

# 绝经后子宫内膜息肉 68 例临床分析

贾小文<sup>①</sup> 段 华\* 陶 址<sup>②</sup>

(首都医科大学附属北京妇产医院妇科微创中心, 北京 100006)

**【摘要】 目的** 分析绝经后子宫内膜息肉的临床特点,探讨适宜的诊疗方法。 **方法** 回顾性分析 2007 年 9 月~2009 年 4 月住院治疗的 68 例绝经后子宫内膜息肉的临床资料,均行 B 超检查,发现宫内病变 63 例(92.6%),均经宫腔镜检查并行宫腔镜下子宫内膜息肉切除术。 **结果** 子宫内膜良性息肉 63 例(92.6%),子宫内膜息肉内非典型增生 5 例(7.4%);61 例子宫内膜息肉经宫腔镜治疗后随访 12~30 个月无复发,7 例术后行全子宫切除术(5 例子宫内膜息肉内非典型增生,2 例因其他病变)。 **结论** ①绝经后子宫内膜息肉以良性病变为主,但应警惕癌前病变可能,明确诊断需宫腔镜检查联合病理组织学诊断。②宫腔镜下息肉切除术是治疗绝经后子宫内膜息肉的常规方法,若发现癌前病变应尽快行全子宫切除术。

**【关键词】** 绝经期; 子宫内膜息肉; 宫腔镜

中图分类号:R711.52

文献标识:A

文章编号:1009-6604(2010)07-0626-03

**Analysis on 68 Cases of Post-menopausal Endometrial Polyps** Jia Xiaowen, Duan Hua\*, Tao Zhi. \* Gynecologic Minimally Invasive Center, Beijing Obstetrics Gynecology Hospital, Capital Medical University, Beijing 100006, China

**【Abstract】 Objective** To investigate the clinical characteristics of post-menopausal endometrial polyps, and proper diagnostic and therapeutic methods for the disease. **Methods** We retrospectively analyzed the clinical data of 68 cases of post-menopausal endometrial polyps, who were treated in our hospital from September 2007 to April 2009. All the cases received B-ultrasonography, which detected the lesion in 63 of the cases (92.6%). Hysteroscopy was carried out in all of the patients, and resection of the polyps were performed meanwhile. The patients were followed up for 12 to 30 months after the surgery. **Results** In this series, benign lesion was detected in 63 cases (92.6%), the other 5 cases (7.4%) were confirmed as having atypical endometrial hyperplasia. During the follow-up, 61 of the cases had no recurrence; the other 7 patients received hysterectomy because of atypical endometrial hyperplasia (5 cases) or other lesions (2 cases). **Conclusions** Most of the patients with post-menopausal endometrial polyps are benign cases, but hysteroscopic and pathological examinations shall be carried out to exclude pre-cancer changes. Hysteroscopic resection is the routine treatment for the disease. Hysterectomy should be performed as soon as possible if atypical endometrial hyperplasia is detected.

**【Key Words】** Menopause; Endometrial polyps; Hysteroscopy

子宫内膜息肉是异常子宫出血的常见原因之一,发病原因尚不清楚,故难以预防。息肉虽属良性增生性病变,但微环境改变时可发生恶变。文献报道育龄期女性子宫内膜息肉恶变率仅为 0.5%~1%,但绝经后其恶变率可上升至 10%~15%<sup>[1]</sup>。为了解绝经后子宫内膜息肉的临床特点,探讨适宜的诊疗方法,我们对 2007 年 9 月~2009 年 4 月在北京妇产医院住院治疗的绝经后子宫内膜息肉 68 例的临床资料进行回顾性分析,报道如下。

## 1 临床资料与方法

### 1.1 一般资料

本组 68 例,年龄 46~78 岁, (59.9±7.2) 岁。有绝经后阴道出血症状 37 例(同月经量 4 例,淋漓出血或仅有少量血性分泌物 33 例,出血时间 7 天~13 年),其中 1 例伴有腹部隐痛;余 31 例无症状,体检经超声检查见异常回声。绝经时间 1~28 年, (10.2±7.5) 年。1 例乳腺癌术后服用他莫昔芬 3.5 年,均无雌孕激素替代治疗史。合并子宫肌瘤 28 例;高血压 31 例;超重 35 例(体重指数 25.7~32.4)。均行 B 超检查,提示宫内异常回声团块 31 例(强回声 17 例,不均质回声 10 例,低回声 4 例);单纯内膜增厚 32 例(5~35 mm),余 5 例 B 超未见任何异常(均有阴道出血症状)。见表 1。

