

彩色多普勒超声对子宫内膜癌的诊断价值

查 莉, 黄建国

摘 要: 目的 探讨彩色多普勒超声(CDFI)对子宫内膜癌的诊断价值。方法 32 例阴道出血患者经超声检测子宫内膜厚度, 观察子宫内膜声像图改变, 并用 CDFI 探测病变区峰值血流速度以及阻力指数。结果 二维超声将子宫内膜癌分三型: 弥漫型, 局限型, 息肉型。CDFI 表现为病变区丰富血流, 阻力指数 < 0.4 , 彩超拟诊子宫内膜癌 27 例, 误诊 5 例。与病理对照诊断符合率为 84.37%, 结论 CDFI 对子宫内膜癌具有临床诊断价值。

关键词: 彩色多普勒血流显像; 子宫内膜癌; 血流动力学

中图分类号: R 730.41 文献标识码: A 文章编号: 1000-8578(2001)04-0324-02

The Value of Colour Dopler Ultrasonography in the Diagnosis of Endometrial Cancer

ZHA Li, HUANG Jian-guo

The Department of Ultrasonography, Hubei Provincial Tumor Hospital, Wuhan 430079, China

Abstract: **Objective** To evaluate the value of Colour Doppler ultrasonography in the diagnosis of endometrial cancer. **Methods** The thickness of endometrium was measured in 32 women patients with transvaginal bleeding and the ultrasonographic feature of the endometrium observed. The blood resistance indexes and the blood velocity of diseased region were also searched by colour Doppler ultrasonography. **Results** Endometrial cancer was classified as three types: diffusion, localization, and polypoid. Blood flow in diseased region was great and resistance indexes < 0.4 . 27 patients were diagnosed as endometrial cancer, but 5 patients were misdiagnosed by compared with pathological measurement. The diagnostic coincidental rate was 84.37%. **Conclusion** Colour Doppler ultrasonography has a certain clinical value in diagnosis of endometrial cancer.

Key words: Endometrial cancer; color Doppler ultrasonography; Hemodynamics

随着子宫内膜癌发病率不断上升, 发病年龄年轻化, 早期准确的诊断子宫内膜癌已成为临床关注的焦点, 本研究对 32 例子宫内膜癌的彩色普勒超声诊断结果进行分析。

1 资料与方法

1.1 临床资料 所有资料来自我院妇科住院病人, 彩超前均未作过诊断性刮宫术共 32 例, 年龄 25~68 岁, 中位年龄 54 岁, 其中绝经前月经紊乱 11 例, 绝经后不规则阴道出血 21 例。

1.2 方法采用美国 ATL-UL-tramarK 9 彩色多普勒超声显像仪, 凸阵式探头, 探头频率为 3.5mHZ。

取样容积 1~2mm, 检查前充盈膀胱, 取仰卧位。

2 结果

2.1 用二维超声检测子宫内膜厚度, 32 例中绝经前月经紊乱的 11 例, 内膜增厚范围 (0.5~4cm) 平均值 1.19cm, 绝经后子宫出血 21 例, 内膜厚度范围 (0.48~3cm) 平均值 1.06cm。

2.2 子宫内膜癌的声像图特征

子宫内膜异常增厚, 内膜连续性受到破坏, 并有局部内膜增厚或有不规则块状回声向宫腔内突起, 本组 32 例, 结节状强光团 10 例, 不均质强光团 4 例; 无肿块回声 10 例, 子宫腔内突起性强回声光团 8 例; CDFI: 在增厚的内膜病变区显示出较丰富血流信号, 并在色彩最明亮处检测为高速低阻血流, 32 例中 27 例 RI < 0.4 , 2 例结节状强光团及 1 例子宫腔内凸起性强光团 RI 在 0.48 和 0.54, 2 例单纯内膜增厚为 0.8cm、2.4cm, 病变区 CDFI 未探及明

收稿日期: 2000-11-01; 修回日期: 2001-03-12

作者单位: 430079 武汉, 湖北省肿瘤医院 B 超室

显血流信号。

2.3 彩超与病理诊断对照

32 例中除 10 例用诊断性刮宫术外,22 例均行剖腹切除子宫,术后与病理对照 27 例子官内膜腺癌,3 例腺棘癌,癌肉瘤、肉瘤各 1 例,子宫内膜癌占 93.7% (30/32),彩超拟诊子宫内膜癌 27 例,诊断符合率 84.37% (27/32),误诊 5 例,误诊率为 15.63%。

