

直肠乙状结肠子宫内膜异位症 1 例

潘友俊¹ 葛宇¹ 江厚象¹ 程川兵¹ 丁伯应² 姚凯¹

(皖南医学院第一附属医院 弋矶山医院 1.胃肠外科; 2.胸心外科 安徽 芜湖 241001)

【摘要】目的: 探讨直肠乙状结肠子宫内膜异位症的临床诊断及治疗。方法: 回顾性分析 1 例直肠乙状结肠子宫内膜异位症的临床资料。结果: 患者, 女, 36 岁, 周期性反复血便 3 年余, 肠镜检查示: 乙状结肠新生物。病理活检示: 乙状结肠黏膜慢性炎, 其中 1 枚组织中见子宫内膜样腺体及间质。CT 示盆腔右侧占位: ①子宫内膜异位症 ②肿瘤待排。经手术及抗雌激素药物治疗后痊愈。结论: 对周期性出现腹痛、腹胀、便秘、便血、里急后重、肠痉挛、肠梗阻等症, CT 或肠镜提示肠道占位者, 应考虑肠道子宫内膜异位症的可能。病理检查是确诊的主要依据, 应综合运用手术及药物治疗等多种治疗方法。

【关键词】子宫内膜异位症; 直肠; 乙状结肠

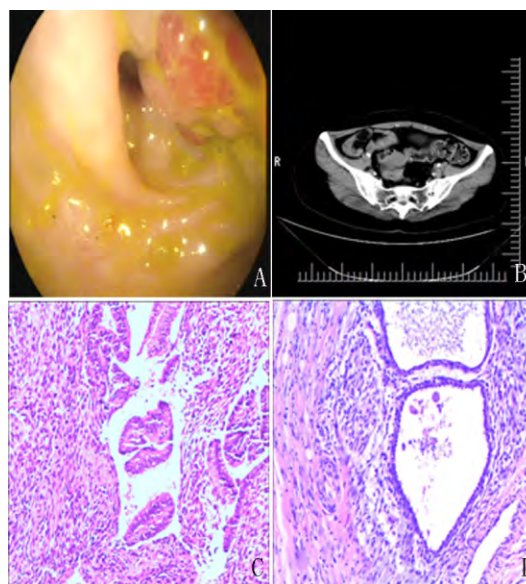
【中图分类号】R 711.71 **【文献标识码】**A

【DOI】10.3969/j.issn.1002-0217.2016.04.032

子宫内膜异位症(endometriosis, EMT) 是育龄期妇女的一种多发病、常见病, 指具有活性的子宫内膜组织(腺体和间质) 出现在子宫内腔以外部位, 简称内异症^[1], 常发生于生殖器官, 以侵犯卵巢者最为多见, 而异位于肠道者较少见, 约占 3%~37%^[2]。现将我科去年收治的 1 例直肠乙状结肠子宫内膜异位症病例报道如下。

1 病例介绍

患者, 女, 36 岁, 因反复血便 3 年余入院。患者 3 年多来无明显诱因下间断性出现大便带血, 呈暗红色, 与月经伴随, 每次历时 6~7 d, 月经结束后便血停止, 偶伴腹痛腹胀、排便习惯改变、头晕乏力等症, 考虑为“痔疮”未予重视, 近 1 月自觉腹痛腹胀加重。既往卵巢巧克力囊肿切除术后 2 年余, 剖宫产术后 7 年, 乙型肝炎史数年(具体年份不详), 已婚已育, 子女体健, 平素月经规律, 无痛经史, 家族中否认类似病史。直肠指检: 胸膝位, 距肛缘 10 cm 处可触及一肿物, 大小约 6.0 cm×5.0 cm, 质硬, 表面光滑, 无触痛, 指套无血染。术前肠镜检查示: 乙状结肠新生物。病理活检示: 乙状结肠黏膜慢性炎, 其中 1 枚组织中见子宫内膜样腺体及间质。CT 示盆腔右侧占位: ①子宫内膜异位症 ②肿瘤待排。



A: 肠镜 距肛缘 15~25 cm 乙状结肠处可见一新生物, 表面高低不平, 质中易出血, 伴肠腔狭窄。B: CT 检查, 盆腔右侧见大小约 4.7 cm×4.3 cm 团片状软组织密度影, 与乙状结肠分界不清。C: 术前病理活检示乙状结肠标本 1 枚组织中见子宫内膜样腺体及间质。D: 术后病理示直肠乙状结肠标本病变累及肠管约 1/2 周, 肠周找见淋巴结 12 枚, 均呈反应性增生, 免疫组化标记结果 ER、PR 显示子宫内膜腺体及间质(+); CD10 及 Vimentin 显示子宫内膜间质(+)、SMA(-)、CK20(-)、CDX-2(-)、CEA(-)、Ki-67: 2%(+)。

图 1 辅助检查结果

收稿日期: 2016-01-12

作者简介: 潘友俊(1983-) 男, 2015 级硕士研究生, (电话) 18226795157, (电子信箱) pan_youjun@126.com;

姚凯, 男, 副主任医师, (电子信箱) 862610317@qq.com, 通信作者。

患者完善相关术前检查,排除禁忌后,在全身麻醉下行 Dixon 术(直肠乙状结肠病损切除经肛门吻合术),术中探查:距肛门约 12 cm 直乙交界处可触及质硬包块,大小约 6.5 cm×5.0 cm,与子宫颈部粘连,肠管狭窄。术中妇科会诊意见仅行肠管病损切除。遂距肿块上、下缘 2 cm 处完整切除肿块,并彻底冲洗腹腔。术后病理示:直肠乙状结肠子宫内异位症。术后第 4 天患者月经来潮,肛门未见出血,再次请妇科会诊后予以抗雌激素药物治疗,术后第 10 天出院,预后良好,术后 2 个月、6 个月随访未出现血便、腹痛等症,复查肠镜未见异常。

