

Low-grade appendiceal mucinous neoplasm misdiagnosed with ultrasonography: Case report

超声误诊阑尾低级别黏液性肿瘤 1 例

郝晓晔, 李菊香, 唐 纓

(天津市第一中心医院超声科, 天津 300192)

[Keywords] appendiceal neoplasms; myxoma; ultrasonography

[关键词] 阑尾肿瘤; 黏液瘤; 超声检查

DOI: 10.13929/j.issn.1003-3289.2020.06.000

[中图分类号] R735.3; R445.1 [文献标识码] B [文章编号] 1003-3289(2020)06-0000-00

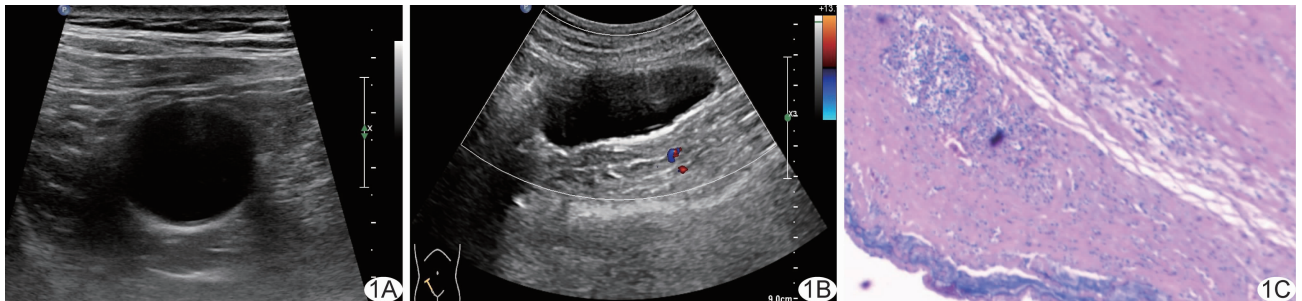


图 1 LAMN A. 超声声像图; B. CDFI; C. 病理图(HE, ×10)

患者男, 55 岁, 因“间断性右下腹隐痛 3 年”入院。查体: 腹部平坦, 未见胃肠型及蠕动波; 腹软, 全腹无压痛, 无明显反跳痛, 无肌紧张, 未闻及肠鸣音及异常血管杂音。白细胞计数 $4.89 \times 10^9/L$, 血清癌胚抗原(carcinoembryonic antigen, CEA) 6.3 ng/ml (正常参考值 $0 \sim 4.7 \text{ ng/ml}$)。超声: 右下腹阑尾区探及约 $6.0 \text{ cm} \times 2.4 \text{ cm} \times 2.2 \text{ cm}$ 囊性肿物, 内部透声尚可, 内壁欠光滑, 一端与回盲部相连, 另一端为盲端, 加压后肿物未见明显变形、移动, 周围未探及无回声区及肿大淋巴结(图 1A); CDFI 未见明显异常血流信号(图 1B)。超声提示: 右下腹阑尾区囊性肿物(阑尾黏液囊肿?)。行腹腔镜下阑尾切除术, 术中见阑尾腔扩大。术后病理: 光镜下见细胞呈柱状, 轻度异型增生, 柱状细胞内可见大量黏液空泡(图 1C); 免疫组织化学染色 CK7(-), CK20(+), MUC-2(+). 病理诊断: 阑尾低级别黏液性肿瘤(low-grade appendiceal mucinous neoplasm, LAMN)。

讨论 LAMN 罕见, 临床无特异性表现, 超声表现亦不典型, 导致临床误诊率高。病理学上, 阑尾黏液性肿瘤分为黏液

囊肿、黏液性囊腺瘤和黏液性囊腺癌。LAMN 是阑尾黏液性肿瘤的少见类型, 属交界性或低度恶性肿瘤, 临床症状个体差异较大。LAMN 多起源于阑尾腺上皮, 主要因粪石或慢性炎症导致管腔狭窄, 黏液物质聚积引起管腔扩张, 黏液以“推挤”模式进入阑尾壁内或壁外。超声声像图中, 多数 LAMN 表现为囊实性包块, 分隔纤细, “洋葱皮”征象为其典型特征; 部分病例内部回声呈胶冻状, 破裂时常伴腹腔积液。本例超声将 LAMN 误诊为阑尾黏液性囊肿, 究其原因, 可能在于观察囊壁不细致, 未发现纤细分隔。LAMN 应与阑尾单纯性黏液性囊肿相鉴别, 后者通常表现为圆形或类圆形囊性包块, 单房为主, 透声好而壁薄, 故超声扫查应仔细观察囊壁有无增厚及纤维化, 适当调节增益, 注意囊内透声及有无分隔。LAMN 还需与另外 2 种类型阑尾黏液性肿瘤相鉴别: ① 阑尾黏液性囊腺瘤, 超声表现为类圆形囊性包块, 单房或多房, 纤细条索分隔, 体积较大; ② 阑尾黏液性囊腺癌, 亦表现为囊实性包块, 但实性部分多有粗大分隔, 可见血流信号, 且多数病例肿瘤标志物升高。