

· 论著 · 罕见病 ·

盆腔腹膜后神经鞘瘤二例及文献复习

潘晓斌¹ 宋恩学^{2,*}

1.铜陵市中医医院妇科(安徽 铜陵 244000)

2.安徽医科大学第二附属医院妇科(安徽 合肥 230001)

【摘要】目的 探讨盆腔腹膜后神经鞘瘤治疗经验。**方法** 对安徽医科大学第二附属医院妇科2023年7月收治的2例盆腔腹膜后神经鞘瘤患者的诊疗方案进行总结。**结果** 2例患者均开展腹腔镜探查,完整切除肿瘤,均于术后2~3d恢复良好出院。**结论** 盆腔后腹膜肿瘤的诊断中不可忽视,针对该类患者开展腹腔镜探查,及时切除肿瘤,可有效缓解临床症状,术后恢复良好。

【关键词】 盆腔;腹膜后;神经鞘瘤;腹腔镜

【中图分类号】 R697+.23

【文献标识码】 A

DOI:10.3969/j.issn.1009-3257.2026.2.004

Two Cases Report and Literature Review of Pelvic Retroperitoneal Schwannoma

PAN Xiao-bin¹, SONG En-xue^{2,*}

1.Gynecology of Tongling, Hospital of Traditional Chinese Medicine, Tongling 244000, Anhui Province, China

2.Department of Gynecology, the Second Affiliated Hospital of Anhui Medical University, Hefei 230001, Anhui Province, China

Abstract: Objective To investigate the treatment experience of pelvic retroperitoneal schwannoma. **Methods** The diagnosis and treatment plans of two patients with pelvic retroperitoneal schwannoma admitted to the gynecology department of the Second Affiliated Hospital of Anhui Medical University in July 2023 were summarized. **Results** Two patients underwent laparoscopic exploration and complete tumor resection and were well 2 to 3 d after surgery. **Conclusion** The diagnosis of retroperitoneal tumor can not be ignored. Laparoscopic exploration for such patients and timely resection of tumor can effectively relieve clinical symptoms and make good postoperative recovery.

Keywords: Pelvic Cavity; Retroperitoneal; Schwannoma; Laparoscopic

神经鞘瘤是神经系统肿瘤中最常见的良性肿瘤,多单发,包膜完整,极少恶变,多发于头颈部、躯干、四肢等,发生于盆腔腹膜后的极为少见^[1]。虽然盆腔腹膜后神经鞘瘤十分罕见,但在盆腔后腹膜肿瘤的诊断中不可忽视^[2],本文回顾性分析2例安徽医科大学第二附属医院收治的罕见盆腔腹膜后神经鞘瘤的临床资料及诊疗过程,同时进行相关文献复习,进一步加深对盆腔腹膜后神经鞘瘤的认识,为盆腔腹膜后肿物提供新的诊疗思路。

1 临床资料

病例1:患者,女,39岁,因“反复下腹痛2年,近半年腹痛频次增加”入院。患者2年前出现下腹绞痛,多于提重物及劳累后出现,休息后可缓解。近半年来腹痛频次增加,持续时间较长,休息后无明显缓解。疼痛可放射至左下肢并引起麻木、酸胀不适。2023年7月5日外院盆腔磁共振成像提示盆腔占位(考虑良性疾病,神经源性肿瘤可能性大)。全消化道碘水造影未见明显器质性病变。病程中否认异常阴道流血及排便史,精神及饮食睡眠可,二便正常。入院诊断:盆腔肿物(神经源性肿瘤?)。妇检:左侧附件区偏上方可触及一包块,直径约5cm。活动度可。血常规、肝肾功能、电解质等未见异

