

囊性子宫腺肌病 1 例误诊分析

梅松原* 魏金花 韩秋丽

(中航工业哈尔滨二四二医院妇产科, 哈尔滨 150066)

中图分类号: R711.71

文献标识: D

文章编号: 1009-6604(2015)01-0089-03

doi: 10.3969/j.issn.1009-6604.2015.01.027

囊性子宫腺肌病(cystic adenomyosis)是由 Buerger 等^[1]提出的子宫腺肌病的一种特殊类型,表现为子宫肌壁间出现一个或多个囊肿,囊肿内含棕褐色液体,内衬上皮可见子宫内膜腺体和间质。该病临床罕见,鲜有报道。我院 2013 年 10 月收治 1 例,术前误诊为子宫肌瘤囊性变,结合临床、影像、病理对疾病进行分析,以提高对该病的认识。

1 临床资料

患者 43 岁,经期延长,经量增多 3 个月。平素身体健康,无手术史,孕 3 产 1,流产 2 次(药物流产、人工流产各 1 次),既往月经规律,13 岁初潮,周期 30 天,经期 7 天,经量中等,轻度痛经。近 3 个月经期延长至 11 天,经量是平素月经量的 2 倍,痛经逐渐加重,可忍受。末次月经 2013 年 10 月 4 日。16 日门诊行超声检查提示宫内形态不规则无回声 5.1 cm × 4.6 cm,以“宫腔占位”收入院。妇科检查:宫颈柱状,颈管轻度糜烂,无接触性出血。宫体前位,增大饱满成球形如孕 8 周大小,质硬,活动良,表面光滑,压痛明显,双附件未触及异常。阴道超声提示子宫 9.1 cm × 9.0 cm × 7.6 cm,宫体形态规则,前壁内膜单层厚 0.2 cm,清晰,子宫肌壁回声均匀,宫腔内可见以无回声为主的回声,大小 6.9 cm × 6.2 cm,壁厚薄不均,完全突向宫腔,其内可见多个无回声,最大的 5.5 cm × 4.3 cm,边界清,双侧附件未见异常(图 1)。宫腔镜检查:探宫腔深 8 cm,宫腔形态正常,宫腔内大小约 5 cm × 5 cm 肿物(图 2),蒂宽广基,位于右侧壁近宫底处,表面光滑,色灰白,可见血管规则分布,输卵管开口清晰可见。宫腔镜诊断:子宫黏膜下肌瘤。肿瘤标志物(包括 CA125、CA199、CEA 和 AFP)均在正常范围,常规化验(包括血液分析、凝血象、尿液分析、肾功能、肝功能及离

子)未见异常,宫颈液基薄层细胞学检查提示轻度炎症。入院诊断:子宫肌瘤囊性变。

10 月 22 日在全身麻醉下行腹腔镜子宫次全切除术,术中见子宫体前位饱满,大小约 9.0 cm × 8.5 cm × 7.5 cm,形态规则,与周围组织无粘连,双侧附件及盆腔未见异常。双极电凝切断输卵管、卵巢固有韧带及圆韧带,紧靠子宫峡部电凝切断子宫动静脉,用肌瘤旋切器旋切子宫,子宫腔规则完整,内膜光滑,肌壁间可见散在分布小囊肿,有褐色液体流出。宫内囊肿破裂后见大量黏稠咖啡样液体流出,吸净囊液后见宫腔右后方 5 cm × 5 cm 囊肿,与子宫腔不相通,囊壁较厚,局部呈棕褐色,并有内膜样组织生长(图 3)。术后病理诊断:囊壁见内膜组织及间质伴小血管增生,纤维组织增生、出血、坏死,炎性细胞浸润,符合囊性子宫腺肌病(图 4、5)。术后切口愈合好,7 天出院。根据病史、临床表现、辅助检查、手术所见及病理检查报告,修正诊断:囊性子宫腺肌病。术后随访半年,无慢性盆腔痛及周期性下腹痛,无阴道流血,复查超声未见异常。

2 讨论

2.1 病因及临床特点

囊性子宫腺肌病是以子宫囊肿为特点的罕见子宫腺肌病分型,其发生率不明,1990 年 Parulekar^[2]首次报道,为子宫腺肌病的特殊类型,其发病机制与子宫腺肌病相似,多次分娩、人工流产等子宫手术使子宫内膜基底层受损,导致子宫内膜腺体和间质侵入子宫肌层,受激素水平影响周期性出血导致纤维组织增生或囊肿粘连形成,在病变区域出现紫褐色斑点或小疱,多数表现为含棕黑色液体的肌壁间微囊肿,一般不超过 5 mm^[1],囊肿的内衬上皮可见子

