

原发性腹膜后肿瘤的超声诊断价值

何婉媛¹, 毛 枫¹, 徐 斌², 黄备建¹, 季正标¹, 王文平¹

(1. 复旦大学中山医院超声诊断科, 上海 200032; 2. 江苏省吴江市第一人民医院超声科, 江苏 吴江 215200)

[摘要] 目的: 评价超声对原发性腹膜后肿瘤的诊断价值。方法: 回顾性分析手术和病理证实的 69 例腹膜后肿瘤的超声资料。结果: 超声对腹膜后肿瘤的定位诊断正确率为 85.5%, 定性诊断正确率为 52.9%。结论: 超声对原发性腹膜后肿瘤定位诊断较为可靠, 对其病理类型的诊断有一定帮助, 但有一定限度。

[关键词] 腹膜后肿瘤; 超声检查

[中图分类号] R735.5; R445.1

[文献标识码] A

[文章编号] 1008-1062(2003)02-0108-03

Diagnostic value of US in primary retroperitoneal neoplasm

HE Wan-yuan, MAO Feng, XU Bin, HUANG Bei-jian, JI Zheng-biao, WANG Wen-ping

Department of Diagnostic Ultrasonography, Zhongshan Hospital, Medical College of Fudan University, Shanghai 200032, China

Abstract: Objective: To evaluate the diagnostic value of US in primary retroperitoneal neoplasm (PRN). **Methods:** Imaging findings in 69 patients with PRN were analyzed retrospectively. All cases were proved by pathology. **Results:** The accuracy of tumor localization by US was 85.5%, the accuracy of diagnosis was 52.9%. **Conclusion:** US was reliable for localization of PRN and useful for the typing of PRN but was limited in specific histologic evaluation.

Key words: retroperitoneal neoplasms; ultrasonography

原发性腹膜后肿瘤是指起源于腹膜后潜在腔隙内软组织的肿瘤, 不包括胰腺、肾上腺、肾脏和大血管的肿瘤, 临床少见, 本文就我院 1995 年~2001 年 4 月 69 例原发性腹膜后肿瘤做一讨论。

1 资料与方法

原发性腹膜后肿瘤 69 例, 其中良性肿瘤 27 例, 恶性肿瘤 42 例; 男 36 例, 女 33 例, 年龄最小 15 岁, 最大 75 岁, 平均 44 岁。

空腹行超声检查, 患者取仰卧位、侧卧位、俯卧位等, 观察肿块的大小、部位、边界、内部回声, 以及手推、呼吸和体位变动时肿块的活动度, 了解肿块与周围脏器及血管的关系, 并观察有无腹水存在。B 超采用 TOSHIBA-240A 和 ALOKA-SSD-1200 超声诊断仪, 探头频率 3.5MHz, 彩超采用 ACUSON-128XP/10 电脑彩色多普勒诊断仪, 探头频率 2.5~4.0MHz。

2 结果

69 例原发性腹膜后肿瘤中良性肿瘤 27 例, 其中脂肪瘤 4 例, 淋巴管瘤 1 例, 血管瘤 1 例, 纤维

组织细胞瘤 1 例, 神经鞘瘤 8 例, 节细胞神经瘤 9 例, 副神经节瘤 1 例, 嗜铬细胞瘤 1 例, 畸胎瘤 1 例。恶性肿瘤 42 例, 其中平滑肌肉瘤 13 例, 脂肪肉瘤 7 例, 纤维肉瘤 2 例, 恶性纤维组织细胞瘤 5 例, 恶性神经鞘瘤 7 例, 恶性淋巴瘤 3 例, 恶性副神经节瘤 2 例, 恶性嗜铬细胞瘤 1 例, 未分化腺癌 2 例。其中间叶组织肿瘤 37 例, 占 53.6%, 神经组织肿瘤 29 例, 占 42.0%。

69 例原发腹膜后肿瘤均行超声检查, 定位正确 59 例, 定位准确率为 85.6%, 误诊为肾上腺肿瘤 6 例, 其中 5 例直径大于 8cm, 1 例直径小于 5cm, 误诊为肝、胰、肾和卵巢肿瘤各 1 例, 其直径均大于 8cm; 17 例中 9 例超声组织类型估计正确, 定性准确率为 52.5%。

良、恶性组肿瘤的内部回声情况: 良性组均匀回声 9 例, 不均匀回声 18 例; 恶性组均匀回声 8 例, 不均匀回声 34 例, 两组之间差异无显著性意义。

不同直径大小良恶性肿瘤的分布: 69 例患者共有 76 个病灶, 良性组: ≤5cm 10 例, 5~10cm 10 例, ≥10cm 8 例。恶性组: ≤5cm 12 例, 5~