常。CA72-4:12.10u/mL,略高于正常值。CA125、CA199、HE4均在正常范围。完善相关检查及术前准备后,于2023年7月14日行腹腔镜探查。术中见:直肠后方、骶骨前方系膜内偏左处见一直径约6cm包块,界限清楚。请外科医师上台协助手术,超声刀切开包块表面肠系膜脂肪组织,锐性分离后见肿块表面与直肠之间尚有分界,完整切除肿瘤。直肠后方放置引流管一根负压吸引。手术顺利,术中出血约50mL,术后予以头孢呋辛静滴预防感染及补液等对症处理。患者术后第一天肛门即排气,四肢、躯干无运动及感觉障碍。术后24小时盆腔引流液小于50mL,予以拔除盆腔引流管。术后2天恢复良好出院。术后病理:肠系膜肿瘤:镜检梭形细胞肿瘤,伴出血及囊性变,局部见泡沫细胞聚集及胆固醇结晶形成,免疫组化:瘤细胞S-100(+),SOX-10(+),CD117(-),CD34(-),DOG-1(-),SMA(-),Desmin(-),Ki-67(+,局灶热点区约10%)。符合神经鞘瘤。

病例2:患者,女,57岁,因“尿频半月余”入院。患者绝经10年,绝经后否认阴道流血、流液。半月前无明显诱因下出现尿频,无尿急尿痛等。2023年7月3日安徽医科大学第二附属医院彩超提示右侧附件区见大小约83mm×71mm混合回声团。入院诊断:右侧卵巢肿瘤。全身查体无异常,既往

【第一作者】 潘晓斌,女,主治医师,主要研究方向:擅长宫、腹腔镜微创手术治疗妇科良性疾病。E-mail: 378171636@qq.com

【通讯作者】 宋恩学,男,副主任医师,主要研究方向:擅长妇科腹腔镜微创手术,盆底功能损害的修复、重建手术,妇科恶性肿瘤根治手术及综合治疗。E-mail:

nx_s10@126.com

无特殊病史。妇检：右侧附件区可触及大小80mm×70mm囊实性包块，无压痛，活动度较差。盆腔CT提示：盆腔右侧见类圆形软组织密度占位影，大小83.2mm×80.3mm，CT值约24HU，密度欠均匀，其内伴有点状高密度影，边界清晰，子宫稍受压。CA125等肿瘤标记物均正常。2023年7月11行腹腔镜探查术，术中见子宫萎缩，表面光滑，双侧附件外观正常。右侧阔韧带内可见直径约80mm凸起。打开盆腔侧腹膜，(见

肿瘤位于右侧腹膜后及闭孔窝内与周围组织致密粘连)避开右侧髂血管及输尿管，完整切除肿瘤。术中出血约100mL。术后患者出现右下肢麻木不适，行双下肢血管彩超未见异常。予以营养神经等治疗后症状缓解。术后3天出院。术后病理为神经鞘瘤伴出血及退变。免疫组化：SMA(-)，S-100(+)，SOX-10(+)，CD34(-)，DOG-1(-)，STAT6(-)，CD117(-)Desmin(-)，Ki-67(+，约3%)。



图1 盆腔MRI，盆腔占位(箭头标注处)。图2 盆腔MRI，右侧附件区占位(箭头标注处)。

2 结果

术后2~3d患者恢复良好出院，于术后1个月随访，2例患者情绪稳定，一般情况好，无下腹部疼痛症状，精神及饮食睡眠可。

3 讨论

神经鞘瘤起源于外周神经或者颅神经纤维鞘的schwann细胞，无神经分泌功能，多为无痛性肿块。可发生于任何年龄，常见于20~50岁^[3-4]。一般由神经鞘细胞、少量胶原和基质组织构成。多发于头颈部、躯干、四肢等。腹膜后神经鞘瘤仅占腹膜后肿瘤的0.7%。发生于盆腔腹膜后的更为少见^[5]，该病目前发病原因不明，可能与雷克林霍森病基因缺失或突变有关。神经鞘瘤大多为良性，极少发生恶变，瘤体多为囊性，增大到一定程度可导致出血、坏死及变性等病理改变。发生于盆腔内的肿瘤，因疏松的腹膜后组织，肿瘤可以向无阻力方向缓慢、孤立地生长，起初多无临床症状，故早期诊断存在一定困难，多在体检中无意发现。多数患者因增大的肿瘤压迫邻近器官如泌尿系、消化道或神经等引起相关症状而就诊^[6-7]，压迫神经时可出现腹痛、腰背部疼痛、下肢放射痛或酸胀麻木感。病例1患者因“下腹痛放射至左下肢”而就诊，与神经受累致支配区麻木疼痛有关。病例2患者的尿频症状，考虑增大的肿块压迫膀胱所致。有文献报道盆腔神经鞘瘤压迫髂静脉引起下肢静脉曲张，手术切除肿块后静脉曲张明显缓解^[8]。影像学检查对盆腔腹膜后神经鞘瘤有一定的诊断价值，MRI定性诊断盆腔神经鞘瘤效果较好，神经鞘瘤好发于骶前、髂窝；病灶表现为圆形或类圆形，纺锤状改变^[9-10]；边界清楚，无淋巴结转移。增强扫描部分表现为囊变区不强化，周围实性区强化，呈“靶征”。且肿瘤标记物阴性，均需考虑神经鞘瘤可能^[11-12]。手术切除肿块是本病的主要治疗手段。神经鞘瘤大多包膜完整，界清，较少呈浸润性生长，辨清解剖，手术多能完整切除。本院两例病例术式均为腹腔镜，术后2~3天即痊愈出院，