3 讨论

3.1 由于子宫内膜是子宫内膜癌在雌激素持续作用下,内膜发生腺性囊性增生,经过腺瘤样增生而最后形成癌^[1]。其常见症状是绝经后不规则阴道出血或非绝经期异常阴道出血,虽然子宫内膜癌确诊一直依赖于诊刮,但仍存在一定盲目性和创伤性,且单纯诊刮准确性仅 65%^[2]。近年来,随着彩超广泛应用,加之结合 TVS、宫腔镜等方法,对子宫内膜癌的筛选取得很大进展。陈氏等人将子宫内膜正常厚度定为小于 0.4cm,提出内膜增厚大于 0.4cm 时应怀疑为子宫膜癌^[3]。本文 32 例测得内膜厚度均大于 0.4cm;根据子宫内膜癌的声像图特征将其分为:癌组织遍及子宫内膜大部分或整个子宫内膜,使子宫内膜显著增厚,可伴有不规则、乳头突起,成为弥漫型病变,仅累及子宫内膜一部分,伴有肌层浸润为局限型,癌肿向宫腔突出呈息肉状,癌组织侵及范围小的称为息肉型^[4]。本组 32 例中病理确诊 27 例子官内膜癌可分弥漫型 8 例,局限型 12 例,息肉型 7 例。

3.2 子宫内膜癌发生于子宫内膜恶性肿瘤,早在 1971 年有人提出,肿瘤新生血管的形成先于肿瘤细胞的增生,并且恶性肿瘤新生血管多源于病变的中央,呈随机性分布^[5]。由于癌组织血供丰富,新生血管缺乏正常的组织的结构,使得病变区的血液在血管内高速低阻的运行,其作用增加癌灶内液供应,最大限度满足癌组织生长。这是诊断子宫内膜癌的血液动力学基础,本组 32 例中已确诊 27 例 RI<0.4。

3.3 误诊分析

32 例中误诊 4 例,漏诊 1 例。一例绝经前子宫内膜增厚 2.4cm,误诊为子宫内膜增生 CDFI 病变区无血流信号。由于过分强调激素对子宫内膜影响,

忽视了月经周期中不同时期激素对子宫内膜不同的影响,导致一例绝经前子宫内膜癌误诊。另 3 例中 2 例粘膜下小肌瘤(瘤体直径为 2.5cm)1 例子官内膜息肉,其原因:病灶小,只注意内膜厚度,忽视对子宫肌层与肿块包膜之间的观察,CDFI 缺乏对小肿块内部血管分布及血流观察。因子宫内膜息肉、粘膜下肌瘤是一种良性病变,不具向周围组织侵犯的特点,且肿块包膜完整,与肌层界限清晰,RI<0.4,血管在肿块周边是环状分布,息肉在蒂部可探到丰富血流,而子宫内膜癌的血流是杂乱,多彩血流,血流阻力指数<0.4。虽然国外有学者报道,在子宫内膜增殖症,子宫腔息肉或子宫内膜微小癌灶,这些病例中,子宫内膜厚度大于 0.5cm^[6],鉴于声像图上仅仅反应是病变组织物理界面和声学特性反应,不具备确切病理性质的功能,如果按上述内膜厚度,在本组病例中将有 1 例病例被漏诊。因此,作者认为子宫内膜厚度大于 0.4cm 时应高度重视。

综上所述,彩超对子宫内膜癌虽然有较高诊断价值,但对识别宫内微小占位病变,判断肿瘤与子宫肌层侵犯程度仍存在一定局限性,如果与 TVS、宫腔镜联合应用,结合临床可望大大降低子宫内膜癌的误诊率。

参考文献:

- [1] 王淑贞主编. 妇产科理论与实践[M]. 第 1 版. 上海: 上海科学技术出版社. 1981. 520-522
- [2] 黄荷风. 陈零侠, 石一复. 绝经后出血研究近况[J]. 国外医学妇产科分册,1991,18 (2):69.
- [3] 陈洁. 陈焰. 邓小红. 阴道超声监测子宫内膜的临床应用[J]. 中华妇产科杂志,1999,34 (10):637.
- [4] 周永昌, 郭万学主编. 超声医学[M]. 第 2 版. 北京: 科学技术文献出版社,1997 -800.
- [5] 陈昭日, 刘茹辛. 经阴道彩色多勒超声诊断子宫病变的研究进展[J]. 现代妇产科进展,1999,8 (4):370 -371.
- [6] Karlsson B, Granberg S, Wikland M, et al. Transvaginal ultrasonography of the endometrium in women with postmenopausal bleeding: a nordic multicenter study [J]. AmJ Obstet Gynecol,1995,172:1488 -1494.

(李奇明校对)