

病例讨论

朱建平

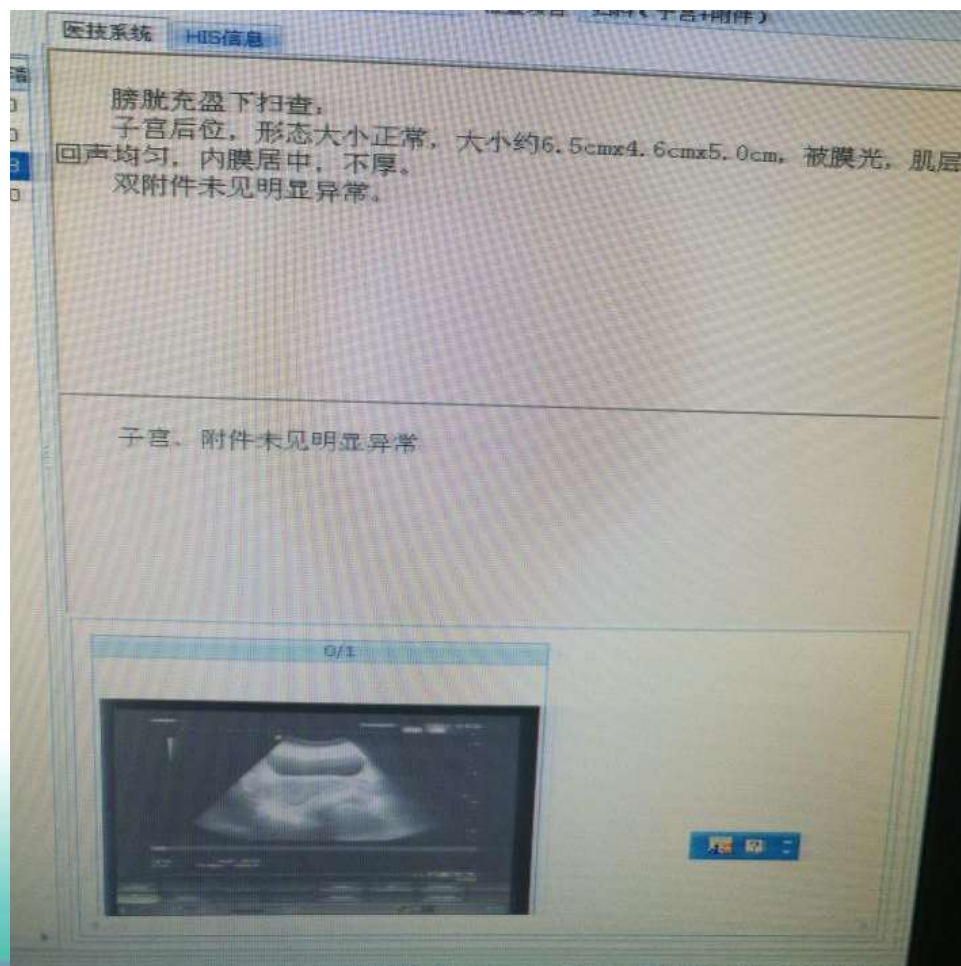
专科检查

- 腹平，横切口瘢痕10cm，未见肠型，下腹壁可触及4*3*3cm肿物，质韧，表面不光滑，界不清，活动度差。



