

· 病例报道 ·

内镜超声诊断肠道子宫内膜异位症二例

黄佳亮 程桂莲 吴伟 徐丽明 胡端敏

苏州大学附属第二医院消化科 215004

通信作者:胡端敏,Email: huduanmin@163.com

【摘要】 子宫内膜异位症是指具有生长活力的子宫内膜组织在子宫腔以外部位的异常生长。肠壁异位内膜组织受卵巢激素周期性刺激而发生增生、出血、脱落,临床可有不同程度的肠道刺激症状。本文报道了 2 例因腹部非特异性症状就诊,肠镜下不典型,后经内镜超声、病灶活检确诊的肠道子宫内膜异位症患者诊治情况。

【关键词】 子宫内膜异位症; 超声检查; 肠道

基金项目:江苏省青年医学人才计划项目(QNRC2016864);苏州市临床重点病种诊疗技术专项(LCZX201707);苏州市科技计划项目(SS201641)

DOI:10.3760/cma.j.cn321463-20191103-00081

例 1 患者女,43 岁,因“中下腹部不适 1 年余”就诊,妇科症状不典型,15 年前行剖宫产术。查体无明显异常。实验室检查:糖类抗原(CA125) 47.27 U/mL。盆腔增强磁共振成像(MRI):1.子宫肌层、双侧附件及直管壁局部异常信号灶,子宫内膜异位可能(图 1);2.子宫多发肌瘤(肌壁间型)。肠镜:距肛门 13~16 cm 处,乙状结肠可见一基底较宽,扁平状隆起性病灶,病灶黏膜表面发红,呈颗粒状,中央凹陷,质地较韧,考虑乙状结肠隆起性病变[子宫内膜异位症(endometriosis, EM)? 腺瘤?](图 2A)。乙状结肠病灶活检:慢性炎,黏膜肌层可见个别腺体,考虑子宫内膜异位(图 2B)。内镜超声检查术(EUS):病变处正常肠壁 5 层结构消失,固有肌层明显增厚,呈牛角样,低回声改变,表面黏膜层完整,局部浆膜层不完整,与肠壁外囊性病灶相通(图 3),考虑乙状结肠子宫内膜异位。活检组织免疫组化:CK20(-)、CDX2(-)、Vimentin(+),CD10(腺体周+),Ki-67(+5%),雌激素受体阳性,孕激素受体阳性,支持 EM 诊断。患者其余各项常规检查、生化检查等均无异常。诊断:乙状结肠 EM。因患者尚未有严重肠

道表现,且合并有子宫肌瘤,暂予促性腺激素释放激素激动剂戈舍瑞林皮下注射,促使子宫内膜异位组织及子宫肌瘤萎缩,目前腹部症状明显好转,妇科门诊随访。

例 2 患者女,40 岁,因“排便困难 1 年伴腹痛 1 个月”入院,腹痛症状与月经周期关系密切,经期显著,非经期减轻。妇科症状以经期顽固下腹痛为主。血液学检查未见异常。肠镜:距肛门约 10 cm 见管腔环周狭窄,直径约 1.0 cm,狭窄处黏膜粗糙、水肿、固定、质韧,诊断:直肠狭窄(肠壁浸润性病变)(图 4)。直肠病灶活检:黏膜慢性炎,小区腺上皮呈中度不典型增生。EUS:病灶处肠壁正常 5 层结构消失,第 4 层固有肌层局部增厚,呈牛角样,厚度最深处 5.3 mm,呈低回声改变(图 5A),病灶累及浆膜层,部分层面病灶凸向腹腔生长,未见明显包膜结构(图 5B)。结合患者经期症状明显的病史,考虑直肠子宫内膜异位。直肠病灶再次活检:局灶见子宫内膜样腺体和间质(图 6)。活检组织免疫组化:CK20(-)、CD10(+),Vimentin(+),Ki67(+15%),CK7(+),雌激素受体阳性表达,支持 EM 诊断。患者其余各项常规检查、生化检查等

