

Misdiagnosis of simple mass testicular tuberculosis with CEUS: Case report

CEUS 误诊单纯肿块型睾丸结核 1 例

苟 博, 刘晓玲, 辛风月, 刘 健*

(成都医学院第一附属医院超声科, 四川 成都 610500)

[Keywords] testicular tuberculosis; testicular neoplasms; ultrasonography

[关键词] 睾丸结核; 睾丸肿瘤; 超声检查

DOI: 10.13929/j.issn.1003-3289.2020.01.043

[中图分类号] R697+22; R445.1 [文献标识码] B [文章编号] 1003-3289(2020)01-0148-01

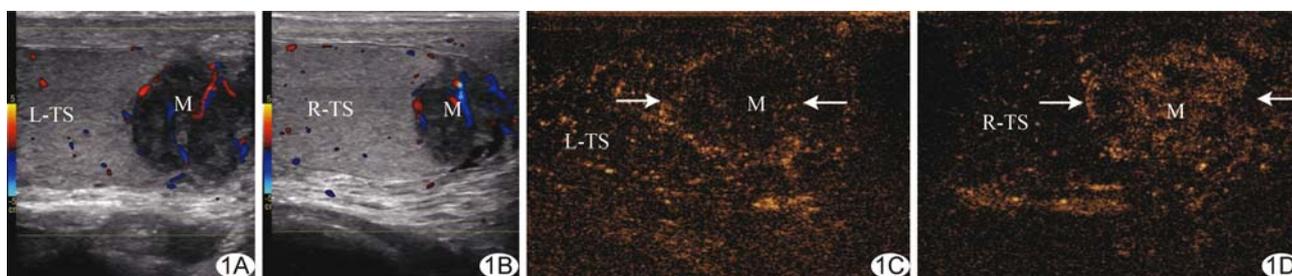


图 1 单纯肿块型睾丸结核 A、B. CDFI 示左侧睾丸肿块(A)、右侧睾丸肿块(B)内点条状血流信号; C、D. CEUS 示左侧睾丸肿块边缘增强(箭,C), 右侧睾丸肿块呈欠均匀团状高增强(箭,D) (M: 肿块)

患者男, 63 岁, 因反复阴囊肿痛 6 月余入院, 否认手术及外伤史, 既往有肺结核病史。专科检查: 双肾区无叩痛, 双侧阴囊无明显异常。实验室检查: 白细胞计数 $5.48 \times 10^9/L$, 甲胎蛋白 (α -fetoprotein, AFP) 12.16 ng/ml; 抗酸杆菌(-), 结核分枝杆菌抗体(-)。超声检查: 双侧睾丸形态大小正常, 双侧睾丸下极均探及低回声肿块, 左侧大小约 $2.2 \text{ cm} \times 2.1 \text{ cm}$, 右侧大小约 $2.1 \text{ cm} \times 1.6 \text{ cm}$, 形态欠规则, 边界清, 内回声不均; CDFI: 双侧肿块内均可见点条状血流信号(图 1A、1B)。CEUS: 注射造影剂 35 s 后, 左侧睾丸下极低回声边缘增强, 中央部分未见增强, 边界欠清晰, 静脉期呈持续低增强(图 1C); 右侧睾丸下极低回声较周围实质呈欠均匀团状高增强(图 1D), 边界清晰, 随后快速廓清, 于 50 s 后呈稍低增强, 整体呈“快进快出”; 双侧附睾、精索静脉未见明显异常。超声提示: 双侧睾丸实性肿块, 倾向于睾丸肿瘤。行超声引导下穿刺活检, 镜下见毛细血管及增生的成纤维细胞, 伴炎细胞浸润, 为肉芽肿性炎伴坏死, 考虑结核。

讨论 男性生殖系统结核可由泌尿系结核和/或原发灶血行播散引发。睾丸结核多由附睾结核直接蔓延, 单纯睾丸结核极罕见。此外, 在精原细胞瘤、胚胎癌或混合性生殖细胞瘤患者中血清 AFP 水平可能增高, 本例 AFP 增高, 抗酸杆菌、结核分枝杆菌抗体呈阴性, 故误诊为睾丸肿瘤。根据病理表现和声像图改变, 睾丸结核可分为肿块型、脓肿液化型、弥漫结节型、窦道型及混合型 5 种类型。睾丸结核患者肿块周边水肿带形成以及病灶内病变组织分布不同, 使 CEUS 表现具有多样性, 分为环状增强型、不均匀增强型及无增强型等。CEUS 虽然对鉴别睾丸肿块性质有重要意义, 但不同病变的造影表现存在部分交叉。本例左侧睾丸肿块呈不均匀边缘增强, 中央部分未见增强, 提示有多处出血坏死, 易与睾丸混合性生殖细胞肿瘤混淆; 右侧睾丸肿块呈“快进快出”, 易与精原细胞瘤、睾丸淋巴瘤混淆。因此, 临床应提高对睾丸结核及睾丸肿瘤超声表现多样性的认识。单纯肿块型睾丸结核临床少见, 应密切结合病史及临床资料予以鉴别, 确诊需依靠穿刺活检。

[基金项目] 四川省医学会科研项目(S18011)。

[第一作者] 苟博(1990—), 男, 四川巴中人, 在读硕士, 医师。E-mail: 182473301@qq.com

[通信作者] 刘健, 成都医学院第一附属医院超声科, 610500。E-mail: 190090998@qq.com

[收稿日期] 2019-04-11 [修回日期] 2019-09-24