

彩色超声多普勒诊断卵巢浆液性囊腺癌

刘 健

安徽医科大学附属六安医院六安市人民医院 安徽 六安 237000

【摘要】目的：研究对卵巢浆液性囊腺癌患者应用彩色超声多普勒诊断的价值。**方法：**选取2019年9月—2020年10月间检查出现包块且进行手术的患者109例为研究对象，均实施彩色超声多普勒检查，以术后病理结果为标准分析其应用价值。**结果：**与术后病理诊断相比，彩色超声多普勒诊断准确率为97.25%，误诊率为2.75%，差异无统计学意义($P > 0.05$)。**结论：**彩色超声多普勒在卵巢浆液性囊腺癌诊断中具有较高价值，准确率较高，可为临床患者的治疗提供有效参考，值得临床广泛应用。

【关键词】卵巢浆液性囊腺癌；彩色超声多普勒；准确率；误诊率

【中图分类号】R737.31

【文献标识码】A

【文章编号】2096-1685(2021)47-193-02

浆液性囊腺癌是发生于卵巢上皮性的一种恶性肿瘤，在临床中较为常见，有关资料显示，其在卵巢肿瘤中占比为25%，大多发生于育龄期女性中，双侧性占比为15%，临床将囊肿分为两种，即单纯性及乳头状^[1]。该病的特点为发生较晚，其会增加患者的死亡率并对其远期生存预后造成严重影响，其治疗及化疗相对敏感，有超过70%的患者会在短期内复发，较多患者发现时已至晚期，临床可通过手术及化疗治疗，但治疗前应先明确诊断，进而予以相应的治疗^[2]。对卵巢浆液性囊腺癌进行早期诊断非常关键，其能帮助患者尽早实施根治性手术，提高卵巢癌病灶组织的完全切除率，进而有效改善预后。目前彩色超声多普勒广泛应用于临床中，其有一定的应用效果，通过超声可以对肿瘤病灶位置、大小、是否有乳头状回声、有无分隔等进行评估，在一定程度上可明确卵巢浆液性囊腺癌，但是其超声图像特征与卵巢黏液性肿瘤有相似之处，也会有漏诊或误诊的可能，所以一定要仔细观察患者的实际情况以明确诊断^[3]。本次研究主要对2019年9月—2020年10月间接收的109例经病理检查证实为卵巢浆液性囊腺癌的患者进行研究，对所有患者应用彩色超声多普勒诊断的价值进行分析讨论。

1 临床资料与方法

1.1 一般资料

选取我院2019年9月—2020年10月间109例检查出现包块且进行手术的患者为此研究对象，年龄24~65岁，平均年龄(43.8±5.3)岁，主要表现为下腹胀32例、急腹症27例、扪及腹部包块50例。纳入标准：(1)所有患者经手术病理检查均证实为卵巢浆液性囊腺癌；(2)术前均经过影像学检查且临床资料较为完整的患者；(3)无沟通障碍或精神障碍的患者；(4)依从性较高的患者；(5)影像学资料与手术间隔时间不超过1周。

排除标准：(1)患有严重精神疾病或智力异常难以配合检查的患者；(2)存在彩色超声多普勒禁忌证的患者；(3)肝肾功能严重衰竭的患者；(4)合并血液系统疾病的患者；(5)其他类型的卵巢恶性肿瘤患者^[4]。所有患者均已知晓此次研究内容，自愿参与并已签署知情同意书，经过本院伦理委员会审核批准。

1.2 方法

所有患者均实施彩色超声多普勒检查，将腹部超声探头频率设置为3.5MHz，阴道探头频率设置为5.0MHz，对其进行常规盆腔横切、纵切扫查，提醒患者需先使膀胱为充盈状态，对其盆腔肿物部位进行观察，并分析与周围组织器官的关系，检查肿物内是否有乳头及分隔，然后排空膀胱，再应用阴道超声探头对患者子宫双附件进行探查，检查肿块大小、内部回声及形态，是否有包膜，然后应用彩色多普勒对囊壁及其囊内乳头血流进行监测，记录肿块的边界、范围、形态及其包膜囊壁改变情况等。

1.3 评价指标

以术后病理诊断结果为金标准，其中包块最大为19cm×11cm×10cm，最小为3.5cm×3.2cm×2.4cm，双侧卵巢浆液性囊腺癌39例，单侧卵巢浆液性囊腺癌70例。分析彩色超声多普勒的诊断准确率、误诊率。

1.4 统计学分析

应用统计学软件SPSS 23.0处理本文相关数据，计量资料用($\bar{x} \pm s$)表示，采用 t 检验；计数资料用 n (%)表示，采用卡方检验。 $P < 0.05$ 代表差异有统计学意义。

2 结果

与术后病理诊断对比，彩色超声多普勒诊断准确率为97.25%，误诊率为2.75%，差异无统计学意义($P > 0.05$)，见表1：

表1 病理诊断与彩色超声多普勒诊断符合率对比 [n (%)]