* 通讯作者, E-mail: msy242@163.com

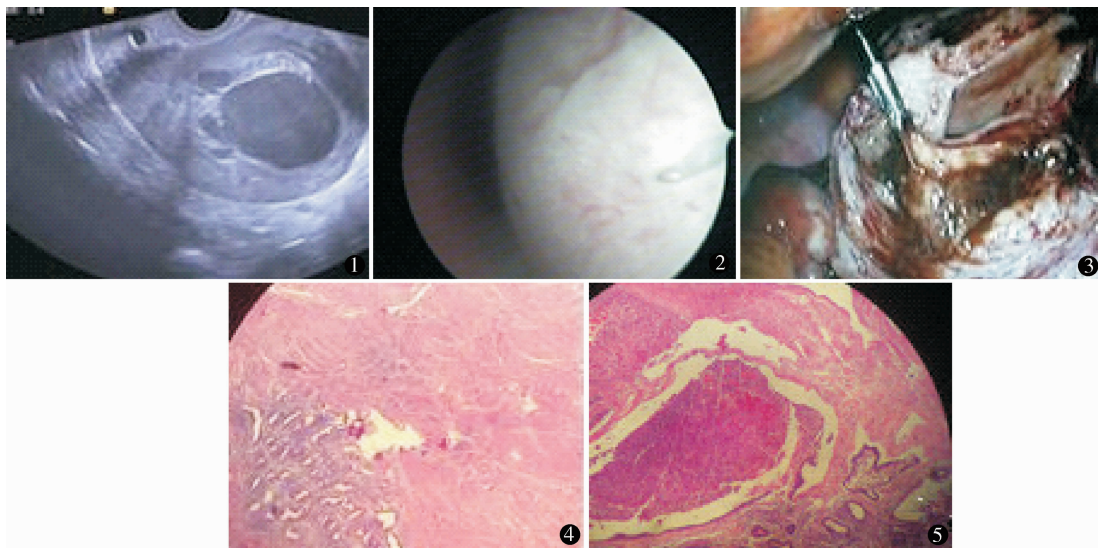


图 1 阴道超声提示宫腔内以无回声为主的回声,大小 $6.9\text{ cm} \times 6.2\text{ cm}$,壁厚薄不均,完全突向宫腔,其内可见多个无回声 图 2 宫腔镜见宫腔内大约 $5\text{ cm} \times 5\text{ cm}$ 肿物蒂宽广基,位于右侧壁近宫底处,表面光滑,色灰白,血管分布规则 图 3 腹腔镜下见宫内囊肿破裂后大量黏稠咖啡样液体流出,宫右后方 $5\text{ cm} \times 5\text{ cm}$ 囊腔,与子宫腔不相通,囊壁较厚,局部呈棕褐色,并有内膜样组织生长 图 4、5 病理符合囊性子官腺肌病 (HE 染色 $\times 100$)

宫内膜腺体和间质。较大的囊性病变罕见,形成机制有待进一步研究。该病早期多无特异症状,以不孕、盆腔疼痛、痛经、月经过多、泌尿和胃肠道症状为表现,青少年患者可有严重的原发性痛经^[3-5],巨大囊性子官腺肌病可自发破裂引起急性腹痛。本例有人工流产史,考虑可能为发病因素之一,有月经改变及痛经症状,符合囊性子官腺肌病的病因及临床表现。

2.2 诊断及鉴别诊断

除临床表现及查体外,经阴道彩超、盆腔 CT 或 MRI 具有特别诊断价值。超声诊断子宫腺肌病较容易,但囊性子官腺肌病与子宫肌瘤囊性变则较难辨别。囊性子官腺肌病边界不清,周边彩色血流信号不明显或呈星点状,而子宫肌瘤囊性变边界清楚,周边可见环状彩色血流信号。超声虽可鉴别,但容易造成误诊。赵凡桂等^[6]报道 16 例囊性子官腺肌病超声误诊为子宫肌瘤囊性变或子宫肌层囊性结构。故怀疑此病时应行 MRI 检查,囊性子官腺肌病多有子宫均匀增大,轮廓光滑,结合带弥漫性增厚。囊灶内的液体在 T1 加权像上表现为高信号,囊壁在 T2 加权像上表现为明显的低信号^[7]。子宫肌瘤囊性变 T1 加权像呈不均匀低信号, T2 加权像呈多发大小不等囊状高信号。CT 扫描子宫腺肌病表现为子宫体弥漫性均匀性增大,子宫壁增厚,增强 CT 在子宫壁内可见斑点状不强化灶,形成厚壁囊肿和囊内液体对比增强,其影像学特征有时与子宫肌瘤囊性变的影像学特征有所重叠,不易鉴别。且 CT 的软

组织分辨率较低,对小病灶显示不满意,但对大病灶诊断有一定价值。MRI 是目前诊断子宫腺肌病最敏感的无创性检查,也是诊断囊性子官腺肌病的重要手段。综合病史、体征及影像学表现可对囊性子官腺肌病作出诊断。囊性子官腺肌病少见,常被误诊为子宫肌瘤囊性变,故两者鉴别诊断很重要。后者多发生于妊娠期、绝经后期,临床症状不明显,超声及 MRI 等可辅助鉴别,如前所述。此外,还应与先天性子宫囊肿以及残角子宫、始基子宫等子宫及阴道畸形相鉴别。本例查体子宫偏硬,饱满, B 超由大小囊腔组成无回声,向宫腔内突出,囊大、囊壁较薄,误认为肌瘤假包膜,且超声未进行血流信号测定,导致倾向诊断子宫肌瘤囊性变。

