

Ultrasonic diagnosis of right psoas major metastasis from ovarian mucinous borderline tumor: Case report 超声诊断卵巢黏液性交界性肿瘤右侧腰大肌转移 1 例

王雅琴, 陈 涛

(首都医科大学附属北京积水潭医院超声科, 北京 100035)

[Keywords] adenocarcinoma, mucinous; neoplasm metastasis; ultrasonography

[关键词] 腺癌, 黏液; 肿瘤转移; 超声检查

DOI: 10.13929/j.issn.1003-3289.2026.03.036

[中图分类号] R738.7; R445.1 [文献标识码] B [文章编号] 1003-3289(2026)03-0486-02

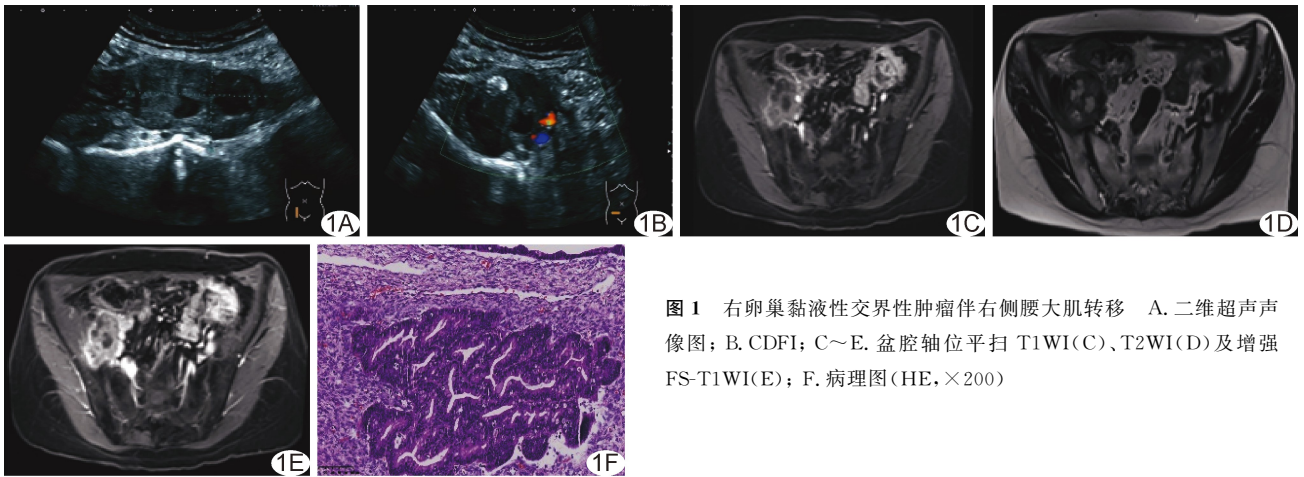


图 1 右卵巢黏液性交界性肿瘤伴右侧腰大肌转移 A. 二维超声声像图; B. CDFI; C~E. 盆腔轴位平扫 T1WI(C)、T2WI(D)及增强 FS-T1WI(E); F. 病理图(HE, ×200)

患者女, 57 岁, 发现右下腹肿物伴压痛, 以及右髋疼痛、活动受限及右腿疼痛 1 个月; 1 年前因“右卵巢黏液性交界性肿瘤”接受全子宫及双附件切除术, 术后未经放射及化学治疗。查体: 耻骨联合上方见陈旧手术瘢痕; 右下腹触及约 5 cm 肿物, 质硬, 活动度差, 伴明显压痛; 右髋呈屈曲、内收、内旋的强迫体位, 被动活动受限。实验室检查: 糖类抗原 19-9(289 U/ml)、糖类抗原 72-4(44.9 U/ml)、鳞状细胞癌抗原(12 ng/ml)及癌胚抗原(5.64 ng/ml)均升高。超声: 右侧腰大肌肌间 6.08 cm × 4.19 cm × 3.55 cm 实性低回声肿物, 形态不规则, 边界欠清, 内见多发片状液化区(图 1A), 实性部分可见少量血流信号; 肿物紧贴右髂内动脉, 似形成部分包裹, 右髂内动脉内血流充盈尚好(图 1B)。盆腔 MRI: 右侧腰大肌肌间 4.61 cm × 3.58 cm × 5.93 cm 肿物紧贴右髂内动脉, 呈 T1WI 低信号(图 1C)、T2WI 稍高/高信号(图 1D), 内见多发囊性灶; 增强脂肪抑制(fat suppression, FS)-T1WI 见肿物实性部分中度强化(图 1E)。影像学诊断: 右侧腰大肌恶性肿瘤。于全麻下行肿瘤细胞减灭术, 术中见肿瘤弥漫浸润盆腔右侧壁,

