

短 篇

老年慢性完全性子宫内翻并黏膜下子宫肌瘤MR诊断-附1例报告

1. 广东药科大学附属第一医院医学影像科 (广东 广州 510080)

2. 广东药科大学附属第一医院妇产科 (广东 广州 510080)

3. 广东韶关中医院放射科 (广东 韶关 510000)

王波¹ 何丽² 杨清华¹
罗武¹ 庄娘妥¹ 曾文彦¹
刘卫军¹ 刘春杏¹ 蓝新³
罗维斯³

【关键词】完全性子宫内翻; MR

【中图分类号】R711.24

【文献标识码】D

DOI: 10.3969/j.issn.1672-5131.2018.10.048

通讯作者: 王波

临床所见急性子宫内翻是一种罕见的产科严重并发症, 结合病史诊断不难。由子宫粘膜下肌瘤等所致的慢性完全性子宫内翻更加罕见, 影像上容易因认识不足而误诊、漏诊, 需与子宫内膜肿瘤、粘膜下病变、阴道肿瘤等加以鉴别, 临床报道基本为个案报道^[1, 4-7], 而影像MR检查国内外罕见报道, 现结合文献, 报道如下。

1 病例资料

1.1 临床病历 患者因“发现外阴口肿物脱出15年, 阴道流血、流液4+年”。于2015年3月1日步入入院。现病史: 60岁患者, 15年前开始出现反复外阴口肿物脱出, 无尿频、尿急、排尿及排便困难, 未到医院就诊及治疗, 4年前开始出现反复阴道流血及流液, 量中, 色淡红, 半月前阴道流血流液明显增多, 来我院就诊, 拟“宫颈肿物性质待查”收入院, 自停经以来精神、纳眠基本正常, 大小便正常。32年前行结扎术。否认外伤史。入院查体: 生命体征平稳正常; 专科检查: 外阴呈老年性改变, 阴毛正常分布, 阴道可及一肿物, 约60×50×50mm, 表面不规则, 色发白, 无明显接触性出血, 其下端另有一带蒂40×40×30mm大小肿物附着, 色苍白, 质脆, 阴道壁及穹窿光滑, 无压痛, 双附件区未及异常。宫颈口萎缩, 有接触性出血, 下降至阴道内距处女膜缘约2cm, 阴道前后壁未见明显膨出, 宫旁无增厚, 双附件区未及明显肿块, 三合诊盆壁软, 宫骶韧带未及增厚。

1.2 相关检查, 血常规 血红蛋白浓度131.000(g/L)、白细胞计数9.400(10⁹/L)、中性粒细胞比例 0.762; 肿瘤标记物正常, 胸片未见明显异常。细菌性阴道病快速检测阳性(+); 白带常规+BV: 阳性(+)、人乳头瘤病毒DNA 阴性(-)、HbA1c: 6.300(%); B超提示: 宫腔内实质性占位(见丰富血供), 宫颈实质性占位。建议进一步检查。MR示: 子宫内翻并粘膜下肌瘤。

1.3 肿物活检术 病理结果送检物为少量良性增生的鳞状上皮, 未见肿瘤。

2 入院治疗经过

入院后给予完善相关检查, 拟诊子宫内翻并粘膜下肌瘤合并感染, 给予抗炎治疗, 感染控制后予行全麻下腹腔镜辅助下子宫切除+双附件切除术+阴道后壁修补术。术中插入腹腔镜, 镜下探查盆腔见子宫缺如, 盆腔底部原子宫部位凹陷, 子宫体完全陷入宫颈及阴道内, 两侧输卵管及圆韧带部分陷入阴道内凹陷处, 盆腔组织水肿, 有炎性渗出, 质脆。双附件位于凹陷缘外, 未见明显异常; 阴道口见一肿物, 予以拖出阴道外口, 为子宫完全性内翻, 子宫粘膜面充血水肿, 伴少许粘液。宫底右侧肿物, 约50×40×30mm大小, 为粘膜下肌瘤, 蒂宽约15mm, 质脆, 色苍白, 切开子宫后壁将子宫复位后行全子宫及双附件切除, 术中送冰冻病理检查回报, 子宫平滑肌瘤。术程顺利, 术后安返病房, 术后诊断: 1. 子宫完全性内翻; 2. 子宫黏膜下肌瘤并感染、慢性双输卵管炎。3. 会阴II度旧裂。