作者简介: 何婉媛 (1968-), 女, 湖南人, 主治医师

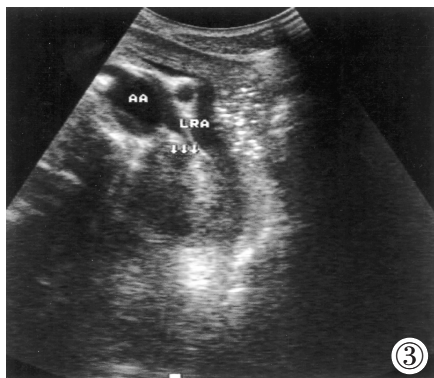


图 1 腹膜后神经鞘瘤伴囊性变及钙化。

图 2 腹膜后恶性神经鞘瘤，内部回声不均。

图 3 腹膜后嗜铬细胞瘤。

10cm 17 例， $\geq 10\text{cm}$ 19 例。可以看出，恶性肿瘤所占比例随着肿瘤直径的增大而有增加的趋势。

彩超检查 25 例，良性肿瘤 14 例，CDFI 阳性 13 例，阴性 1 例；恶性肿瘤 11 例，CDFI 阳性 9 例，阴性 2 例，两者间差异无显著性意义。

3 讨论

原发性腹膜后肿瘤少见，按其来源可分为间叶组织(约 50%)、神经组织(约 30%)与胚胎残留组织^[1](约 20%)，本组神经组织比例较大(42%)，与小儿患者较少有关。较小的腹膜后肿瘤超声和 CT 定位较易，肿瘤较大时定位常困难，这与有的作者结论相同^[2]。以下几个方面有助于肿瘤的定位诊断：①腹膜后器官如胰腺、肾脏受压向前移位。

②肿瘤包绕腹主动脉或下腔静脉，腹部大血管向前及向对侧移位。③肿瘤较大。④肿瘤与腹膜内器官间的脂肪间隔存在。

肿瘤定性诊断包括良恶性的判断和组织类型的估计，从结果可看出，肿瘤的回声或密度是否均匀、肿瘤内血供丰富与否对良恶性诊断的帮助不大，而与肿瘤的大小关系更为密切，相邻组织受侵是诊断恶性肿瘤的依据^[3]。本组 41 例恶性肿瘤中侵犯腹主动脉和下腔静脉各 2 例，浸润结肠 8 例，侵犯肝、脾、胰、胃及髂外静脉各 1 例，侵犯肾脏 3 例，合并同侧肾盂输尿管积水 3 例。28 例良性肿瘤中仅 2 例侵犯周围组织，分别为腹主动脉和脾动脉。

腹膜后不同类型肿瘤的影像学特点：①神经鞘瘤：好发于脊柱旁及主要的外周神经处^[4]，就腹膜后而言，其好发于脊柱旁、肾脏周围。本组脊柱旁 6 例，肾周 6 例，肠系膜根部 1 例，股神经旁 1 例。良性病灶内部多为低回声，边界清晰有包膜，后方回声增强，瘤体较大时可有囊变，本组 4 例伴有囊变，良、恶性肿瘤各 2 例。恶性肿瘤瘤体较良性为大，本组 7 例中除 1 例直径为 5cm 外，其余均大于 8cm，其内部回声不均，边界不清。②脂肪肉瘤：由于其脂肪量及分布不同，而有实质型、假囊肿型及混合型之分；而良性脂肪瘤，其边界清晰，密度均匀，且接近正常脂肪的 CT 值。腹膜后脂肪肉瘤较脂肪瘤多见，且瘤体巨大，常因出血囊变呈现大片无回声区，并伴有钙化灶形成，这在其它软组织肉瘤中不易见到，某些病例肿瘤表现为多发性孤立结节。本组 7 例脂肪肉瘤中除 1 例直径为 5cm 外，其余均大于 15cm，4 例囊变并伴有钙化灶；4 例表现为多发孤立结节。③平滑肌肉瘤：有明显囊变倾向，但瘤体较脂肪肉瘤小，本组平均直径 7cm。④畸胎瘤：混合密度是畸胎瘤的特点。实性畸胎瘤亦含脂肪成分，并可见骨样钙化。囊性畸胎瘤内容物近似水密度，其囊壁稍厚并可见钙化，其与囊性淋巴管瘤的区别在于后者囊壁极薄，而囊内含肠系膜血管是肠系膜淋巴管瘤的特征性表现^[5]。⑤副神经节瘤：肾上腺以外的嗜铬细胞瘤为副神经节瘤，约占嗜铬细胞瘤的 10%，好发于肾门、腹主动脉与 IVC 之间，其具有嗜铬细胞瘤的特点，边界清，为实性或厚壁改变，钙化少，临床表现表现为高血压和高代谢症候群。

