

### Appendiceal carcinoid complicated with low-grade appendiceal mucinous neoplasm: Case report

## 阑尾类癌并发低级别阑尾黏液性肿瘤 1 例

李 鹤, 陈 亮, 陈 新, 牟胜男  
(吉林大学第一医院放射科, 吉林 长春 130026)

[Key words] Carcinoid; Appendiceal neoplasms; Appendicitis; Diagnostic imaging

[关键词] 类癌; 阑尾肿瘤; 阑尾炎; 诊断显像

DOI: 10.13929/j.1003-3289.201702047

[中图分类号] R735.36; R445.3 [文献标识码] B [文章编号] 1003-3289(2017)09-1444-01

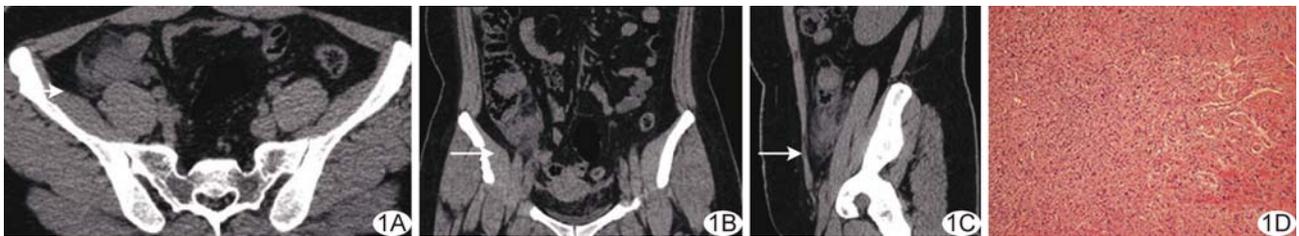


图 1 阑尾类癌并发 LAMN, 合并化脓性炎症 A~C. 轴位、冠状位、矢状位 CT 平扫示阑尾增粗、壁厚, 周围脂肪间隙浑浊, 见条片状高密度影(箭); D. 病理图(HE, ×100)

患者女, 24 岁, 因“间断性右下腹疼痛 1 年”入院, 查体: 右下腹麦氏点压痛, 无反跳痛、肌紧张。腹部超声: 右下腹阑尾区见 21 mm×11 mm 局限性低回声区, 阑尾显示不清, 阑尾周围积液。血常规: 白细胞计数  $12.80 \times 10^9/L$ , 中性粒细胞百分比 77%。CT 平扫: 阑尾增粗、壁厚, 周围脂肪间隙浑浊, 可见条片状高密度影; 盆腔内见液体密度影(图 1A~1C)。CT 提示阑尾炎, 伴周围渗出; 盆腔积液。患者行腹腔镜阑尾切除术, 术中见阑尾大小 4 cm×3 cm, 阑尾壁充血水肿, 周围组织中度粘连, 有脓汁及粪石嵌顿。病理: 肿瘤位于阑尾黏膜层、黏膜下层及固有层内, 血管及神经未见肿瘤浸润, 核分裂象 0~1 个/10 个高倍视野, 阑尾断端未见肿瘤残留(图 1D)。免疫组化: CgA(+), Syn(+), CD56(+), CK-pan(+), Ki-67(1%+)。病理诊断: 阑尾低级别神经内分泌瘤 G1(类癌), 并发低级别阑尾黏液性肿瘤(low-grade appendiceal mucinous neoplasm, LAMN), 合并化脓性炎症。

**讨论** 阑尾类癌是最常见的阑尾肿瘤, 术后切除的阑尾标本中, 发病率为 0.3%~0.7%。本病好发年龄为 10~30 岁, 以

女性多见, 多发生于阑尾尖端, 该肿瘤最长径多小于 1 cm, 生长缓慢, 罕见转移, 不产生类癌综合征。一般单纯切除阑尾即可治愈, 预后良好。本病诊断困难, 确诊需依据术后病理, 患者多以阑尾炎症状就诊, 免疫组织化学染色神经内分泌肿瘤标志物 CgA、Syn 等阳性有一定特异性, 其中 CgA 阳性率最高, 对阑尾类癌的诊断有重要参考价值。

LAMN 为阑尾壁内或浆膜面出现黏液湖的非浸润性病变, 是一种较为少见的低度恶性肿瘤。黏液湖内可见少量柱状上皮覆盖, 并有轻度异型性。CT 多表现为右下腹长椭圆形囊性占位, 与盲肠关系紧密, 平均 CT 值为 15~35 HU, 囊壁薄, 厚度不均匀, 轻度环形强化。LAMN 多为偶然发现, 患者多无特异性症状。对于 LAMN 患者, 通常需手术切除, 术后定期随访有无复发和转移。

本例患者兼有类癌及 LAMN, 合并化脓性炎症, CT 表现不典型, 术前难以诊断。在临床工作过程中, 对于反复发作的阑尾炎, 要警惕合并肿瘤的可能性, 必要时行薄层 CT 增强扫描。主要表现为阑尾肿块、阑尾腔囊状扩张、阑尾直径 >15 mm 和厚度 >5 mm。采用上述标准, 可使 CT 对阑尾肿瘤的检出率大大提高。阑尾类癌需与阑尾腺癌相鉴别, 阑尾腺癌好发于阑尾远端, CT 表现为软组织密度影, 轻度均匀强化。

[第一作者] 李鹤(1991—), 女, 吉林四平人, 在读硕士。

E-mail: 314865990@qq.com

[收稿日期] 2017-02-13 [修回日期] 2017-03-28