\* 通讯作者, E-mail: dhua88@21cn.com

① (北京市平谷区妇幼保健院妇科, 北京 101200)

② (清华大学玉泉医院妇产科, 北京 100049)

表 1 68 例子宫内膜息肉 B 超表现

子宫内膜厚度	宫内异常回声团块 (n = 31)			无异常回声团块 (n = 37)
	强回声	不均质回声	低回声	
< 5 mm (n = 12)	6	0	1	5
5 ~ 35 mm (n = 56)	11	10	3	32

1.2 方法

1.2.1 设备与器械 选用 Olympus 公司 OES 型宫腔镜及其配套设备, 检查镜外鞘 4.5 mm, 电切镜外鞘 8.5 mm。5% 葡萄糖 (糖尿病患者使用 5% 甘露醇) 为膨宫灌流介质, 宫腔压力设定 100 mm Hg, 灌流液速度 260 ~ 280 ml/min, 电极输出功率为切割 80 W、凝固 60 W<sup>[2]</sup>。

1.2.2 宫腔镜手术方法 宫颈预处理: 术前一晚咪唑美辛栓 100 mg 肛门用药, 30 min 后放置宫颈扩张棒 (一次性 12 号普通导尿管) 达宫颈内口, 至术前取出; 对于宫颈萎缩扩张棒置入困难者, 可于阴道后穹隆放置米索前列醇 400 μg (无使用前列腺素禁忌者)。所有患者均采用静脉麻醉。手术方法: 常规外阴阴道消毒、铺巾后, 置入诊断宫腔镜, 顺次观察子宫底、双侧宫角、宫腔前后侧壁及宫颈管内膜组织; 镜下诊断子宫内膜息肉后, 逐号扩张宫颈至 11 号 Hegar, 置入宫腔电切镜切除息肉。如合并其他良性占位病变予以同时切除, 镜下见息肉形状不规则, 多叶, 表面血管丰富, 质地糟脆者同时行子宫内膜多点活检, 并将手术切除的病变组织与活检内膜分别进行组织病理学检查。术后抗生素预防感染。

1.2.3 随访 手术后第 1、3、6 个月行门诊随访, 随

访内容: 症状 (阴道出血、排液及下腹不适等), 体征 (腹部检查、妇科检查) 和辅助检查 (盆腔超声)。

2 结果

宫腔镜下诊断子宫内膜息肉 63 例, 息肉直径 0.3 ~ 5 cm, 其中 3 例息肉表面见粗大异形血管, 单发息肉 48 例, 多发息肉 15 例。5 例宫腔镜检查诊断其他病变: 3 例子宫内膜增殖, 1 例子宫肌瘤, 1 例子宫内膜炎。无并发症发生。术后病理诊断: 子宫内膜良性息肉 63 例, 其中伴单纯内膜增生 8 例; 息肉内非典型增生 5 例; 合并黏膜下子宫肌瘤 5 例 (3 例 II 型, 直径 1.0 ~ 1.5 cm, 1 例 I 型 2.5 cm × 2.4 cm, 1 例 0 型直径 2 cm)。无恶性病变。

术后随访 12 ~ 30 个月。5 例因合并非典型增生行全子宫切除术 (术后 1 ~ 3 个月手术), 术后无并发症, 定期复查无异常; 8 例合并子宫内膜单纯性增生者中, 3 例口服孕三烯酮治疗 (每次 2.5 mg, 每周 2 次, 共 3 个月, 其中 1 例用药 2 个月因丙氨酸转氨酶、天冬氨酸转氨酶均升高停药), 1 例口服黄体酮治疗 1 个月后自行停药, 另 4 例未用药。2 例因其他病变行全子宫切除术, 术后无并发症。61 例保留子宫者均无症状和宫腔占位复发。

不同病理性质子宫内膜息肉的临床特点见表 2。5 例息肉内非典型增生患者均有高危因素, 其中 4 例超重, 3 例高血压; 4 例有阴道出血症状, 1 例无症状者 B 超表现内膜厚 5 mm, 宫腔内见 0.7 cm × 0.5 cm × 0.5 cm 强回声团; 超声均发现内膜增厚, 2 例伴强回声团块, 1 例伴不均质回声团块。

