

· 病例报道 ·

超声引导下穿刺活检诊断成人胚胎型睾丸旁横纹肌肉瘤 1 例

徐磊 徐琛 于潇 周一波

睾丸旁横纹肌肉瘤(rhabdomyosarcoma, RMS) 占有RMS的7%,多见于儿童,成人的睾丸旁RMS很罕见^[1]。我院泌尿外科收治1例成人睾丸旁RMS患者,现结合相关文献回顾性分析该患者的多种影像学检查的图像特征,并讨论超声引导下睾丸旁肿块穿刺活检对该疾病的诊断价值。

1 临床资料

患者,男,25岁,未婚,因“左侧阴囊无痛性进行性肿大1月”于2018年1月来我院就诊,我院以“左侧睾丸肿瘤”收住入院。入院查体:既往体健,无恶性肿瘤家族病史。左侧阴囊睾丸肿大,大小约9 cm×5 cm×6 cm,质地稍硬,压痛不明显,与附睾分解不清,透光实验阴性。肿瘤标志物CA19-9、甲胎蛋白、癌胚抗原正常。阴囊超声提示:左侧阴囊睾丸旁见等回声团块,形态欠规则,可见包膜,彩色多普勒超声血流图:血供丰富,血流阻力指数:0.71,肿瘤首先考虑(见封三图8、9)。多参数磁共振显示:左侧阴囊见团块状软组织影,与左侧附睾关系密切,增强后见渐进性强化,考虑间叶组织来源肿瘤可能(见封三图10)。为明确诊断,患者在复合麻醉及超声引导下行睾丸旁肿块穿刺活检术,穿刺病理提示:送检组织(睾丸旁)内见疏松黏液样基质及丰富小血管,内见梭形细胞及形状不规则细胞平行或呈网状排列,部分细胞胞浆丰富、红染,病理性核分裂象易见(见封三图11)。免疫组化示:Ki-67(++),Des(+),CD117(-),LCA(-),S-100(-),CEA(-),CDX2(-),CD34(-),Actin-Sm(SMA)(-),Dog-1(-),Caldesmon-H(-),结合免疫组化结果,考虑胚胎性横纹肌肉瘤。遂行左侧睾丸根治切除

术,术中可见附睾尾部大小约9.5 cm×5 cm×4.5 cm的圆形肿物,包膜完整;术后病理:送检组织(睾丸旁)符合胚胎性横纹肌肉瘤。术后予以长春新碱+环磷酰胺+表柔比星方案化疗,患者术后3月、6月、12月及2年复查阴囊超声、MRI及全身PET检查均未见明确复发及转移灶,目前恢复情况良好。

2 讨论

RMS起源于不同分化的横纹肌细胞或具备横纹肌分化的原始间叶细胞组成的软组织肿瘤^[2]。RMS一般来源于精索、附睾或鞘膜,并侵犯睾丸或邻近区域,目前病因尚不清楚,儿童易于发生,发病高峰年龄是15~17岁,成人罕见,流行病学研究显示患有Li-Fraumeni综合征、神经纤维瘤病等家族性综合征的儿童易于发生,提示遗传因素可能起一定作用^[3,4]。RMS的病理类型主要有胚胎型、小泡型、多形型、混合型,本例患者为胚胎型,由于睾丸生殖类细胞肿瘤恶性程度较高,故早期明确诊断显得尤其重要。睾丸旁RMS通常表现为单侧迅速增大的无痛性阴囊肿物,或明显不同于睾丸的包块,肿物较小时可能局限于睾丸旁组织。RMS的诊断一般依靠影像学检查和病理学检查,超声检查对于该病的诊断有一定的诊断价值,特别是超声提示睾丸旁恶性肿瘤时需考虑到RMS的可能性,但是超声的诊断价值仍然有限。本例患者阴囊超声检查没有特异性表现,仅仅提示为等回声肿瘤性病变,诊断价值有限,磁共振检查提示肿块内可见多发血管流空现象,增强后肿块内部可见条状血管影穿行在内,与一些研究^[5,6]提出的RMS“围血管现象”相符;另外,增强扫描时肿块呈渐进性强化,但未发现“葡萄状”强化,这与Hagiwara等^[7]、诸静其等^[8]研究提出RMS具有葡萄状的特征性强化不相符,推测本例患者可能肿瘤内富含黏液较少有关。既往认为阴囊