2 讨论

内异症的发病机制包括 Sampson 经血逆流种植、在位内膜决定论、体腔上皮化生、干细胞理论、血管及淋巴转移学说等理论。其中以经血逆流种植为主导理论,即逆流至盆腔的子宫内膜需经粘附、侵袭、血管形成等过程得以种植、生长、发生病变。相关基因的表达和调控异常、免疫炎症反应以及性激素受体表达异常等亦与内异症的发生密切相关。内异症有家族聚集性。一级亲属中有内异症患者的妇女发生内异症的风险升高 7~10 倍。^[3]

内异症最典型的临床表现是痛经、慢性盆腔痛(CPP)、性交痛、肛门坠痛等盆腔疼痛症状;异位于肠道者可表现为腹痛、腹胀、便秘、便血、里急后重、肠痉挛、肠梗阻;泌尿系统内异症常出现尿频、尿急、尿痛、血尿、肾萎缩、肾功能丧失、高血压等症;肺及胸膜内异症可出现经期咯血及气胸;剖宫产术后腹壁切口、会阴切口内异症表现为瘢痕部位结节、与月经期密切相关的疼痛,40%~50%的患者可合并不孕^[3],而 17%~44%的患者合并盆腔包块(子宫内异位囊肿)^[3]。B 超、CT、MRI、肠镜等有助于肠道内异症的诊断。腹腔镜检查是目前通行的检查手段,它可明确病变性质、部位及范围,并能进行活检,但因它具有侵袭性且较为昂贵,加之若深部内异症病灶粘连隐蔽或定位于腹膜下空隙,腹腔镜的诊断用途将受到限制。血清 CA125 水平检测对早期内异症的诊断意义不大,其升高更多见于重度内异症,盆腔有明显炎症反应、合并子宫内异位囊肿破裂或子宫腺肌病者。抗子宫内异位抗体(Emab)作为内异症辅助诊断标志物的价值正在进一步研究中,研究发现内异症患者 Emab 的发生率为 78%~80%^[4]。肠镜或腹腔镜下取病理活检,病灶中见子宫内异位

体和间质可明确诊断。该病无特异性临床表现,病变早期症状不典型,后期多表现为周期性发作,患者往往因肠道症状就诊于外科,临床医生对该病认识不足,容易误诊为肠道肿瘤。故在临床上遇见育龄期妇女出现周期性腹痛、腹胀、腹泻、便血、肠梗阻等症或既往曾行盆腔手术后出现上述症状者,特别是文化程度不高、病史主诉不清者,应全面详细问诊,考虑本病的可能性,不明确者可行病理检查以确诊。

内异症的治疗原则为减灭和消除病灶,减轻和消除疼痛,改善和促进生育,减少和避免复发。须考虑患者年龄、生育要求、症状的严重性、既往治疗史、病变范围、患者的意愿等因素,并应强调治疗措施的个体化。目前的治疗方法包括手术治疗、药物治疗、介入治疗、中药治疗及辅助治疗(如辅助生殖技术治疗)等^[3]。肠道内异症症状明显者,手术仍是其主要治疗措施,无肠腔狭窄者,一般不主张切除肠壁或肠段,以病灶减灭为宜,如病灶较大,造成肠腔狭窄甚至肠梗阻或者周期性便血者,则可行肠段切除加吻合术,术中应完整地切除肿块并反复冲洗盆腹腔,术后可根据病情选择一线或二线药物治疗,治疗药物包括非甾体类抗炎药(NSAID)、口服避孕药、高效孕激素、雄激素衍生物以及促性腺激素释放激素激动剂(GnRH-a)五大类。由于专业的限制,外科医生诊疗肠道内异症时应参考内异症方面的文献和诊疗指南,并与妇科协调配合制定诊疗方案,治疗后及时回访,以评估预后。

【参考文献】

- [1] 乐杰,谢幸.妇产科学[M].7版.北京:人民卫生出版社,325.
- [2] DECKER D, KONIG J, WARDELMAN E. Terminal ileitis with sealed perforation a rare complication of intestinal endometriosis case report and short review of the literature [J]. Arch Gynecol Obstet 2004, 269(4): 294-298.
- [3] 中华医学会妇产科学分会子宫内膜异位症协作组.子宫内膜异位症的诊治指南[J].中华妇产科杂志, 2015, 50(3): 161-169.
- [4] 张俊仲.直肠子宫内异位症诊治研究进展[J].疑难病杂志, 2008, 7(5): 311-314.
- [5] 郎景和.子宫内膜异位症的研究与设想[J].中华妇产科杂志, 2003, 38(8): 478-480.
- [6] 唐小飞,王贵民.乙状结肠、直肠子宫内异位症一例[J].中华普通外科学杂志, 2008, 23(10): 808.
- [7] 王前程.乙状结肠子宫内异位症的 CT 表现(附 1 例报道并文献复习) [J].罕少疾病杂志, 2010, 17(6): 25-27.
- [8] 张斌忠,董来荣.直乙状结肠子宫内异位症致肠梗阻 9 例诊治分析[J].实用医学杂志, 2010, 26(23): 4449-4450.