表 2 不同病理性质子宫内膜息肉的临床特点

病理诊断	超重	高血压	阴道出血	B 超子宫内膜厚度 > 5 mm	B 超宫内回声团			宫腔镜诊断			
					A	B	C	a	b	c	d
单纯子宫内膜息肉 (n = 55)	25	24	30	50	14	7	4	51	3	1	0
子宫内膜息肉伴单纯内膜增生 (n = 8)	6	4	3	8	1	2	0	8	0	0	0
息肉内非典型增生 (n = 5)	4	3	4	5	2	1	0	4	0	0	1

B 超宫内回声团: A. 强回声; B. 不均质回声; C. 低回声  
宫腔镜诊断: a. 子宫内膜息肉; b. 子宫内膜增殖; c. 子宫肌瘤; d. 子宫内膜炎

3 讨论

3.1 临床表现和诊断

绝经期子宫内膜息肉主要表现为绝经后阴道出血和 (或) 体检超声发现宫内异常回声。息肉表面发生溃疡和破损, 或功能性息肉内膜不规则脱落, 可致阴道淋漓出血, 有巨大子宫内膜息肉、伴有其他病变或内膜增生时出血量多如月经。本组 54.4% (37/68) 表现为绝经后阴道出血, 其中 89.2% (33/37) 为间歇性或淋漓少量出血, 10.8% (4/37)

出血量同月经的患者合并子宫肌瘤和巨大子宫内膜息肉。阴道出血持续时间不一, 可能与病理类型和子宫内膜增生病变有关。当患者同时有其他症状时, 应怀疑另有病变, 本组 1 例阴道出血伴腹部隐痛者宫腔镜下见子宫内膜息肉 1.5 cm 合并黏膜下子宫肌瘤 2.5 cm × 2.4 cm, 内突 70%。也有 45.6% (31/68) 并无症状, 而在体检行 B 超检查时发现宫内异常回声。  
B 超是妇科常用的辅助检查之一, 子宫内膜息肉是子宫内膜腺体和纤维间质局限性增生隆起而形

成的一种带蒂的瘤样病变,局部可发生囊性变或液化坏死,因而绝经期子宫内膜息肉的超声主要表现为宫腔内异常回声团块或子宫内膜增厚。本组均行超声检查,92.6% (63/68) 宫腔内异常,其中 25% (17/68) 为强回声团,14.7% (10/68) 为不均质回声,5.9% (4/68) 为低回声,47.1% (32/68) 单纯子宫内膜增厚 ( $\geq 5$  mm)。但是,超声不能明确病变类型,仅能辅助临床作出怀疑诊断。宫腔镜检查能直视病变,观察病变的类型和特点,目前已广泛用于子宫内膜息肉的诊断,宫腔镜检查结合组织病理学是诊断子宫内膜息肉的金标准<sup>[3]</sup>。本组均经宫腔镜检查联合病理组织学诊断子宫内膜息肉。对于绝经后阴道出血的高危患者,宫腔镜检查可根据息肉及子宫内膜的特点行多点活检,提高癌前病变或癌变的检出率,克服了盲刮的局限性。

绝经后子宫内膜息肉的临床特点对接医师的诊断和处理有一定的指示性意义。本组 5 例子宫内膜息肉伴非典型增生的患者中 4 例初诊原因为不规则阴道出血,4 例超重,3 例合并高血压病,超声均提示子宫内膜增厚,3 例提示有宫内异常回声团块。肥胖、高血压和绝经均为子宫内膜癌的高危因素,因此,绝经后阴道出血的高危患者超声有子宫内膜增厚并提示异常回声团块改变怀疑子宫内膜息肉时应考虑到癌前病变或癌性息肉的可能。