长径 14.5 cm, 累及右侧腰大肌与髂内动脉, 似形成冰冻骨盆。术后病理: 光镜下见异形细胞浸润肌纤维(图 1F); 免疫组织化学: Villin(+), CK7(+), CK20(少许+), Pax-8(弱+), CK(AE1/AE3)(+)。病理诊断: (腰大肌)黏液性交界性肿瘤。临床综合诊断: 右卵巢黏液性交界性肿瘤, 右侧腰大肌转移。本例报道经医院伦理委员会批准(积伦[K2025]第[228]号-00)。

讨论 卵巢黏液性交界性肿瘤是低度恶性上皮性肿瘤; 其腰大肌转移罕见, 可表现为髋关节屈曲和腰骶丛区域神经性疼痛。本例超声见起源于右侧腰大肌的低回声肿物, 边界欠清、内部回声不均匀, 实性部分可见血流信号, 与髂内动脉关系密切, 结合病史提示转移癌可能。鉴别诊断: ①横纹肌肉瘤, 多为边界清晰、形态不规则的低回声肿物, 常呈“蟹足样”浸润周围肌肉组织, 血流较丰富, 呈“树枝状”或“火海征”; ②原发性肌肉淋巴瘤, 受累肌肉纹理模糊消失, 呈弥漫性不均匀高回声, 肌肉轮廓和筋膜界限相对完整; ③腰肌脓肿, 表现为范围较广的厚壁囊性肿物, 随体位改变或探头加压, 囊内可见移动的密集点

[第一作者] 王雅琴(1995—), 女, 河北张家口人, 硕士, 医师。E-mail: 18447064608@163.com

[收稿日期] 2025-05-08 [修回日期] 2026-01-26

絮状回声或分层光带。确诊依赖病理学检查。

利益冲突:全体作者声明无利益冲突。

作者贡献:王雅琴查阅文献、撰写文章;陈涛指导、

审阅文章。

Left breast no special type invasive carcinoma complicated with right kidney mixed epithelial and stromal tumor: Case report 左侧非特殊型浸润性乳腺癌并右肾混合性上皮和间质肿瘤 1 例

严梦金, 郭坤功, 覃茂柏, 郭建波, 王振平

[广东省中医院海南医院(海南省中医院)放射科, 海南 海口 570203]

[Keywords] kidney neoplasms; breast neoplasms; diagnostic imaging [关键词] 肾肿瘤; 乳腺肿瘤; 诊断显像

DOI:10.13929/j.issn.1003-3289.2026.03.037

[中图分类号] R737; R445 [文献标识码] B [文章编号] 1003-3289(2026)03-0487-01

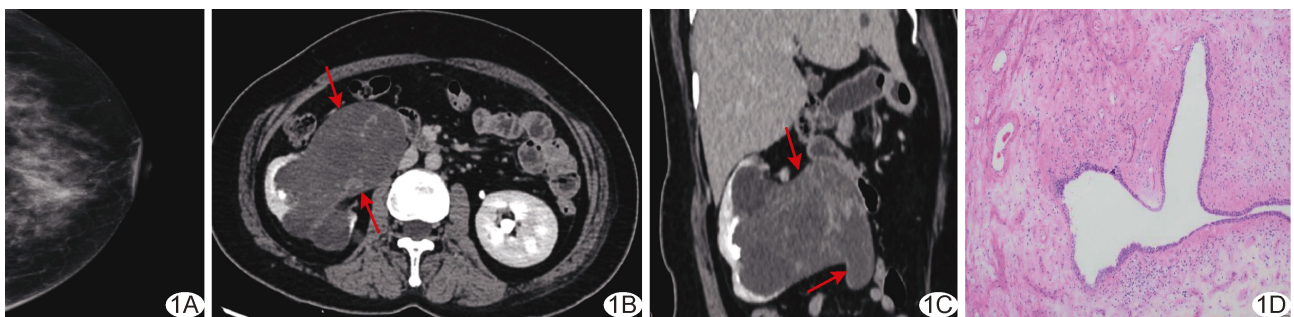


图 1 左侧非特殊型浸润性乳腺癌并右肾混合性上皮和间质肿瘤 A. 左乳钼靶头尾位图像; B、C. 腹部轴位(B)及冠状位(C)增强排泄期 CT 图; D. 右肾 MEST 病理图(HE, ×200) (箭示右肾病灶)

