相关实验室检查, 首先要警惕排除继发性卵巢肿瘤, 但往往仍然需要依靠术中及术后病理才能做出正确诊断。

由于本文为回顾性研究, 资料不够全面, 且病例数较少, 有待于今后进一步增加病例数进行探讨。

(本文图 1~4 见插图 12-3)

参考文献

[1] CONNOR SJ, HANNA GB, FRIZELLE FA. Appendiceal tumors:

retrospective clinicopathologic analysis of appendiceal tumors from 7,970 appendectomies[J]. Dis Colon Rectum, 1998, 41(1): 75-80.

[2] 栾好梅, 苗立英, 葛辉玉, 等. 超声在阑尾黏液性肿瘤诊断中的价值[J]. 中国超声医学杂志, 2014, 30(9): 814-817.

[3] 高爽, 张万蕾, 李建国, 等. 阑尾黏液性肿瘤的超声诊断分析[J]. 中国超声医学杂志, 2016, 32(8): 721-723.

[4] KLEPPE M, BRULS J, VAN GORP T, et al. Mucinous borderline tumours of the ovary and the appendix: a retrospective study and overview of the literature[J]. Gynecol Oncol, 2014, 133(2): 155-158.

[5] SMEENK RM, VAN VELTHUYSEN ML, VERWAAL VJ, et al. Appendiceal neoplasms and pseudomyxoma peritonei: a population based study[J]. Eur J Surg Oncol, 2008, 34(2): 196-201.

[6] CARR NJ, FINCH J, HESLEY IC, et al. Pathology and prognosis in pseudomyxoma peritonei: a review of 274 cases [J]. J Clin Pathol, 2012, 65(10): 919-923.

[7] 康馨丹, 张宁, 陈卫刚, 等. 腹膜假黏液瘤误诊 1 例报告及文献复习[J]. 安徽医药, 2016, 20(12): 2290-2293.

[8] MISDRALI J. Appendiceal mucinous neoplasms: controversial issues[J]. Arch Pathol Lab Med, 2010, 134(6): 864-870.

[9] KURMAN RJ, CARCANGIU ML, HERRINGTON S, et al. WHO Classification of tumors of female reproductive organs [M]. Lyon: International Agency for Research on Cancer(IARC), 2014.

[10] ROSENDAHL M, HAUEBERG OESTER LA, HØGDALL CK. The importance of appendectomy in surgery for mucinous adenocarcinoma of the ovary[J]. Int J Gynecol Cancer, 2017, 27(3): 430-436.

[11] OZCAN A, TÖZ E, TURAN V, et al. Should we remove the normal-looking appendix during operations for borderline mucinous ovarian neoplasms? A retrospective study of 129 cases [J]. Int J Surg, 2015, 18: 99-103.

[12] CHENG A, LI M, KANIS MJ, et al. Is it necessary to perform routine appendectomy for mucinous ovarian neoplasms? A retrospective study and meta-analysis [J]. Gynecol Oncol, 2017, 144(1): 215-222.

[13] MORGAN RJ, ARMSTRONG DK, ALVAREZ RD, et al. Ovarian cancer, version 1.2016, NCCN clinical practice guidelines in oncology[J]. J Natl Compr Canc Netw, 2016, 14(9): 1134-1163.

[14] 李梅. 白细胞介素-6、糖类抗原 72-4、血清癌抗原 125 联合人附睾蛋白 4 对卵巢癌的诊断价值[J]. 安徽医药, 2016, 20(6): 1138-1139, 1140.

[15] 王栋华, 杜联芳, 陈红燕, 等. 阑尾黏液性肿瘤的临床与超声表现及良恶性鉴别[J]. 中国超声医学杂志, 2016, 32(6): 563-565.

[16] 李涛, 赖怡. 阑尾黏液肿瘤转移至卵巢 15 例临床分析[J]. 四川大学学报(医学版), 2013, 44(2): 327-329.

[17] 任红英. 人附睾蛋白 4 在卵巢癌患者手术前后的变化及其对复发的监测价值[J]. 安徽医药, 2018, 22(2): 304-306.

(收稿日期: 2019-04-01, 修回日期: 2019-05-09)