### 3.2 治疗

绝经期子宫内膜息肉的病因尚不明确,研究认为可能与内膜局部雌激素水平偏高<sup>[4]</sup>、孕激素受体低表达或(和)雌激素受体高表达、细胞增生与凋亡失衡、癌基因突变等有关<sup>[5]</sup>。当绝经期子宫内膜仅对雌激素产生增殖反应、缺乏孕激素受体或孕激素时,导致内膜逐渐增生形成息肉或息肉样改变,内环境发生改变时内膜可继续增殖并发生癌变。本组绝经期子宫内膜息肉的癌前病变(有非典型增生)率达到 7.4% (5/68)。大多数学者认为绝经期子宫内膜息肉无论有无症状都应行手术治疗<sup>[6]</sup>。本组 68 例子宫内膜息肉均行宫腔镜下息肉切除术(transcervical resection of polyp, TCRP),能够在直视下自根蒂部完整切除息肉<sup>[7]</sup>,还可以同时进行子宫内膜定位活检,发现宫腔内其他病变如黏膜下子宫肌瘤、宫颈内膜息肉等可同时治疗。TCRP 术后病理组织学检查示 8 例息肉内伴单纯性增生,其中 4 例给予孕激素治疗,4 例未处理,随访 12 ~ 30 个月均无复发。关于此种病理类型的患者 TCRP 术后是否使用孕激素治疗尚有争论。国内部分学者认为术后继续孕激素治疗可预防内膜进一步增殖、息肉复发,但缺乏临床试验证实,国外学者则不主张术后孕

激素治疗<sup>[3]</sup>。

子宫内膜不典型增生是子宫内膜的癌前病变,故多数学者提倡绝经期子宫内膜息肉内伴不典型增生时应行全子宫切除术<sup>[8]</sup>,以防病变进一步进展。本组 5 例绝经期子宫内膜息肉伴不典型增生患者均行全子宫切除术。近年来,对要求保留子宫或合并严重内科疾病不能耐受手术的子宫内膜不典型增生患者,有研究尝试采用宫腔镜子宫内膜切除术(transcervical resection of endometrium, TCRE)的保守治疗方法<sup>[9]</sup>,取得了良好效果,但尚需长期大宗病例的随访,进一步评估其预后。

### 3.3 预防绝经期子宫内膜息肉复发

子宫内膜息肉复发与手术方式及术者的手术技巧有关。TCRP 是治疗绝经期子宫内膜息肉的首选方法,切除深度包括蒂根部下方的内膜组织全层以及 2 mm 以上的肌肉组织,同时对粗糙不整的子宫内膜进行修整。对于激素替代治疗、少产、绝经晚、服用他莫昔芬等息肉复发高危因素的患者,建议在实施 TCRP 的同时行 TCRE。

### 参考文献

- 1 Bakour SH, Khan KS, Gupta JK. The risk of premalignant and malignant pathology in endometrial polyps. *Obstet Gynecol Scand*, 2002, 81 (2): 182 - 183.
- 2 段 华,夏恩兰,梁延杰. 宫腔镜子宫内膜去除术中电热效应对组织的影响. *中华妇产科杂志*, 1999, 34: 479 - 481.
- 3 Rahimi S, Marani C, Renzi C, et al. Endometrial polyps and the risk of atypical hyperplasia on biopsies of unremarkable endometrium; a study on 694 patients with benign endometrial polyps. *Int J Gynecol Pathol*, 2009, 28: 522 - 528.
- 4 Inceboz US, Nese N, Uyar U, et al. Hormone receptor expressions and proliferation markers in postmenopausal endometrial polyps. *Gynecol Obstet Znvest*, 2006, 61 (1): 24 - 28.
- 5 Sant' Ana de Almeida EC, Nogueira AA, Candido dos Reis FJ, et al. Immunohistochemical expression of estrogen and progesterone receptors in endometrial polyps and adjacent endometrium in postmenopausal women. *Maturitas*, 2004, 49: 229 - 233.
- 6 段 华,林 俊,申爱荣,等. 宫腔镜临床应用及相关问题讨论. *现代妇产科进展*, 2006, 15: 801 - 815.
- 7 夏恩兰,郎景和. 宫腔镜检查及手术. 见:连丽娟. *林巧稚妇科肿瘤学*. 第 4 版. 北京:人民卫生出版社, 2008. 164.
- 8 Perri T, Rahimi K, Ramanakumar AV, et al. Are endometrial polyps true cancer precursors? *Am J Obstet Gynecol*, 2010, 203: 1e1 - e6.
- 9 Sui L, Cao BR. Management of abnormal uterine hemorrhage with atypical endometrial hyperplasia by transcervical resection of endometrium. *Int J Gynecol Cancer*, 2006, 16: 1482 - 1486.

(收稿日期:2010-04-13)

(修回日期:2010-06-30)

(责任编辑:王惠群)