组别	例数	诊断准确率	误诊率
术后病理	109	109 (100.00)	0 (0.00)
彩色超声多普勒	109	106 (97.25)	3 (2.75)
χ^2	—		3.042
P	—		0.081

3 讨论

浆液性囊腺癌是一种恶性肿瘤，在临床中比较常见，在卵巢上皮性癌中占比为50%^[5]，可起源于良性肿瘤，也可原发性恶性肿瘤，携带自身易感因素及长期性激素分泌紊乱等原因均会促进卵巢浆液性恶性肿瘤的发展，尤其是对于有相关卵巢上皮恶性或交界性病变家族史患者，其中卵巢浆液性囊腺癌具有较高的发病率，有关资料显示，其发病率已达到0.05%~0.17%，且受多种因素影响，该病的发病率在明显上升。通过对临床患者的观察发

现，其肿瘤内壁上有较多乳头体，扩散时会对周围器官造成侵袭，进而加重病情。患者会出现多种症状，降低其生活质量的同时，也会对其身心健康造成极大影响，甚至危及生命安全，所以及时予以治疗很关键。治疗前明确病情是必要的，以此提供更好的治疗方案^[6]。

临床上，卵巢浆液性囊腺癌的早期诊断成功率不超过25%，较多患者在确诊时疾病已发展至中晚期，已错过了最佳的治疗时机，临床可以通过血清学指标对卵巢浆液性囊腺癌进行协助诊断，

但是有研究显示, HE4/CA125 等典型卵巢上皮肿瘤标志物诊断在卵巢浆液性囊腺瘤中的灵敏度不超过 35%, 且特异性比较低, 具有较高的误诊率, 在临床实际应用中有一定的局限性。目前, 随着医学影像技术水平的发展, 超声技术广泛应用于临床中。对于浆液性囊腺瘤患者来说, 其较多无明显症状, 但也有少部分患者会出现下腹不适、肿物增大并触及包块、立体大等, 其囊内会出现分隔及乳头样的结节, 所以可将其分为浆液性乳头状囊腺瘤及单纯浆液性囊腺瘤两种。浆液性囊腺瘤二维超声的表现有: 单房、少房性囊腺瘤为超声分类 I、II 型, 其肿块的边界比较清晰, 囊壁薄而完整且厚度均匀, 内壁比较光滑。多房性囊腺瘤囊内会有纤细分隔回声, 隔光滑且均匀; 乳头状囊腺瘤囊内壁上会有突出的乳头, 当其较小时可表现为囊肿壁局部增厚, 内壁不平滑且为结节状或不规则状; 浆液性囊腺瘤囊内有稀疏点状回声或无回声, 黏液性囊腺瘤患者囊内有稀疏低回声或云雾状低回声, 当浆液性囊腺瘤囊内出现出血时是不能较好地与黏液性囊腺瘤进行鉴别的。对患者应用彩色超声多普勒检查时, 其表现为肿瘤内无回声或有低回声囊性但无血流信号, 其囊内间隔、囊壁及乳头均会出现细条状的血流, 最大血流速度为 15cm/s, RI 值为 0.40, 分隔较多血流丰富时, 其血流频谱与恶性肿瘤频谱会比较相似, 实际检查中要注意交界性囊腺瘤的发生。

单纯浆液性囊腺瘤需要与多种肿瘤进行鉴别, 如卵巢冠囊肿、成熟性囊性畸胎瘤、生理性囊肿、子宫内膜异位囊肿、输卵管囊肿等。卵巢冠囊肿同侧卵巢是比较正常的, 输卵管囊肿同侧也会观察到卵巢, 卵巢会与囊肿粘连, 也会有不粘连的情况。生理性囊肿动态观察下囊肿会缩小也可能会消失。浆液性囊腺瘤经过多年的观察大小无变化, 合并出血或扭转时囊内会有点状或块状的高回声, 其需要与子宫内膜异位囊肿及成熟性囊性畸胎瘤进行鉴别。浆液性囊腺瘤也需要同盆腔炎症性包块进行鉴别, 盆腔炎症性包块主要为盆腔脓肿及输卵管积液, 患者主要可表现为腹痛、阴道脓性分泌物增多、高热、寒战等, 进行妇科检查时, 可扪及盆腔包块, 也会有触痛、波动感。二维超声图像在盆腔双侧或一侧会出现不规则的条索状或腊肠样、曲颈瓶样液性回声区, 当输卵管合并有卵巢慢性炎症时, 盆腔会有多房性无回声区及周围组织粘连, 边界不清楚, 且容易形成包裹性积液, 内部有杂乱混合回声。多房浆液性囊腺瘤超声的主要特征为囊肿比较光滑, 而囊壁内会出现大小不等的局限性光斑或是乳头状光团结构突向囊内, 乳头突起会有砂样钙化小体, 有明显强回声光点, 该外囊腺瘤自行破裂后会伴有腹水。囊腔会因纤维组织被分隔为多房, 房内会有乳头突起, 有短粗分支, 基底比较宽大, 其为良性乳头特征, 若是乳头生长得比较茂盛, 且分支比较细, 就需要注意可能存在恶变。肿瘤内血流检测理论基础为肿瘤内部产生自己特有的新生血管, 不同类型的肿瘤血管组成及血流供血均有一定的差异, 良性肿瘤的血管形成速度比较慢, 而恶性肿瘤因其高代谢及肿瘤组织的快速生长的原因, 其血管形成较多, 应用彩色超声多普勒检查时更容易显示出。且恶性肿瘤的内部及其周边均会出现彩色血流, 呈束状, 也会呈星点状, 新生血管因缺乏平滑肌组织, 壁薄, 彩色多普勒频谱中的表现为低阻力, 以此可以较好地地区分肿瘤为良性还是恶性。对于卵巢浆液性囊腺瘤及黏液性囊腺瘤患者来说, 其