2.3 治疗

应视患者症状、年龄和生育情况而定。①子宫病灶切除术,适用于年轻要求保留生育功能,且病灶局限者。子宫腺肌病的病灶多为弥漫性,彻底切除几乎不可能,且术后切除多数复发,但可术后药物治疗使患者达到妊娠目的。腹腔镜联合超声引导可准确定位异位病灶并切除。Takeuchi 等^[5]研究 6 例青少年囊性子官腺肌病,其中 5 例术后 6 个月行腹腔镜二次手术切除异位病灶,术后随访均无复发,有生育愿望者均成功妊娠。夏恩兰等^[8]报道 2 例腹腔镜下异位病灶切除,术后短期随访(3 个月)无复发及痛经,其中 1 例使用曲普瑞林。明显突入宫腔内的异位囊肿可行宫腔镜宫壁囊肿电切术,夏恩兰等^[8]报道 2 例行此术式病例,其中 1 例囊肿巨大(最大直

径 5.8 cm), 术后 1 年半复发行子宫切除, 另 1 例 (直径 3.0 cm) 术后随访中。虽然单纯病灶切除, 重塑子宫, 保留的子宫形态基本恢复正常, 给年轻的有生育要求的患者带来了生育的希望, 但疗效不确定, 且巨大病灶成功率低。保守性治疗的新方法也有待于循证医学的证据。对于症状严重、无生育要求或药物治疗无效者, 应行全子宫切除术以达到根治目的^[9]。本例因术前诊断为子宫肌瘤囊性变, 若单纯行宫腔镜下病灶切除, 因其病灶较大 (直径 5 cm), 术后复发可能性大。患者无生育要求及保留子宫愿望, 但患者要求保留宫颈, 故行子宫次全切除术。若术前作出“囊性子官腺肌病”的诊断, 应行全子宫切除术, 该患者保留宫颈, 术后加强随访, 若术后慢性盆腔痛, 可药物辅助治疗。

分析本例误诊为子宫肌瘤囊性变原因有以下几点: ①本病罕见, 缺少特异症状与体征, 子宫肌瘤可以伴有子宫腺肌病、子宫内膜异位症; ②对于子宫腔内占位性病变, 宫腔镜是宫腔内疾病诊断的主要手段, 宫腔镜检查本例为囊性占位, 表现为黏膜下肌瘤, 未见子宫腺肌病囊性开口, 过分依赖宫腔镜; ③超声囊性子官腺肌病囊肿多小于 2 cm, 子宫肌瘤黏液变性多为 5 ~ 6 cm, 且未进行血流信号监测支持诊断, 这是误诊的主要原因; ④患者就诊后只进行了常规经阴道彩超及宫腔镜检查, 未进一步行 CT 及 MRI 检查。

囊性子官腺肌病罕见, 生育年龄患者的最佳治疗方案有待进一步探究, 术前正确诊断可降低生育年龄患者错失子宫的几率, 故临床医师应增加对该病的认识, 从而指导正确的个体化治疗方案。

参考文献

- 1 Buerger PT, Petzing HE. Congenital cysts of the corpus uteri. Am J Obstet Gynecol, 1954, 67(1): 143 - 151.
- 2 Parulekar SV. Cystic degeneration in an adenomyoma (a case report). J Postgrad Med, 1990, 36(1): 46 - 47.
- 3 Takeda A, Sakai, Mitsui T, et al. Laparoscopic management of juvenile cystic adenomyoma of the uterus: report of two cases and review of the literature. J Minim Invasive Gynecol, 2007, 14(3): 370 - 374.
- 4 Ho ML, Ratts V, Merritt D. Adenomyotic cyst in an adolescent girl. J Pediatr Adolesc Gynecol, 2009, 22(3): e33 - 38.
- 5 Takeuchi H, Kitade M, Kikuchi I, et al. Diagnosis, laparoscopic management, and histopathologic findings of juvenile cystic adenomyoma: a review of nine cases. Fertil Steril, 2010, 94(3): 862 - 868.
- 6 赵凡桂, 张 浩, 孔凡斌, 等. 囊性子官腺肌病超声误诊原因分析. 中华超声影像学杂志, 2012, 21(4): 365 - 366.
- 7 Tamai K, Togashi K, Ito T, et al. MR imaging findings of adenomyosis: correlation with histopathologic features and diagnostic pitfalls. Radiographics, 2005, 25(1): 21 - 40.
- 8 夏恩兰, 马 宁, 于 丹, 等. 囊性子官腺肌病四例报告及文献复习. 中华临床医学杂志 (电子版), 2010, 4(9): 1723 - 1725.
- 9 谢 幸. 妇产科学. 第 8 版. 北京: 人民卫生出版社, 2013. 274 - 275.

(收稿日期: 2014 - 05 - 24)

(修回日期: 2014 - 07 - 12)

(责任编辑: 王惠群)