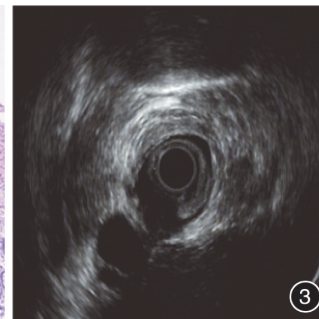
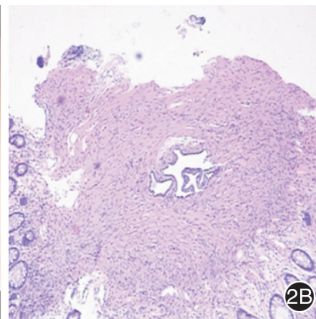
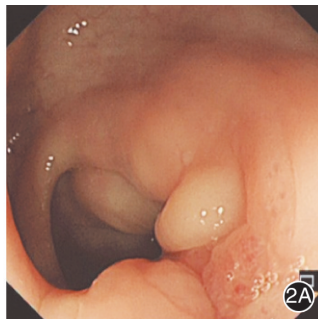
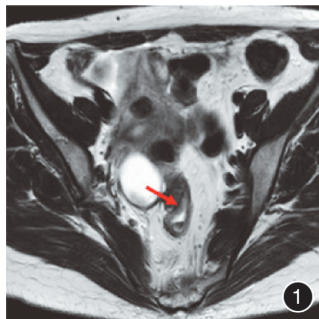


图 1 盆腔增强磁共振:直肠与乙状结肠交界处局部管壁增厚,见斑块状混杂信号灶,大小约为 15 mm×11 mm 图 2 肠镜及病理诊断 2A:距肛门 13~16 cm 处,乙状结肠可见一基底较宽,扁平状隆起性病灶,病灶黏膜表面发红,呈颗粒状,中央凹陷,质地较韧;2B:活检病理提示慢性炎,黏膜肌层可见个别腺体 HE ×40 图 3 内镜超声显示病变处局部浆膜层不完整,与肠壁外囊性病灶相通

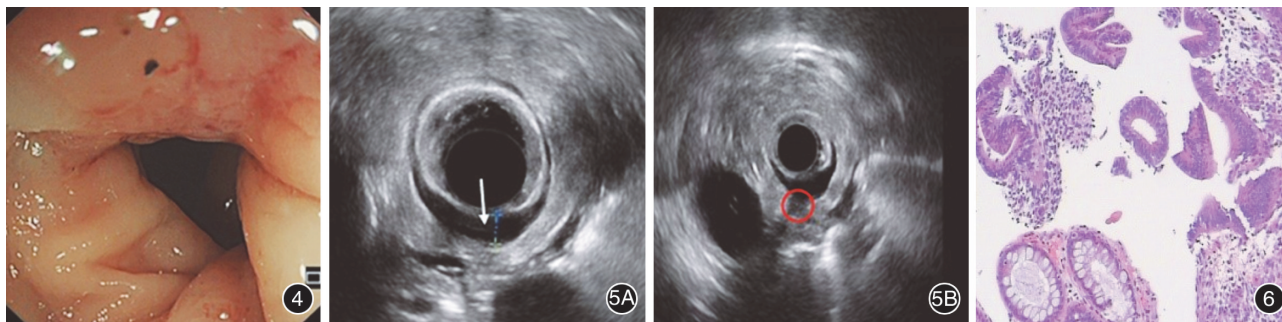


图4 肠镜下病灶呈环周型狭窄,直径约1 cm,狭窄处黏膜粗糙、水肿、固定、质韧 图5 内镜超声检查 5A:病灶处肠壁正常5层结构消失,第4层固有肌层局部增厚,呈牛角样,厚度最深达5.3 mm,呈低回声改变;5B:病灶累及浆膜,部分层面病灶凸向腹腔生长,未见明显包膜结构 图6 直肠病灶活检:局灶见子宫内膜样腺体和间质 HE ×100

