

◆ 个案报道

Ultrasonic misdiagnosis of spermatocytic seminoma of testis complicated with orchitis: Case report

超声误诊睾丸精母细胞性精原细胞瘤合并睾丸炎 1 例

严翔, 袁红梅, 文嘉宇, 蹇顺海

(1. 川北医学院附属医院超声科, 2. 病理科, 四川 南充 637000)

[Keywords] testis; seminoma; orchitis; ultrasonography; diagnostic errors

[关键词] 睾丸; 精原细胞瘤; 睾丸炎; 超声检查; 误诊

DOI: 10.13929/j.issn.1003-3289.2022.06.044

[中图分类号] R737.21; R445.1 [文献标识码] B [文章编号] 1003-3289(2022)06-0960-01

患者男, 34 岁, 右侧睾丸进行性肿大 6 月余, 伴轻触痛, 无发热; 既往无特殊病史。查体: 右侧睾丸肿大, 表面无发红, 质硬, 触痛(+)。实验室检查: 中性粒细胞升高 ($7.28 \times 10^9/L$), 白细胞 $9.04 \times 10^9/L$, 甲胎蛋白、胸苷激酶 1 及人绒毛膜促性腺激素等未见明显异常。睾丸超声: 右侧睾丸大小约 $6.2 \text{ cm} \times 5.0 \text{ cm} \times 3.8 \text{ cm}$, 实质呈弥漫减低的不均匀回声, CDFI 见其内血流信号明显增多(图 1A), 考虑右侧睾丸炎。经抗感染治疗 10 余天后复查超声, 于右侧睾丸内探及 $5.8 \text{ cm} \times 4.7 \text{ cm} \times 3.6 \text{ cm}$ 不均匀等回声肿块, 周边见包膜回声, 足侧存在少许正常睾丸回声(图 1B); CDFI 示肿块内短条状血流信号, 诊断为右侧睾丸实性占位。睾丸 CT: 右侧睾丸增大, 约 $5.5 \text{ cm} \times 4.6 \text{ cm}$, 密度欠均匀, 可见片状、结节状稍低密度影, 增强后轻度强化(图 1C), 考虑右侧睾丸肿瘤性病变。行根治性右侧睾丸及附睾切除术, 术中见右侧睾丸内 $5.5 \text{ cm} \times 4.5 \text{ cm}$ 肿块, 与附睾分界不清。术后病理: 实性肿块剖面呈灰白色, 质韧, 边界清, 表面似覆包膜; 光镜下见肿瘤细胞呈实性巢状排列, 细胞膜清晰, 核中等大, 核仁清楚, 胞浆透明(图 1D); 免疫组织化学: KI-67 (40%+), SALL-4(+), CD117(+), OCT3/4、PLAP、CK、S-100、HCG、D2-40 及 CD34 均为阴性。病理诊断: 右侧睾丸精母细胞性精原细胞瘤(spermatocytic seminoma, SS)。

讨论 精原细胞瘤分为经典型、间变型和 SS。SS 罕见, 约占精原细胞瘤的 2%~12% 及睾丸生殖细胞肿瘤的 0.61%, 相比经典型精原细胞瘤生长更缓慢、恶性程度更低, 好发于成年男性睾丸, 常表现为单侧睾丸无痛性肿大且不伴隐睾, 甲胎蛋白及人绒毛膜促性腺激素多正常; 其超声表现缺乏特异性, 与多种睾丸疾病存在重叠, 故易误诊。本例超声初诊时右侧睾丸存在炎症, 遮盖肿瘤边界致未能显示, 结合中性粒细胞升高, 误诊为睾丸炎症; 经抗感染治疗控制炎症后复查超声, 发现右侧睾丸肿瘤。本例提示, 临床发现单侧睾丸炎症伴明显肿大时, 应警惕肿瘤可能, 经抗感染治疗后及时复查超声有利于及早诊治。

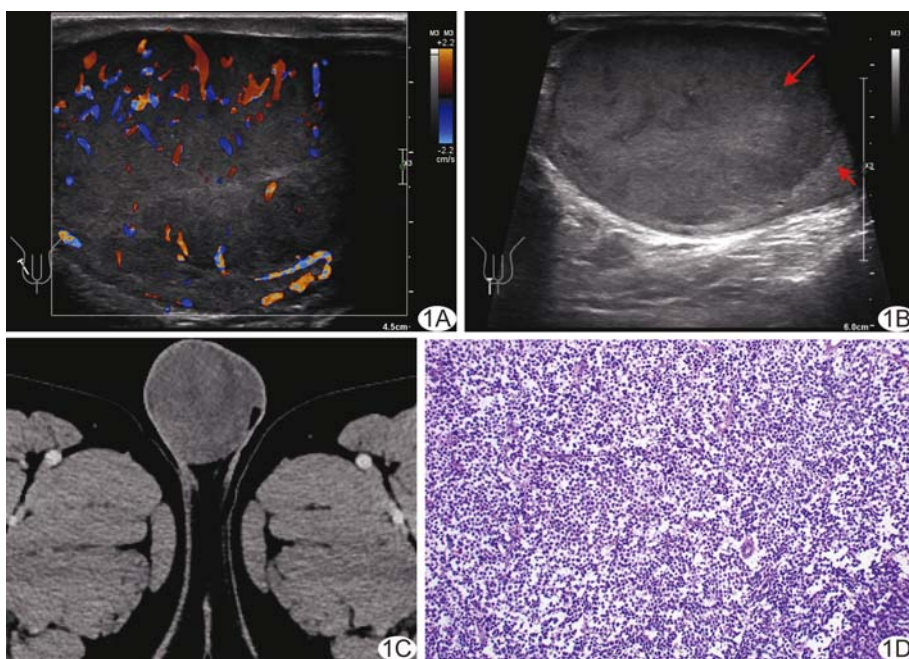


图 1 右侧睾丸精母细胞性精原细胞瘤 A. 初诊 CDFI; B. 抗感染治疗后睾丸声像图 (长箭示右侧睾丸肿块, 短箭示正常睾丸组织); C. 睾丸增强 CT 图; D. 病理图(HE, $\times 100$)

[第一作者] 严翔(1996—), 男, 四川广安人, 在读硕士。E-mail: yanx2021@126.com

[收稿日期] 2022-01-26 [修回日期] 2022-04-15