住院时间短、恢复快，此外，其对术野放大的优势，使之不失为一种安全有效的手术路径。盆腔神经鞘瘤术前诊断困难，易误诊为卵巢肿瘤，本科的两例患者均为术中探查时明确为盆腔腹膜后肿瘤。确诊有赖于术后病理。神经鞘瘤的镜下病理特点：可见分化好的雪旺细胞和胶原基质，包膜完整。免疫组化S-100、vimentin、CD56强阳性，其中S-100是确诊神经鞘瘤最可靠指标^[6]。文中两例免疫组化S-100均为阳性。

综上所述，通过对两例罕见病的报道及相关文献学习，进一步加深了临床医师对盆腔腹膜后神经鞘瘤这一疾病的认识，对于盆腔腹膜后肿物，需考虑神经鞘瘤可能，拓展了诊疗思维。

参考文献

- [1] Rajiah P, Sinha R, Cuevas C, et al. Imaging of uncommon retroperitoneal masses [J]. Radiographics, 2011, 31(4): 949-976.
- [2] 李贝贝, 邹欣欣, 付青松, 等. 腰椎管内神经鞘瘤误诊为腰椎间盘突出症1例 [J]. 安徽医药, 2022, 26(3): 514-516.
- [3] 吴婷婷, 陈小玲. 盆腔神经鞘瘤二例并文献复习 [J]. 海南医学, 2014, 25(10): 1513-1514.
- [4] 蒋少华, 余良, 孙文. 盆腔神经鞘瘤伴单侧下肢静脉曲张1例 [J]. 西北国防医学杂志, 2012, 33(06): 633.
- [5] 刘烽, 孙运国. 盆腔良性神经鞘瘤MRI诊断及鉴别诊断 [J]. 现代医用影像学, 2018, 27(7): 2345-2347.
- [6] 张璐芳, 李华. 腹腔镜手术切除盆腔腹膜后神经鞘瘤2例报告及文献复习 [J]. 中国微创外科杂志, 2017, 17(6): 571-574.
- [7] 杨秀清. 腹膜后神经鞘瘤伴出血误诊为盆腔肿物1例分析 [J]. 中国民族民间医药, 2014, 23(1): 119-119.
- [8] 张茸, 杨蕊菲, 易慧敏, 等. 腹膜后肿瘤误诊为卵巢肿瘤的临床分析 [J]. 临床误诊误治, 2023, 36(1): 23-25.
- [9] 陈若兰, 吕朋, 牛蔓, 等. 腹膜后肿瘤误诊为妇科肿瘤4例原因分析 [J]. 临床医学研究与实践, 2023, 8(27): 5-8.
- [10] 王钦, 高春燕, 熊希, 等. 超声造影神经鞘瘤(盆底腹膜后)误诊为附件肿瘤1例 [J]. 中国临床医学影像杂志, 2022, 33(7): 528-529.
- [11] 沈蓉, 谷袁源, 吴章颖. 卵巢成熟畸胎瘤合并腹膜后富裕细胞型神经鞘瘤一例 [J]. 中华妇产科杂志, 2020, 55(5): 351-352.
- [12] 宣然, 曹先东. 腹膜后神经鞘瘤29例诊治研究 [J]. 安徽医药, 2018, 22(7): 1339-1342.

(收稿日期：2024-11-16)

(校对编辑：翁佳鸿)