均无异常。诊断:直肠EM。经通便、调整肠菌、肠道解痉后症状明显改善,拒绝手术及戈舍瑞林治疗,后续失访。

讨论 EM是妇科常见病,而肠道子宫内膜异位症(bowel endometriosis, BE)即异位内膜组织经输卵管进入盆腔,种植转移于肠壁浆膜层,在浆膜层上非癌性生长。BE病灶隐匿,可浸润至固有肌层,甚至黏膜下层,少数异位内膜可深达黏膜层,产生周期性下消化道出血,极易误诊^[1]。异位内膜组织受卵巢激素周期性刺激而发生增生、出血、脱落从而使病灶蔓延,此时患者可有较明显的肠道刺激症状,如腹痛、腹泻、便秘、便血、里急后重、排便疼痛、肠梗阻甚至穿孔,多发生在月经前后,而其它时间并无明显症状。本病具有侵袭性生长的特点,并有恶变潜能^[2]。因此,医学界目前主要观点认为,当出现肠壁深度浸润型子宫内膜异位症(deep infiltration endometriosis, DIE)时,应当切除异位内膜组织及部分肠管,所切范围与异位内膜组织浸润深度有关。

然而,查体和常用影像学检查如钡剂灌肠、CT、MRI均难以确诊BE,加之BE极少累及黏膜层的特性,所以结肠镜检查极易漏诊或误诊,有研究表明本病术前正确诊断率不足10%^[3]。而EUS既可直接观察腔内形态,又可实时超声扫描,获得肠壁各层次特征及邻近脏器的超声图像,从而极大地提高了深度浸润型BE的检出率和确诊率。

在EUS下,BE常表现为起源于固有肌层的低回声改变,由激素周期变化,异位子宫内膜组织往往会继发出血、液化,从而可探查内部回声不均。间质瘤除非病变较大出现液化,多质地均匀,边界清晰,部分有包膜。直肠癌多表现为管壁层次结构完全消失,代之以不规则低回声增厚影,病变可累及固有肌层及外膜层,甚至突破外膜层。

目前盆腔子宫内膜异位的诊断方式主要依靠MRI,因为MRI对膀胱、子宫、卵巢、子宫骶韧带、阴道、直肠阴道隔的成像更清晰。Medeiros等^[4]对1990—2013年发表的英文文献进行Meta分析后得出结论:MRI诊断肠道DIE的灵敏度为83%,特异度为88%,准确性为91%。但正如上文所述,BE病灶隐匿多变,大部分患者就诊时并未进展至DIE,实际上MRI的BE诊断率并不乐观。相关研究表明MRI诊断BE的灵敏度仅为66%,而且读片结果受到阅片者水平及经验限

制^[5]。其次,MRI不能准确评估BE的浸润深度,无法为进一步治疗(能否切除及切除术式)提供明确的方向^[6]。

鉴于EUS诊断BE的独特优势,近年来很多学者围绕EUS进行了大量研究,Donice等^[7]和Delpy等^[8]以30例可疑累及直肠的DIE患者为样本,发现EUS对直肠壁浸润诊断的敏感度、特异度、阳性与阴性预测值分别为92%、66%、64%、92%。Bahr等^[9]则研究了EUS对37例盆腔EM患者直肠浸润发生的预测价值,发现EUS对诊断直肠壁浸润的灵敏度、特异度、阳性预测值和阴性预测值分别为87.5%、97%、87.5%和97%。Rossi等^[10]以38例有症状的内异症患者为样本,研究了EUS预测直肠内异症浸润深度的准确性,结果表明EUS对内异症的肌层浸润检出率为100%,黏膜下/黏膜层受累的诊断灵敏度为89%,特异度为26%,阳性预测值为55%,阴性预测值为71%,检测准确率为58%。因此EUS是评价BE肠壁浸润深度的有效方法。