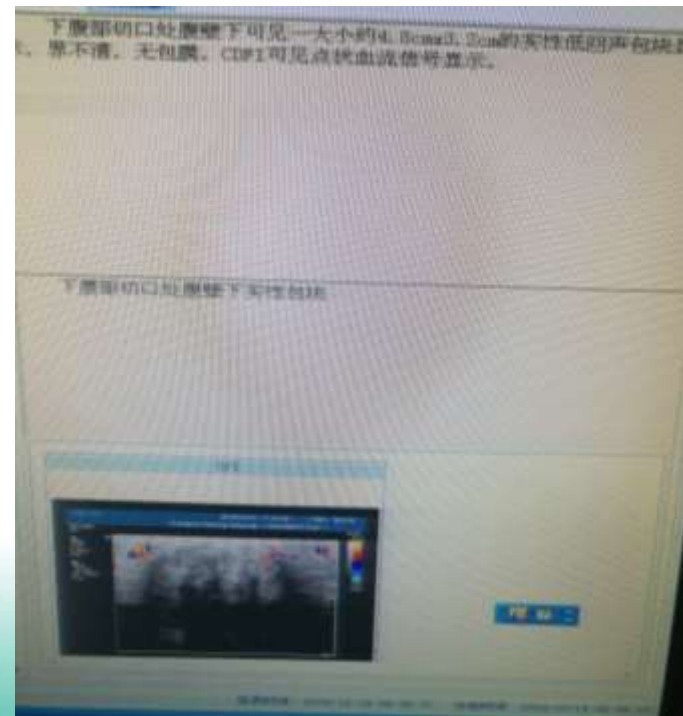
辅助检查

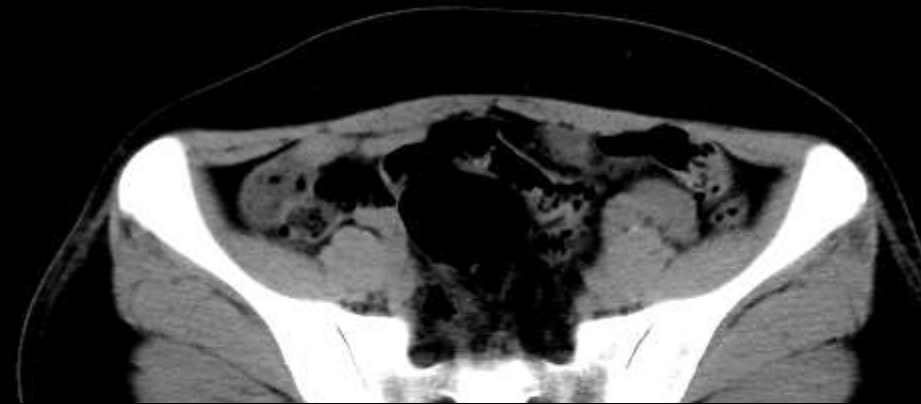
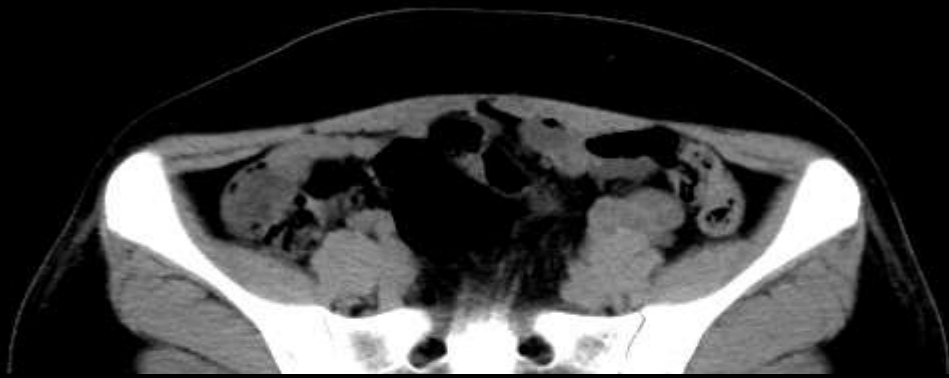
彩超： 子宫、附件未见异常