临床预后具有一定的差异, 尤其是手术后复发方面差异明显, 通过对临床患者的随访及研究发现, 其卵巢黏液性囊腺瘤具有较高的复发率, 其在手术过程中需要进行相关剥离操作, 且还要对卵巢进行缝合, 另外还需要更加规范且谨慎地进行盆腔清洗操作。应用彩色超声多普勒对患者进行检查, 能提高黏液性囊腺瘤的诊断价值, 进而为手术进行相应的指导, 同时也能在术后疾病复发中起到一定的作用。对于卵巢浆液性囊腺瘤及黏液性囊腺瘤的鉴别诊断, 可为快速病理诊断提供较好的依据, 同时也可作为卵巢囊肿的剥离及附件切除范围提供相应的参考。通过超声检查, 可观察到病灶的大小、边界是否清晰, 有无包膜等, 可尽早协助早期诊断, 但是卵巢浆液性囊腺瘤及黏液性恶性肿瘤有相似之处, 实际诊断中会有误诊或漏诊的可能, 反而会延误患者的治疗时机, 进而加重患者病情, 导致医疗纠纷的发生。导致超声诊断出现误诊的原因主要有以下几方面: 超声检查可表现出中度或中低回声, 部分会有较高的高回声亮点; 另外, 疾病在进展早期可能会有恶性肿瘤内部分隔等回声光环, 进而导致误诊的发生, 临床可以通过对囊内乳头状实质性肿块检出率、囊内隔增厚等影像学特征对卵巢上皮肿瘤进行鉴别诊断进而保证患者尽快得到有效治疗。此研究通过腹部超声及阴道超声对患者进行检查, 设置好相应的探头频率, 对肿块及其周围组织器官进行观察, 明确其关系以保证诊断的准确率。有研究资料显示, 彩色超声多普勒在卵巢浆液性囊腺瘤患者中诊断准确率较高, 诊断准确率为 85.21%, 具有一定的应用价值, 与本研究结果一致。本次研究结果显示, 彩色超声多普勒诊断准确率为 97.25%, 误诊率为 2.75%。

综上所述, 卵巢浆液性囊腺瘤应用彩色超声多普勒诊断价值较高, 可有效降低其误诊率, 为临床患者治疗方案的制定提供相应依据, 值得临床广泛应用。

参考文献

- [1] 马艳红, 阮青青, 梁志, 等. 超声造影定量参数联合血清微小 RNA-139-5p、微小 RNA-15a 检测在卵巢浆液性囊腺瘤病人中应用价值 [J]. 安徽医药, 2022, 26(1): 94-98.
- [2] 林军, 曾义岚. 超声、MRI 误诊为囊腺瘤的卵巢子宫内膜异位囊肿 1 例 [J]. 医学影像学杂志, 2021, 31(5): 757, 766.
- [3] Hulya Ayik Aydin, Elif Pestereli, Mualla Ozcan, et al. A study detection of the ROS1 gene fusion by FISH and ROS1 protein expression by IHC methods in patients with ovarian malignant or borderline serous tumors [J]. Pathology - Research and Practice, 2018, 214(11): 1868-1872.
- [4] 闫光烈, 张彦. 小涎腺乳头状囊腺瘤超声表现 1 例 [J]. 临床超声医学杂志, 2021, 23(5): 350.
- [5] 董刚, 张姗姗, 孙璐璐, 等. 超声引导下经皮射频消融治疗肝内胆管囊腺瘤和囊腺瘤的疗效分析 [J]. 肿瘤基础与临床, 2020, 33(3): 205-208.
- [6] P. Cybulska, A. Spirtos, O.T. Filippova, et al. Prognostic significance of supraclavicular lymphadenopathy in patients with high-grade serous ovarian cancer [J]. Gynecologic Oncology, 2019, 154(S1).