虽然EUS对BE灵敏度和特异度较高,但这项技术仍然存在不足。部分研究表明,在EUS检查正常的患者中,腹腔镜探查发现了EUS上未见的子宫内膜结节^[8-9]。为了提高EUS灵敏度,相关学者提出了几种解决方案。第一,操作者可通过使用更低频率的超声探头来克服,所以完整的超声检查需要在同一时段使用不同频率的线阵探头和环扫探头。第二,月经期间子宫内膜异位结节较非月经期多,在月经期行EUS检查对结节的定位更有帮助。第三,经阴道超声和EUS联合应用有助于提高异位内膜组织检出率。

因此,结合文献及本文病例资料,临床上如遇到绝经前妇女有非特异性,与月经周期密切相关的消化系统症状时,BE也应考虑在内,CT、MRI、肠镜等常用检查对BE的诊断有一定的局限性,应进一步行EUS及活检。

利益冲突 所有作者声明不存在利益冲突

参考文献

- [1] Bowel endometriosis mimicking gastrointestinal stromal tumor and diagnosed by endoscopic ultrasound [J]. DOI: 10.1055/s-0034-1377429.
- [2] 许捷鸿. 直肠子宫内膜异位症的临床特点与误诊原因[J]. 临

- 床误诊误治, 2009, 2(3): 43-44. DOI: 10.3969/j.issn.1002-3429.2009.03.026.
- [3] 苏延华, 李宇, 周志韶. 手术治疗直肠子宫内膜异位症 11 例报告[J]. 中华妇产科杂志, 1991, 26(5): 305.
- [4] Medeiros LR, Rosa MI, Silva BR, et al. Accuracy of magnetic resonance in deeply infiltrating endometriosis: a systematic review and meta-analysis[J]. Arch Gynecol Obstet, 2015, 291(3): 611-621. DOI: 10.1007/s00404-014-3470-7.
- [5] Dumontier I, Roseau G, Vincent B, et al. Comparison of endoscopic ultrasound and magnetic resonance imaging in severe pelvic endometriosis[J]. Gastroenterol Clin Biol, 2000, 24(12): 1197-1204.
- [6] Busard MP, van der Houwen LE, Bleeker MC, et al. Deep infiltrating endometriosis of the bowel: MR imaging as a method to predict muscular invasion[J]. Abdom Imaging, 2012, 37(4): 549-557. DOI: 10.1007/s00261-011-9790-1.
- [7] Doniec JM, Kahlke V, Peetz F, et al. Rectal endometriosis: high sensitivity and specificity of endorectal ultrasound with an impact for the operative management[J]. Dis Colon Rectum, 2003, 46(12): 1667-1673. DOI: 10.1007/bf02660773.
- [8] Delpy R, Barthet M, Gasmi M, et al. Value of endorectal ultrasonography for diagnosing rectovaginal septal endometriosis infiltrating the rectum[J]. Endoscopy, 2005, 37(4): 357-361. DOI: 10.1055/s-2005-861115.
- [9] Bahr A, de Parades V, Gadonneix P, et al. Endorectal ultrasonography in predicting rectal wall infiltration in patients with deep pelvic endometriosis: a modern tool for an ancient disease[J]. Dis Colon Rectum, 2006, 49(6): 869-875. DOI: 10.1007/s10350-006-0501-x.
- [10] Rossi L, Palazzo L, Yazbeck C, et al. Can rectal endoscopic sonography be used to predict infiltration depth in patients with deep infiltrating endometriosis of the rectum? [J]. Ultrasound Obstet Gynecol, 2014, 43(3): 322-327. DOI: 10.1002/uog.12535.