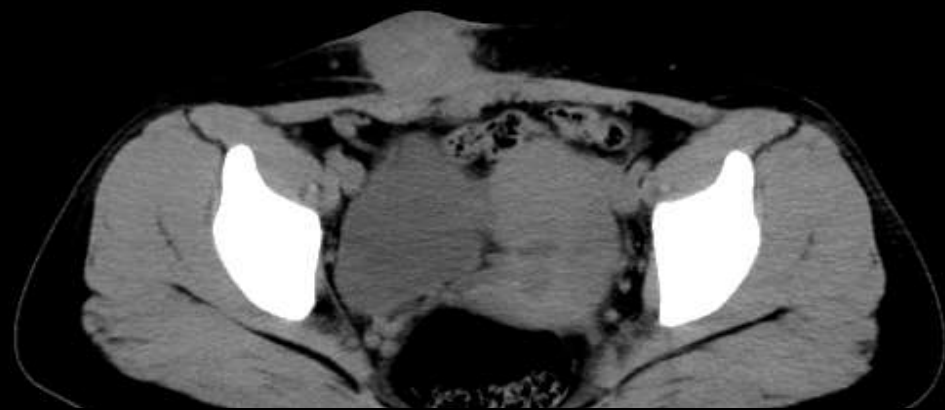
辅助检查

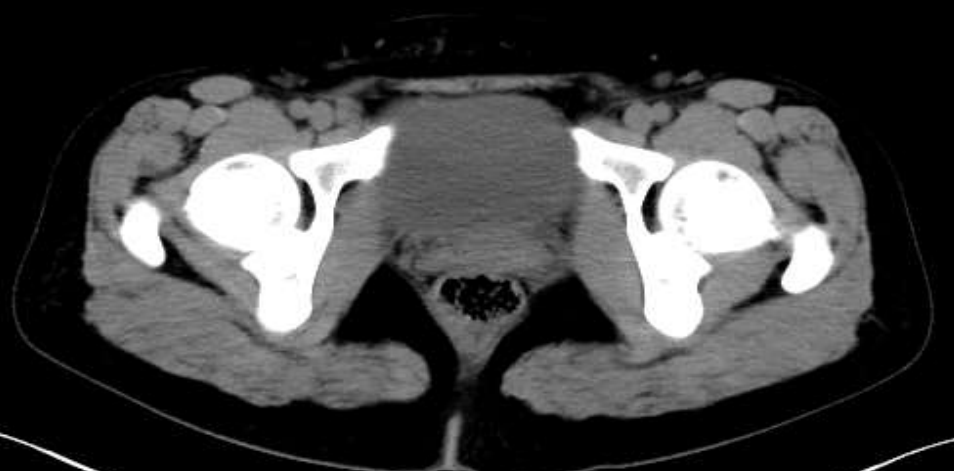
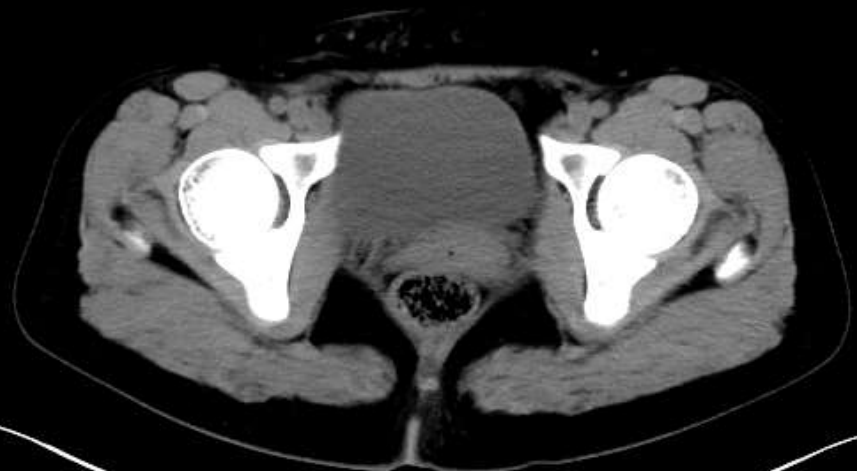
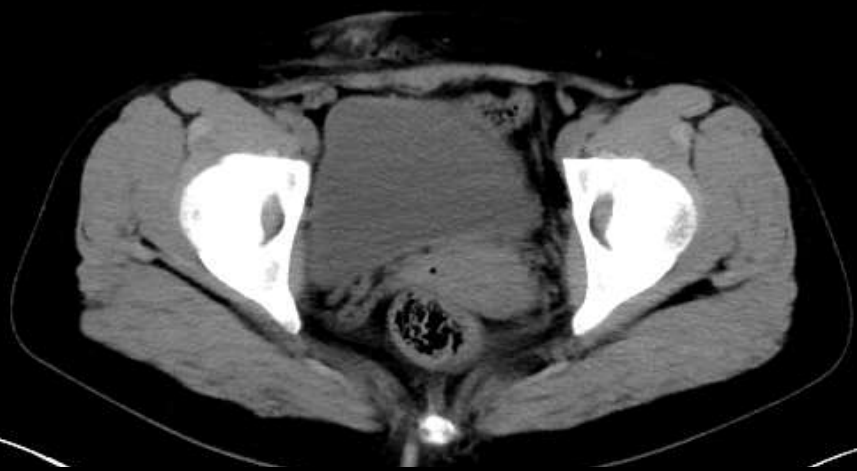
彩超：下腹部切口处腹壁下实性包块。低回声，界不清，见点状血流信号显示