术后定期复查超声，可及早发现复发转移，有

报道术后局部复发率达 60%~90%^[6]。本组有 10 例复发，其中平滑肌肉瘤 3 例，恶性神经鞘瘤 3 例，脂肪肉瘤 2 例，纤维肉瘤 1 例，淋巴管瘤 1 例。

腹膜后肿瘤的影像学表现缺乏特异性，故超声对其定性诊断有一定限度，但能很好地显示肿瘤的部位、范围及与周围组织的关系，是主要的确诊手段，而且对术后随访、早期发现复发必不可少。

[参考文献]

[1] Wegner OH. Whole body computerized tomography. New York: Karger, 1993: 60.

[2] 曾蒙苏, 须同禄, 周康荣. 原发腹膜后肿瘤的 CT 表现. 临床放射医学杂志, 1994, 13: 289-290.

[3] Hayes WS, Davidson AJ, Grimley PM, et al. Extraadrenal retroperitoneal paraganglioma: clinical pathologic, and CT findings. AJR, 1990, 155: 1247-1250.

[4] Beggs I. Sonographic appearances of nerve tumors. JCU, 1999, 27 (7): 363-367.

[5] 唐光才, 朱晓华, 明兵. 肠系膜淋巴管瘤的 CT 表现. 中华放射学杂志, 1998, 32 (2): 115-117.

[6] Voros D, Theodorou D, Ventouri K, et al. Retroperitoneal tumors: do the satellite tumors mean something? J Surg Oncol, 1998, 68 (1): 69.

(2002-10-28 收稿)

(上接 96 页) 结构，在有压差情况下，会有少量血流渗过，一段时间后纤维蛋白及血小板附着，分流会逐渐减少乃至消失^[7]。1 例 ASD 封堵术后有少量心包积液以反应性可能大。

3.3 慎重选择术前超声检查途径和术中监测途径

对透声条件良好、缺损大小适中、位于房间隔中央、距离心脏瓣膜较远的缺损，可以应用 TTE 术前筛选和术中监测。但是当成像条件不是最佳、缺损较大、不是位于房间隔正中或距离心脏瓣膜较近的病例，我们认为术前 TEE 检查必不可少。对于缺损较大、边缘短小或临界、术中 TTE 不能获得满意的超声显像以及彩色多普勒不能敏感显示房水平分流的患者，我们认为术中 TEE 监测是必须的，可以多角度清晰显示有无残余分流和心脏结构情况。

综上所述，详尽的超声心动图检查 (TTE 和 TEE) 对经心导管房室间隔缺损封堵术的术前病例选择和术中监测有着不可替代的重要价值，对于保证手术成功、减少并发症有重要临床意义。

[参考文献]

[1] 程蕾蕾, 沈学东, 潘翠珍, 等. 超声心动图监测经右心导管 AMPLATZER 闭合器修补房间隔缺损. 中国超声医学杂志, 1999, 15 (9): 666-669.

[2] 王新房. 超声心动图学. 第 3 版. 北京: 人民卫生出版社, 1999: 629; 659.

[3] Rashkind WJ. Interventional cardiac catheterization in congenital heart disease. Int J Cardiol, 1985, 1: 1.

[4] Wilkinson JL, Goh TH. Early clinical experience with use of the 'Amplatzer Septal Occluder' device for atrial septal defect. Cardiol Young, 1998, 8 (3): 295-302.

[5] 张军, 张玉顺, 姚志勇, 等. 经胸超声心动图术前及术后指导房间隔缺损封堵术. 中国超声医学杂志, 2002, 18 (4): 268-270.

[6] Thanopoulos BD, Tsaousis GS, Konstadopoulou GN, et al. Transcatheter closure of muscular ventricular septal defects with the amplatzer ventricular septal defect occluder: initial clinical applications in children. J Am Coll Cardiol, 1999, 33 (5): 1395-1399.

[7] 陈传荣, 黄奕高, 黄涛, 等. 经皮钮扣式补片治疗左向右分流先天性心脏病的初步报告. 中华心血管病杂志, 1995, 23 (6): 434-436.

(2002-09-17 收稿, 2002-11-30 修回)