· 短篇 ·

超声诊断原发性输卵管癌1例*

罗斯佳　过新民*
暨南大学附属广州红十字会医院超声医学科 (广东 广州 510220)

【摘要】患者女，61岁，绝经10年，近3月反复阴道出血，量少。平素无腹痛腹胀，无尿急、尿痛、排尿困难，无反酸嗳气胃痛等不适。超声检查诊断：右侧附件区囊实性肿块——附件肿瘤可能。病理结果为右侧原发性输卵管癌，呈高级别浆液性癌。

【关键词】妇科超声检查；原发性输卵管癌；诊断
【中图分类号】R445.1；R737.32
【文献标识码】D
【基金项目】广州市市校(院)联合资助项目基础与应用基础研究项目(编号：202201020526)
DOI:10.3969/j.issn.1009-3257.2024.9.002

Ultrasonography Diagnosis of Primary Fallopian Tube Carcinoma: A Case Report*

LUO Si-jia,GUO Xin-min*.
Department of Ultrasound,Guangzhou Red Cross Hospital of Jinan University,Guangzhou 510220,Guangdong Province, China

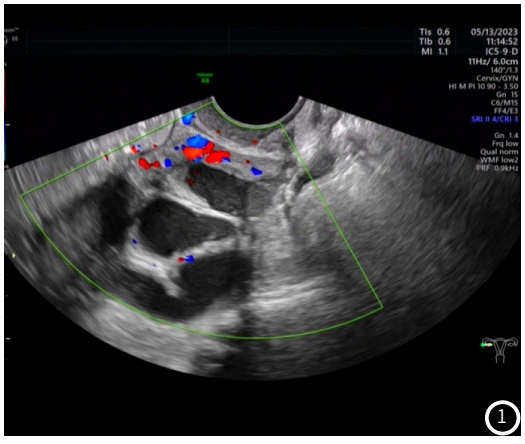
Abstract: The patient,a 61 year old female,suffered from recurrent mild vaginal bleeding in the past 3 months,accompanied by no abdominal pain,abdominal distension,urgent urination,painful urination,dysuria,acid reflux,belching or stomachache.Ultrasound diagnosis suggested a solid-cystic mass in the right appendages,which was suspected as adnexal tumor.The subsequent pathological results showed primary cancer of the right fallopian tube (high-grade serous carcinoma).

Keywords: Gynecological Ultrasound;Primary Fallopian Tube Carcinoma;Diagnosi

原发性输卵管癌在妇科生殖系统恶性肿瘤中较为罕见，其发病率仅占妇科肿瘤的0.5%[1]。由于其早期症状不明显，常导致漏诊或误诊，术前确诊较为困难。本项研究通过回顾性分析一例原发性输卵管癌患者的临床信息和超声表现，旨在为超声医生在诊断原发性输卵管癌时提供参考。

1 临床资料

患者，女，61岁，绝经10年，近3月反复出血阴道出血，量少。平素无腹痛腹胀，无尿急、尿痛、排尿困难，无反酸嗳气胃痛等不适。专科检查：右侧附件区可扪及一肿物，直径约7cm，质中，活动可，无压痛。实验室检查：CA125：16.1U/mL，CA19-9：39.1U/mL。经阴道超声检查结果显示：子宫形态正常，双侧卵巢未能清晰显示。右侧宫旁区域探及一多房性囊实性肿块，大小约55×67mm，形态不规则，边界欠清，囊壁呈不规则状，在肿块内见多个不完全间隔，囊壁和间隔可见多个乳头状的高回声突起，≥4个，最大径线约21×19mm(图1)。CDFI：肿块周边及内部均探及较多血流信号，较大乳头状突起内可探及一中速中阻动脉频谱，RI：0.52(图2)。盆腔未探及明显游离积液。经阴道超声提示：右侧附件区囊实性肿块——附件肿瘤可能。遂行子宫附件切除手术，术中见双侧输卵管增粗，与盆壁及肠管致密黏连，术后病理结果示右输卵管病变呈高级别浆液性癌(肿瘤组织破碎，总体积约3×2×1cm^3)(图2)，累及卵巢。