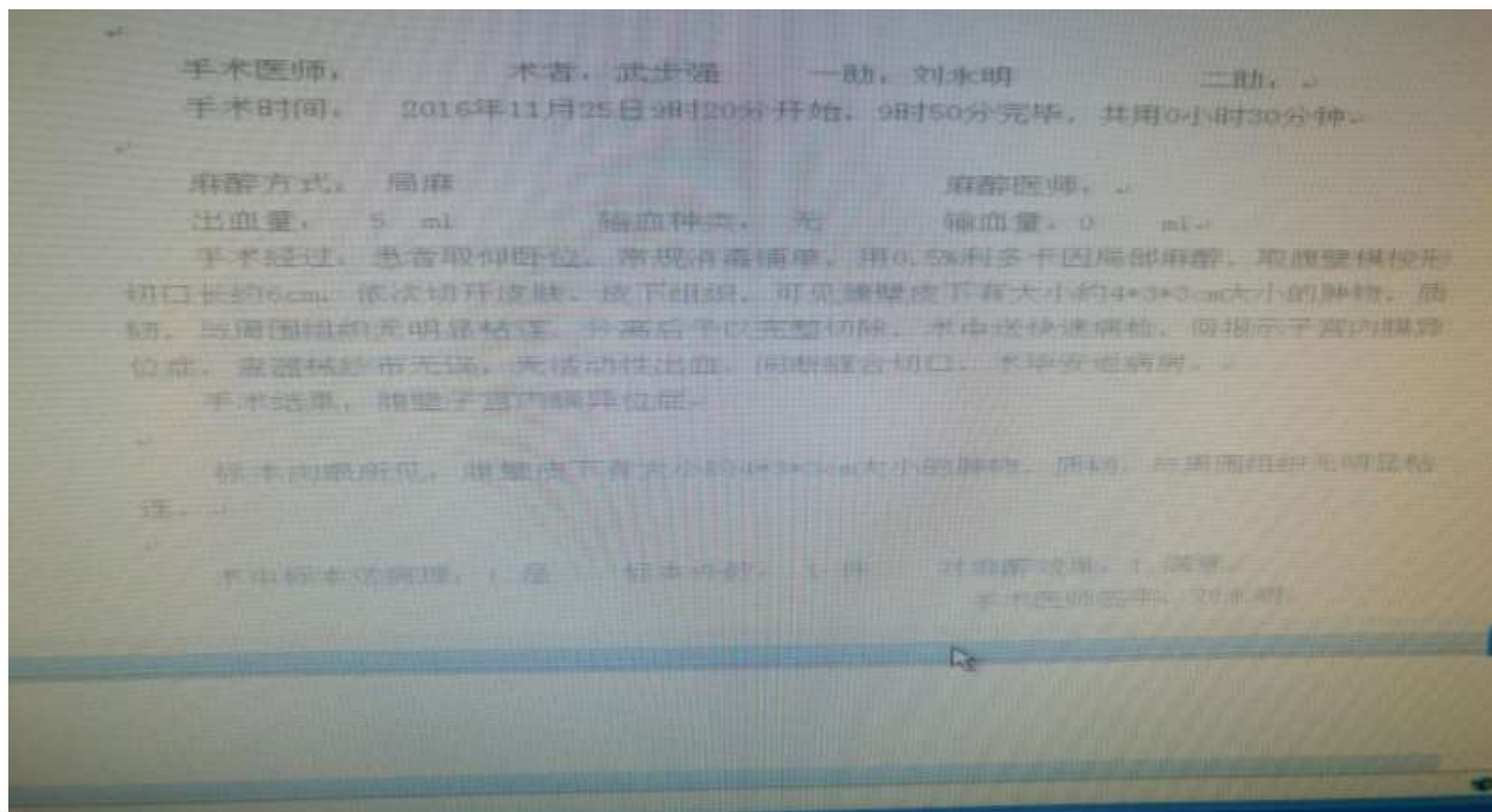




结论及讨论

手术记录

- 取腹壁横梭形切口6cm，腹壁皮下4*3*3cm肿物，质韧，与周围组织无明显粘连，分离后完整切除。术中送病检。



病理结果：

腹壁子宫内膜异位症

- 子宫内膜异位症(内异症)是指具有生长活力的子宫内膜组织在子宫腔以外部位异常生长。
- 子宫内膜异位症多发生在盆腔脏器，但也可见于肺、肠道、输尿管，脑以及腹壁等部位。
- 内异症虽为良性疾病，却具有与恶性疾病相似的生物学行为，如复发与恶变。

来源

- 内异症是由经期返流的内膜细胞从输卵管逃逸后在盆腔周围组织种植后形成。