患者女, 56 岁, 发现左乳肿物 1 个月, 逐渐增大伴乳头溢液; 既往体健。查体: 左乳 8 点钟方向触及 2.0 cm × 2.0 cm 结节, 活动度差, 边界尚清, 形状不规则, 质韧; 左乳头溢液, 无橘皮样改变。实验室检查: 尿酸(368.47 μmol/L) 升高。乳腺超声: 左乳 1.2 cm × 1.0 cm 低回声结节伴钙化, 形态不规则, 边缘欠光整、回声不均匀; 提示乳腺影像报告和数据系统(breast imaging reporting and data system, BI-RADS) 4a 类。乳腺钼靶: 左乳多发簇状钙化, 考虑 BI-RADS 4c 类(图 1A)。泌尿系统超声: 右肾盂、肾盏分离, 肾盂内见 11.8 cm × 7.8 cm 不均质回声, 边界清, CDFI 探及点状血流信号; 提示右肾盂占位。腹部 CT: 右肾盂及右输尿管上段 10.5 cm × 8.5 cm × 5.0 cm 囊实性肿物呈膨胀性生长, 内见少许脂肪密度; 增强后实性成分呈渐进性轻度强化(图 1B、1C); CT 血管成像显示肿物由肾动脉分支供血, 呈“抱球征”; 提示右肾盂囊实性肿瘤性病变, 累及右输尿管。行左乳肿物切除术。术后病理: 光镜下肿瘤细胞呈条索状及腺管状排列, 细胞形态多样, 核大、深染、核仁明显, 核分裂象多见, 伴导管原位癌成分, 未见淋巴结转移; 免疫组织化学: HER2(+++), ER(20%+), PR(40%+), Ki-67(40%+); 诊断: (左侧)非特殊型浸润性乳腺癌。1 个月后进行右肾、右输尿管全段及部分膀胱壁组织切除术。术后病理: 光镜见

肿瘤呈分叶状, 由瘤样增生的腺上皮、移行上皮、纤维组织及平滑肌组织构成, 间质疏松水肿(图 1D); 免疫组织化学: CK pan(上皮+), Vim(上皮及间质+), CK7(腺上皮+), ER(80%+), PR(70%+); 诊断: (右肾)混合性上皮和间质肿瘤(mixed epithelial and stromal tumor, MEST), 累及右侧输尿管。临床综合诊断: 左侧非特殊型浸润性乳腺癌; 右肾 MEST, 累及右输尿管。本例报道经医院伦理委员会批准(HNSZY-2025-LL-037)。

讨论 本例左乳癌合并右肾 MEST, 甚为罕见。MEST 为罕见肾脏良性肿瘤, 多见于围绝经期女性, 临床表现缺乏特异性, 实验室检查常无明显异常; 典型影像学表现为边界清晰的多房囊性、囊实性或实性肿瘤, 多位于肾实质, 可凸向肾盂内生长并延伸至输尿管, 部分病灶内见钙化及脂肪; 增强后实性成分及分隔呈渐进性轻-中度强化; 主要应与囊实性肿瘤如肾透明细胞癌伴囊变、多房囊性肾瘤、肾盂癌等相鉴别。确诊有赖病理学检查。

利益冲突: 全体作者声明无利益冲突。

作者贡献: 严梦金撰写和修改文章; 郭坤功审阅文章; 覃茂柏查阅文献; 郭建波图像处理和分析; 王振平指导、修改文章。

[第一作者] 严梦金(1994—), 女, 海南万宁人, 本科, 主治医师。E-mail: mj1510027@163.com

[收稿日期] 2025-08-27 [修回日期] 2025-11-03