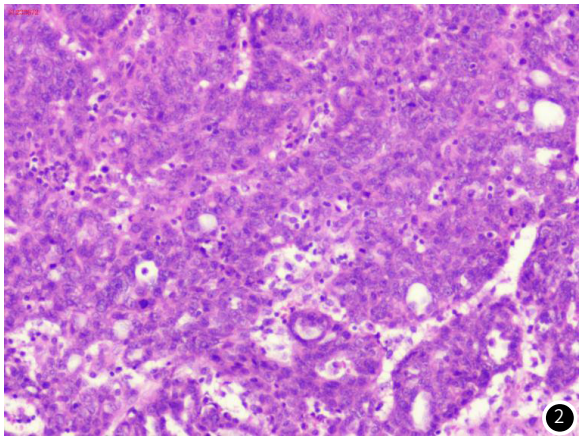


图1 右侧官旁多房囊实性肿块彩色多普勒超声声像图。**图2** 右侧原发性输卵管癌病理图(HE染色，×100)。

（下转第6页）

【第一作者】罗斯佳，男，硕士研究生，主要研究方向：妇科疾病的超声诊断。E-mail：luo990611@126.com
【通讯作者】过新民，男，主任医师，主要研究方向：妇科疾病的超声诊断。E-mail：guo8186@126.com

伴分隔，增强扫描囊壁或分隔强化，其内可含毛发或脂肪是特征性表现。本例病理诊断为单纯性囊肿伴出血，又属于单纯性囊肿的特殊类型，实属少见。发生于腹膜的囊性病变中，主要有肠系膜囊肿、腹膜包涵囊肿、包虫病等。肠系膜囊肿与肠系膜血管关系密切，甚至包绕其生长[4]，囊肿边缘见增强血管影，且偏于一侧，肿块不进入后腹膜腔。腹膜包涵囊肿多发生于绝经前妇女，卵巢分泌液体被包裹在盆腔。包虫囊肿一般有疫区生活史、旅居史，其内可有分隔、浮莲征、囊中囊等征象。在实际诊断工作中，影像学检查难以明确囊肿的起源，所以后腹膜囊肿还需要与发生在腹膜后的少见囊性病变，如支气管囊肿、肠源性囊肿、淋巴管瘤、神经鞘瘤等鉴别。支气管囊肿好发于肺及纵隔，若发生于腹膜后属于异位型[5]，CT平扫其密度可呈低密度，当囊内含黏液或明胶样物质也可呈稍高密度改变。腹膜后支气管囊肿最主要的治疗方法是手术切除[6]。肠源性囊肿多发生在椎管内、颅内和纵隔，以儿童多见[7]，发生于后腹膜较为少见，其与单纯性囊肿影像学难以鉴别，CT平扫都表现为包膜完整的囊性包块，囊内水样密度，也可以囊性出血，有文献报道部分肠源性囊肿囊壁强化，但最终确诊仍需病理诊断[8]，另外对于肠源性囊肿，完全切除囊壁是手术治愈关键，以免残余囊壁再生而复发。淋巴管瘤是由淋巴管内皮细胞构成的肿瘤，全身任何部位均可发生，以颈部最为常见，发生于后腹膜、肠系膜、腹腔较少见[9]，CT表现为单房或多房性，常为均匀水样密度，也可因蛋白含量高表现为稍高密度，囊壁菲薄，边缘光整，无强化，其内可见分隔。神经鞘瘤分为中枢神经鞘瘤及周围神经鞘瘤，好发与颅内及椎管，发生于后腹膜的较少，肿瘤一般为囊实性，但当肿瘤坏死、液化形成囊性病变时需与其他囊性肿瘤鉴别[10]。后腹膜囊肿属良性肿瘤，影像检查虽然有时难以明确定位，但可以准确显示病灶大小、范围、包膜情况及病灶与周围组织结构关系。手术切除是本病的首选治疗。