- 罕见的良性淋巴播散或体腔上皮化生，病灶常需要生长到一定大小才出现临床症状。
- 内膜碎片具有种植能力，不同时期子宫内膜的种植能力不同：月经前期 < 间歇期 < 分泌期 < 经后期 < 早期妊娠 < 晚期妊娠。

临床症状

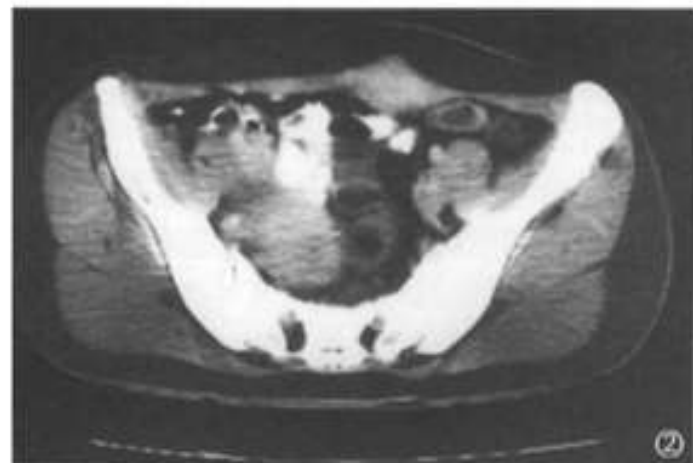
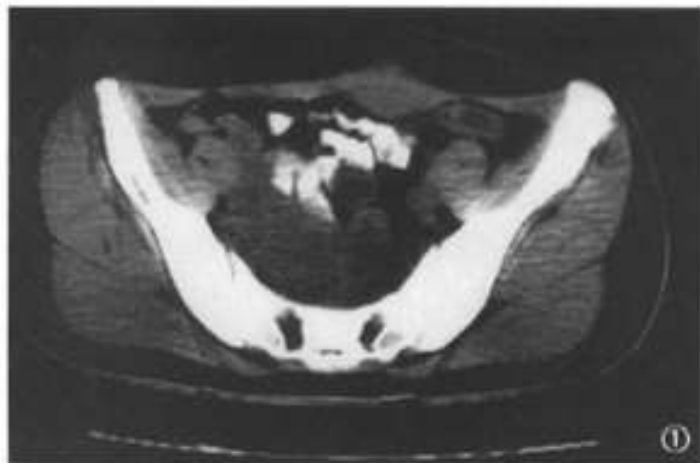
- 20至40岁女性，行剖宫术后2至5年后。
 - 切口触痛结节或包块；
 - 随月经出现的周期性胀痛；
 - 既往下腹部手术史，尤其剖宫产史。
-
- 复发者多为病灶较大、位置较深，可能是由于病灶不易被切净所致