(收稿日期: 2019-11-03)

(本文编辑: 钱程)

食管憩室出血致上消化道出血二例

帅张丽¹ 勾国友² 郭键漪¹ 谢宇欣¹ 石国庆¹

¹遵义医科大学附属医院消化内科 563000; ²贵州省六盘水市水城县野钟乡卫生院 553600

通信作者: 石国庆, Email: sgqing973@sina.com

【摘要】 分析、总结遵义医科大学附属医院消化内科收治的 2 名食管憩室出血漏诊病例, 以期使更多临床消化内镜医生了解、熟知该类疾病, 从而减少漏诊及误诊。

【关键词】 憩室, 食管; 胃肠出血; 误诊

DOI: 10.3760/cma.j.cn321463-20200125-00284

例 1 患者女, 69 岁, 因“呕血、黑便 1 d”入院, 呕吐物为暗红色含血凝块, 总量 500~600 mL, 伴头昏、乏力。体格检查: 生命体征尚平稳, 贫血貌, 心肺腹查体未见异常体征。血常规: 白细胞 $7.16 \times 10^9/L$, 红细胞 $2.04 \times 10^{12}/L$, 血红蛋白 58.0 g/L, 血小板 $166 \times 10^9/L$ 。肝功能: 白蛋白 28.3 g/L; 电解质、肾功能、凝血功能等均未见明显异常。约 16 h 后行胃镜检查示: (1) 十二指肠蛔虫, 并取出蛔虫; (2) 慢性非萎缩性胃炎。上消化道无血性液体, 未发现出血原因。入院第 3 天、第 4 天各便血 1 次, 暗红色, 每次量约 200 mL。行肠镜检查未发现异常, 再次行胃镜检查于食管距门齿 30 cm 处见一食管憩室(图 1A), 直径约 0.6 cm, 开口光滑, 无出血。胃及十二指肠黏膜光滑, 无血性液体, 仍未发现出血原因。住院第 9 天, 患者突发呕血 1 次, 量约 500 mL, 暗红色。血压下降至 60/30 mmHg (1 mmHg = 0.133 kPa), 血红蛋白减少至 46 g/L, 红细胞比容为 0.16。因之前 2 次胃镜未发现出血原因, 本次在快速输血、补液基础上, 由笔者急诊行胃镜检查。进镜至食管距门齿 30 cm 食管憩室处, 见憩室内血凝块附

着, 且有少量新鲜血液溢出(图 1B), 进行内镜负压吸引后见出血量明显增多。因此, 经 3 次胃镜检查, 该患者诊断上消化道出血: 食管憩室出血。术中给予去甲肾上腺素冰盐水反复冲洗, 并在憩室边缘注射 1:10 000 肾上腺素高渗盐水后出血停止。经内镜下及药物治疗后随访至今未再发出血。

例 2 患者男, 47 岁, 无明显诱因出现呕血 1 次, 呈暗红色, 量约 120 mL, 含血凝块, 同时伴头昏、大汗淋漓, 遂就诊于当地医院, 行急诊胃镜提示: (1) 食管静脉瘤破裂出血可能性大; (2) 糜烂性胃炎。予住院治疗, 住院期间再发呕血 2 次, 为鲜红色伴血凝块, 总量约 250 mL, 建议转上级医院治疗, 遂就诊于我院急诊, 急诊以“上消化道出血”收入我科。体格检查: 生命体征尚平稳, 眼睑无苍白, 心肺腹查体未见异常体征。胃镜检查: (1) 食管气管瘘? (2) 慢性非萎缩性胃炎。上消化道造影检查: 慢性胃炎, 食管未报告异常。胸部 CT 检查: 双肺继发型肺结核(纤维化、增殖灶、钙化灶为主)。血常规: 白细胞 $12.14 \times 10^9/L$, 红细胞 $3.55 \times 10^{12}/L$, 血红蛋白 111 g/L, 血小板 $228 \times 10^9/L$ 。电解质、肝功能、肾功