参考文献

[1]庄奇新，汪纪龙，朱莉莉，等．腹膜腔囊性病变的CT表现[J]．放射学实践，2009，24(2)：183-185.
[2]孟忠华，王志曾．巨大原发性后腹膜单纯囊肿一例报道[J]．浙江医学杂志，1983，(4)：57.
[3]李金矿，范伟，龚福林．腹膜后皮样囊肿一例[J]．放射学实践，2014，29(2)：209.
[4]廖江，王运韬，郑祥，等．肠系膜常见原发肿瘤的多层螺旋CT变现与病理对照分析[J]．实用放射学杂志，2021，37(11)：1834-1837.
[5]马英杰，朱海峰，王永进，等．腹膜后异位支气管囊肿一例．放射学实践，2019，34(2)：232.
[6]樊鹏，蒋宏，王凯，等．右侧腹膜后支气管囊肿1例[J]．中华普通外科杂志，2022，37(2)：149.
[7]郭雄，李年丰，刘勤，等．腹膜后肠源性囊肿的诊断与治疗[J]．中国现代医学杂志，2013，23(27)：75-77.
[8]宋彬，边琪，周颖奇，等．后腹膜肠源性囊肿附3例报告[J]．罕少疾病杂志，2006，13(4)：37-38.
[9]毕纯龙，潘鑫，万霞，等．淋巴管瘤的CT诊断[J]．放射学实践，2008，23(2)：157-160.
[10]毛大为，靳二虎．后纵隔蛛网膜囊肿及囊性神经鞘瘤MRI表现2例[J]．临床与实验医学杂志，2008，7(12)：174.

（收稿日期：2023-04-25）
（校对编辑：韩敏求）

（上接第4页）

2 讨 论

原发性输卵管癌(primary fallopian tube carcinoma,PFTC)是罕见的妇科恶性肿瘤，多发生在输卵管壶腹部，好发于绝经后女性[2]。在疾病初期，患者通常不会表现出显著的症状或体征，随着病情的发展，患者可能会经历输卵管癌的典型“三联征”症状，包括阴道分泌物、腹部疼痛和盆腔肿块[3]。其超声表现：附件区卵巢常未见异常，子宫旁见腊肠样或不规则形的包块，可为囊性、囊实混合性或实性，囊壁内多见乳头状结构，实性部分可探及到较为丰富的血流信号，有时可见少量腹腔积液[4-5]。

本例患者临床症状不典型，且仅血清CA19-9升高，有学者报道CA125对于PFTC的特异性和敏感性有限，CA19-9联合CA125可提高PFTC的检出率，起到较好的诊断补充作用，本例肿瘤病灶对腹膜等部位的波及较少，病理为分化程度较好的高级别浆液性输卵管癌，肿瘤标志物结果与表现相符[6-7]。本例患者在超声检查中双侧卵巢未能清晰显示，究其原因为绝经后卵巢萎缩，常难以探查，因此超声查中需要与卵巢癌相鉴别，相较于PFTC患者，卵巢癌患者超声检查除盆腔包块外常发现伴有中等或大量腹腔积液[2,8]。PFTC较罕见且发病隐匿，对于绝经期妇女超声检查发现附件区不规则囊实性肿块伴囊壁突起及较丰富血流信号时，应高度怀疑本病，同时需密切结合病史与实验室相关检查，以提高PFTC的术前检出率。

参考文献

[1]Horng HC, Teng SW, Huang BS, et al. Primary fallopian tube cancer: Domestic data and up-to-date review[J]. Taiwan J Obstet Gynecol, 2014, 53(3): 287-292.
[2]汪华，汪龙霞，李秋洋，等．原发性输卵管癌的超声声像图表现及误诊原因分析[J]．中华医学超声杂志(电子版)，2017，14(02)：111-116.
[3]谢辛，荀文丽．妇产科学[M]．8 版．北京：人民卫生出版社，2013：331-333.
[4]Suh-Burgmann E, Brasic N, Jha P, et al. Ultrasound characteristics of early-stage high-grade serous ovarian cancer[J]. Am J Obstet Gynecol, 2021, 225(4): 409.
[5]Balaya V, Metzger U, Lecuru F. Ultrasonographic features in the preoperative diagnosis of primitive fallopian tube carcinoma[J]. J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris), 2016, 45(1): 11-20.
[6]Cortesi L, De Matteis E, Toss A, et al. Evaluation of transvaginal ultrasound plus CA-125 measurement and prophylactic salpingo-oophorectomy in women at different risk levels of ovarian cancer: the modena study group cohort study[J]. Oncology, 2017, 93(6): 377-386.
[7]Zhu J, Jiang L, Wen H, et al. Prognostic value of serum CA19-9 and perioperative CA-125 levels in ovarian clear cell carcinoma[J]. Int J Gynecol Cancer, 2018, 28(6): 1108-1116.
[8]石大友，刘虎．原发性输卵管癌2例病例报道[J]．罕少疾病志，2012，19(5)：59-60.

（收稿日期：2023-07-25）
（校对编辑：韩敏求）