临床特点

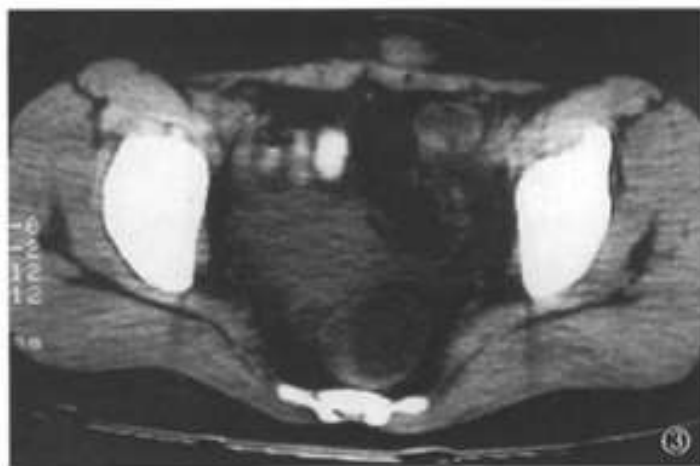
- 壁切口子宫内膜异位症的病理特点为异位内膜的周期性出血和其周围组织的纤维化。病灶多位于腹直肌鞘前后，病灶若位置表浅，可侵犯甚至穿破皮肤，月经来潮时可见病灶出血。患者累及筋膜者最多，其次为腹直肌。

CT平扫全部呈与腹壁肌肉等密度肿块，增强后实质部分增强明显，可见其血供丰富。

无特异性



左侧腹直肌“内异症”。 图1 CT平扫示左侧腹直肌一3.0cm×4.0cm 梭形软组织肿块,呈等密度灶。 图2 CT增强扫描示肿块明显增



双侧腹直肌“内异症”。 图3 CT平扫示两侧腹直肌前缘各见一软组织结节,左侧1.5cm×2.5cm,右侧1.0cm×0.8cm。 图4 CT
 小结节轻度增强,大结节增强较明显。



图1 腔外型输尿管子宫内膜症。横断位图像显示子宫肌瘤(☆)及左侧附件囊实性灶(箭头)包绕左输尿管下段(箭)。图2 腔内型输尿管子宫内膜症。横断位图像(A)和冠状位重建图像(B)示右输尿管下段管壁环形增厚(黑箭头)致输尿管积水,输尿管周围间隙清。

