

◆ 个案报道

Presacral poorly differentiated endometrioid carcinoma: Case report

骶前低分化子宫内膜样癌 1 例

徐校胜¹, 孙雪梅², 时高峰¹

(1. 河北医科大学第四医院 CT/MR 室, 2. 病理科, 河北 石家庄 050010)

[Keywords] sacrum; carcinoma, endometrioid; magnetic resonance imaging

[关键词] 骶骨; 癌, 子宫内膜样; 磁共振成像

DOI: 10.13929/j.issn.1003-3289.2022.06.042

[中图分类号] R739.93; R445.2 [文献标识码] B [文章编号] 1003-3289(2022)06-0958-01

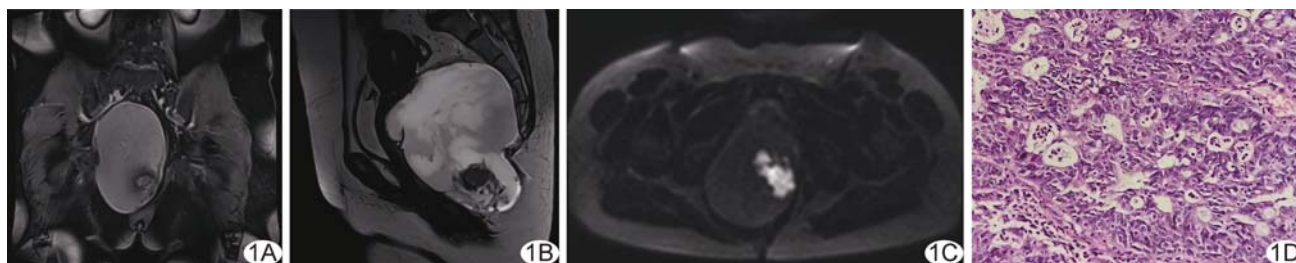


图 1 骶前低分化子宫内膜样癌 A. 盆腔增强冠状位 T1WI; B. 盆腔矢状位 T2WI; C. 盆腔轴位 DWI($b=1200 \text{ s/mm}^2$); D. 病理图(HE, $\times 200$)

患者女, 55 岁, 骶尾部不适伴右侧臀部间断性刺痛 1 年余, 坐卧时更为明显, 近半个月加重, 伴尿频、小便不尽及排便困难; “心房颤动” 20 年, 12 年前因风湿性心脏病接受“主动脉瓣及二尖瓣置换术”。查体: 直肠指诊于 6~12 点位距肛缘 5 cm 处触及外压型肿物, 质硬, 位置固定, 直肠黏膜光滑, 无破溃及触痛。实验室检查: CEA 50.95 ng/ml, CA19-9 46.19 U/ml, CA72-4 21.62 U/ml, CA125 120.20 U/ml。盆腔 MRI: 骶前直肠右后方长径约 3.4 cm 不规则实性占位, 呈 T1WI 稍低信号、T2WI 中等信号, 外被 15.7 cm $\times$ 11.2 cm $\times$ 9.6 cm 边缘光滑的囊性区, 呈 T1WI 高信号(图 1A)、T2WI 混杂信号(图 1B); 弥散加权成像(diffusion weighted imaging, DWI)病灶实性区呈明显高信号(图 1C), 表观弥散系数(apparent diffusion coefficient, ADC)图呈低信号; 增强扫描实性区不均匀强化, 囊性区未见强化; 考虑为间叶源性肿瘤。行全麻下盆腔肿物切除术, 术中见肿物位于直肠壁右前侧与阴道后壁之间, 开孔减压后初始流出褐色液体, 后为胶冻状, 最后为血性物, 减压后肿物体积缩小。术后病理: 囊实性瘤, 壁质实性区 $>50\%$, 见明显间质浸润;

瘤细胞核增大, 核染色质增粗或空泡状核, 核仁增大, 核分裂易见(图 1D); 免疫组织化学: ER(-), PR(-), Vim(-), CK7(-), P53(80%+, 错义突变), Ki-67(70%+), CA125(-), WT1(-), HNF β (-), P16(灶性+), MLH1(-), PMS2(+), MSH2(+), MSH6(+), HER2(-), pan-TRK(-)。病理诊断: (骶前)低分化子宫内膜样癌。

讨论 子宫内膜样癌为恶性上皮肿瘤, 肿瘤细胞呈子宫内膜样分化。本例子宫内膜样癌发生于骶前, 来源不明, 可能为子宫内膜异位至骶前并癌变, 或苗勒管残余继发癌变; 病变主体位于骶前, 边缘光滑, 压迫子宫、阴道及直肠, 其外周囊性区可能为陈旧性出血。鉴别诊断: ①(骶前)深部浸润型子宫内膜异位症, 多呈 T1WI 等信号、T2WI 不规则低信号, 内可见高 T1WI 及低或高 T2WI 信号, 可伴脏器或组织形变移位等; ②骶前畸胎瘤, 为多胚层结构, 成分复杂, 含脂肪组织及骨骼、牙齿时易于诊断; 畸胎瘤恶变后软组织成分增多, 边缘呈分叶状, 内伴钙化及脂肪组织。本病术前诊断困难, 确诊依靠术后病理学检查。

[第一作者] 徐校胜(1990—), 男, 河北邯郸人, 硕士, 医师。E-mail: 1447586351@qq.com

[收稿日期] 2022-01-10 [修回日期] 2022-03-28