DOI:10.13558/j.cnki.issn1672-3686.2020.006.027

作者单位:321000 浙江金华,浙江大学金华医院、浙江省金华市中心医院超声医学科

内占位性病变一般主张手术直接切除,而不主张睾丸穿刺,以免引起种植转移,但是近年来国内外许多学者已经初步探索了睾丸和附睾的穿刺是安全可靠的诊断方法,并未出现肿瘤针道种植的危险^[9,10]。因此,本例患者进行了复合麻醉下肿物的穿刺活检,采用了同轴针多针穿刺法,在获得有效标本数量的同时减少针道种植、转移以及其他相关风险;根据术后随访情况,本例患者也未出现种植、转移病灶以及术后并发症。因此,超声引导下穿刺活检可作为睾丸旁肿瘤的一种早期明确诊断方法,尤其是对于影像学检查无法明确诊断的罕见性的阴囊内肿瘤。RMS的治疗一般为手术切除联合化学治疗,由于RMS的病理特点及临床特点,I期及II期病人的预后较好,III期和IV期的病人极易复发及转移,预后较差。本例患者处于临床II期,故采用了左侧睾丸根治切除术联合长春新碱+环磷酰胺+表柔比星方案化疗,治疗后2年复查均未发现明确复发及转移灶,预后良好。

RMS是一种恶性度较高的生殖系统肿瘤,早期诊断,早期治疗预后相对较好,目前RMS早期诊断仍要依靠病理学检查,超声引导下穿刺活检可作为临床医师的选择之一。

参考文献

- 1 Ahmed HU, Arya M, Muneer A, et al. Testicular and paratesticular tumours in the prepubertal population[J]. *Lancet Oncol*, 2010, 11(5):476-483.
- 2 Parham DM, Ellison DA. Rhabdomyosarcomas in adults and children: an update[J]. *Arch Pathol Lab Med*, 2006, 130(10):1454-1465.
- 3 Breitfeld PP, Meyer WH. Rhabdomyosarcoma: new windows of opportunity [J]. *Oncologist*, 2005, 10(7):518-527.
- 4 湛海伦,周祥福,王德娟,等.成人睾丸旁横纹肌肉瘤一例报道并文献复习[J]. *中华临床医师杂志(电子版)*, 2011, 5(7):2092-2095.
- 5 潘恩源,陈丽英.儿科影像诊断学[M].北京:人民卫生出版社,2006:1099-1101.
- 6 高峰,唐文伟,李小会.小儿横纹肌肉瘤的影像学诊断[J]. *中国临床医学*, 2013, 6(12):1173-1175.
- 7 Hagiwara A, Inoue Y, Nakayama T, et al. The "botryoid sign": A characteristic feature of rhabdomyosarcomas in the head and neck[J]. *Neuroradiology*, 2001, 43(4):331-335.
- 8 诸静其,汤光宇,周国兴,等.横纹肌肉瘤的影像学诊断[J]. *临床放射学杂志*, 2014, 33(8):1237-1242.
- 9 Drudi FM, Maghellna F, Martino G, et al. Detection of small testicular masses in monorchid patients using US, CPDUS, CEUS and US-guided biopsy[J]. *J Ultrasound*, 2015, 19(1):25-28.
- 10 唐杰,张舜欣.无痛性阴囊肿物一例--手术所见及病理诊断结果[J]. *中华医学超声杂志(电子版)*, 2006, 3(1):10.

(收稿日期 2020-02-21)

(本文编辑 蔡华波)



欢迎投稿

欢迎征订