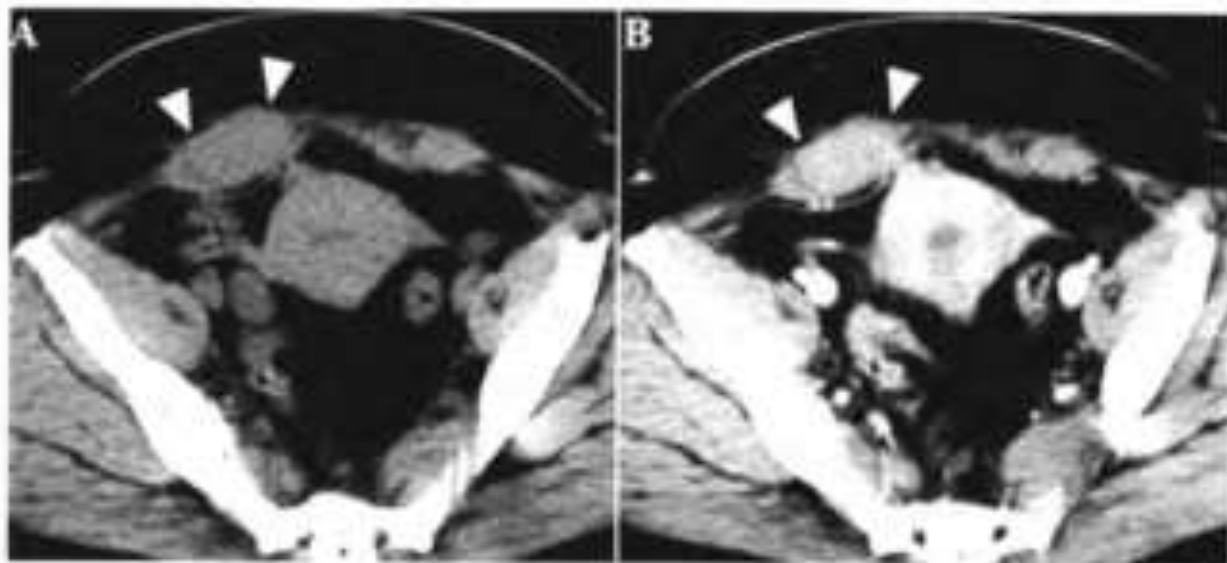


图 A.腹部 CT 图像显示位于腹直肌鞘与肌肉密度相同的病灶(白色箭头所指);图 B.增强扫描显示增强病灶

罕见部位子宫内膜异位症 2 例的 CT 误诊分析

山西省 109 医院(030006) 王欣梅

子宫内膜异位症是指有分泌功能的子宫内膜异位于宫腔以外的部位^[1]。异位病灶常见于卵巢、子宫骶韧带,较少累及泌尿系,但近年文献报道累及率可达 20%,其中以膀胱最常受累;其次是输尿管,肾脏及尿道偶见报道,但极罕见^[2,3];偶见异位于肺部的病例。子宫内膜异位症的发病率近年明显增高,是目前常见妇科疾病之一。笔者回顾分析工作中遇到的 2 例子宫内膜异位症 CT 误诊病例,以提高本病的诊断准确率。

1 病历摘要

例 1:女性,35 岁,剖宫产术后 10 个月,间断咯血 2 次,来我院就诊。查体:神清,呼吸平稳,唇无绀,气管居中,胸廓对称,双肺呼吸音清,未闻及干湿啰音。心律齐,未闻及杂音。腹软无压痛、无包块,肝脾未扪及,双下肢无浮肿。痰涂片病理见少量中性粒细胞、巨噬细胞、中等量红细胞及分化良好的鳞状上皮细胞。血常规示白细胞 $4.56 \times 10^9/L$ 、中性粒细胞 0.478,血红蛋白 110 g/L,血小板 $226 \times 10^9/L$ 、红细胞沉降率 5 mm/1 h。胸部 CT 提示左上肺斑片影,考虑为肺结核,予以抗结核治疗。服用抗结核药物 5 d 后症状消失。1 个月后患者再次咯血,复查胸部 CT 肺部表现同前,经详细询问病史及患者回顾,咯血均于经期出现,经期过后停止,经妇科医师会诊考虑子宫内膜异位,停用抗结核药物,给予口服避孕药治疗后,咯血症状消失,复查胸部 CT,左上肺阴影也消失。

误诊分析:患者患病期间无咳痰、发热、盗汗及乏力等症状。平常体健,无肝炎、肺结核病史,无慢性咳嗽、咳痰病史。胸部 CT 诊断时未详细询问病史,只根据患者咯血,同时左上肺病变的形态部位符合肺结核的基本特征,故做出肺结核诊断。而忽视了解患者曾有剖宫产史,且咯血周期性经期出现,月经过后消失的症状。

例 2:女性 42 岁,腰部疼痛伴有血尿 1 周。查体:腹平

变形,病变内未见钙化灶,增强后病变不均质强化。内见多个小囊,考虑肾癌可能性大。随行右肾摘除术。病理诊断:右肾子宫内膜异位症。

误诊分析:此患者出现腰痛、血尿、肾脏肿块,符合肾癌的典型临床表现,随考虑肾癌可能。术后详细询问病史,患者 5 年前有过子宫肌瘤切除病史,此次血尿出现在经期,经期过后血尿缓解消失。因患者属首次发病,且手术及时,故经期后血尿消失后肾脏的改变无影像资料对比。因肾脏的子宫内膜异位症甚是罕见,又缺乏特异性改变,是造成本病误诊的原因。

2 讨论

子宫内膜异位症的主要病理变化为异位内膜随卵巢激素的变化而发生周期性出血,伴周围纤维组织增生和粘连形成,以致在病变区出现紫褐色斑点或小泡,最后发展为大小不等的紫蓝色实质结节或包块。此病发病机制目前尚不明确,其发生途径可能和脱落内膜种植、体腔上皮化生或淋巴、血液播散有关^[4]。所以了解患者的生育史、手术史及周期性发病对诊断子宫内膜异位症非常重要。对于育龄女性,出现不同部位的周期性发病,或出血、肿胀,月经期发作,经后期缓解消失,在下 1 个月经期此征象再次出现,且有流产及生育史,尤其是有多次流产及生育史的高发人群,要想到本病的可能。但明确诊断还需依赖于病理检查。

参考文献

- [1] 李果珍. 临床 CT 诊断学. 北京: 中国科学技术出版社, 1994, 604.
- [2] 李立, 周世宽. 肾脏子宫内膜异位症一例. 广西医学, 1997, 19(3): 522-523.
- [3] 王武, 明路民. 肾脏子宫内膜异位症一例. 中华放射学杂志, 2000, 34(12): 867.
- [4] 卢光明, 陈君坤. CT 诊断与鉴别诊断. 南京: 东南大学出版社,

表1 6例输尿管子宫内膜异位症病变的CT特征及手术情况

| 病例序号 | 病灶部位 | 病灶形态 | 增强及强化特征 | 盆腔其他病变 | 手术及治疗情况 | 病理 |
|------|-----------------|------------------|---|----------------|------------------------------|-----|
| 1 | 左输尿管下段 | 盆腔内病灶包绕输尿管 | 未增强 | 子宫肌瘤及左侧卵巢囊实性灶 | 输尿管狭窄段切除及输尿管膀胱再植术, 子宫及卵巢囊肿切除 | 腔外型 |
| 2 | 左输尿管下段 | 盆腔囊性灶包绕输尿管 | 动脉期强化约40HU, 实质期强化25HU, 延迟2min强化约20HU, 延迟4min强化约30HU | 双侧卵巢囊性灶 | 输尿管狭窄段切除端端吻合术 | 腔外型 |
| 3 | 左输尿管下段 | 输尿管腔内结节灶 | 动脉期强化约35HU, 实质期强化25HU, 延迟2min后强化20HU | 无子宫肌瘤及卵巢囊肿等 | 输尿管狭窄段切除及输尿管膀胱再植术 | 腔内型 |
| 4 | 左输尿管膀胱入口处及膀胱左侧壁 | 输尿管腔内软组织肿块并延伸至膀胱 | 动脉期强化约20HU实质期强化15HU, 延迟期强化10HU | 盆腔内无其他异常 | 输尿管狭窄段及部分膀胱切除术, 输尿管膀胱再植术 | 腔外型 |
| 5 | 右输尿管下段 | 输尿管管壁增厚 | 动脉期强化35HU, 实质期强化30HU, 延迟2min强化约30HU | 左侧卵巢囊肿 | 输尿管狭窄段切除端端吻合术 | 腔内型 |
| 6 | 双侧输尿管下段 | 盆腔囊性灶包绕双侧输尿管下段 | 动脉期强化约20HU, 实质期强化15HU, 延迟期强化约15HU | 子宫肌瘤及双侧卵巢囊实混合灶 | 输尿管狭窄段切除及输尿管膀胱再植术, 子宫及卵巢囊肿切除 | 腔外型 |

鉴别诊断

- 炎性包块
- 疝
- 纤维组织肿瘤
- 脂肪瘤