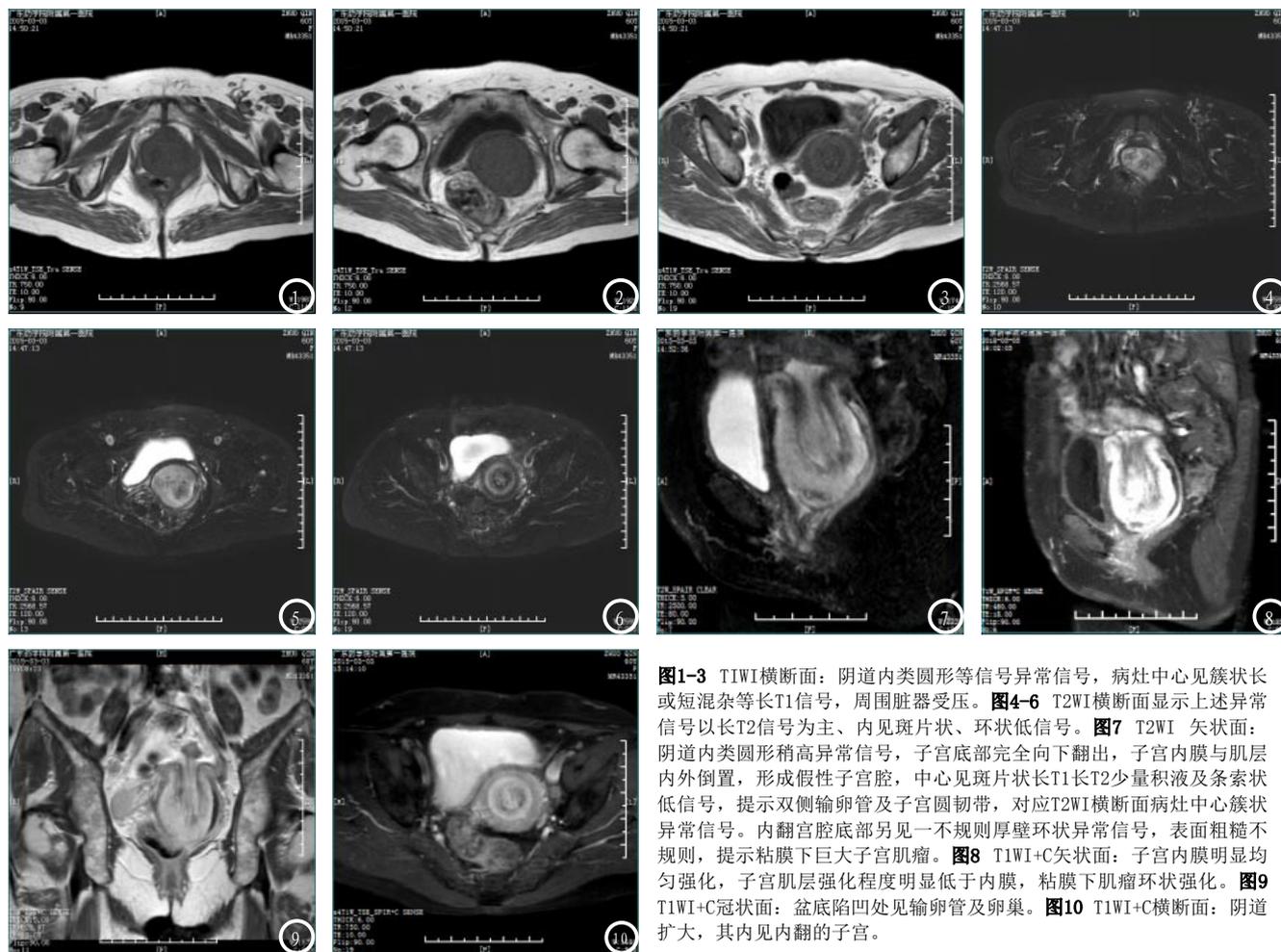


图1-3 T1WI横断面：阴道内类圆形等信号异常信号，病灶中心见簇状长或短混杂等长T1信号，周围脏器受压。图4-6 T2WI横断面显示上述异常信号以长T2信号为主，内见斑片状、环状低信号。图7 T2WI 矢状面：阴道内类圆形稍高异常信号，子宫底部完全向下翻出，子宫内膜与肌层内外倒置，形成假性子宫腔，中心见斑片状长T1长T2少量积液及条索状低信号，提示双侧输卵管及子宫圆韧带，对应T2WI横断面病灶中心簇状异常信号。内翻宫腔底部另见一不规则厚壁环状异常信号，表面粗糙不规则，提示粘膜下巨大子宫肌瘤。图8 T1WI+C矢状面：子宫内层膜明显均匀强化，子宫肌层强化程度明显低于内膜，粘膜下肌瘤环状强化。图9 T1WI+C冠状面：盆底陷凹处见输卵管及卵巢。图10 T1WI+C横断面：阴道扩大，其内见内翻的子宫。

3 讨论

3.1 子宫内翻，指子宫底部向宫腔内陷入，子宫内层膜经子宫下段和扩张宫颈内口凸入阴道内(附示意图)，多见于分娩期急性并发症，死亡率高达15%~62.5%，发生率为0.5/万~1/万^[1]。产后子宫内翻多为急性子宫内翻：子宫翻出后宫颈尚未缩紧占75%左右，是产后创伤性休克、失血性休克及产后感染的重要原因之一，可严重威胁产妇的生命。产后三天未就诊处理的急性子宫内翻称亚急性子宫内翻：子宫翻出后宫颈已缩紧，占15%左右。慢性子宫内翻：子宫翻出宫颈回缩已超过4周，子宫在内翻位置已经缩复但仍停留在阴道内，占10%左右。根据内翻程度可分为三种：不完全性子宫内翻、

完全性子宫内翻、子宫内翻脱垂^[2]。子宫壁松弛与宫颈扩张为子宫内翻的基本条件。有报道植入性胎盘致子宫内翻者^[3]，但与分娩无关的非产后期子宫内翻比较罕见，子宫粘膜下肌瘤导致子宫内翻更罕见，其内翻的发病机制目前尚不清楚，有报道可能与肿瘤有关^[4]，亦有慢性子宫内翻误诊为粘膜下肌瘤报道^[5]。

本例病史长达15年，属慢性完全性子宫内翻，原因可能为：(1)子宫底部肿瘤向下巨大子宫粘膜下肌瘤向下脱垂、因重力作用，长期牵拉宫壁，加上子宫收缩排除异物的作用致使子宫底部内陷并翻出宫口，最终导致子宫内翻，文献也有报道子宫腺肉瘤生长于子宫底部^[6]。(2)巨大肌瘤反复脱出、回位又脱出，长期体力劳动，腹压增高时自发性

子宫内翻，再加上入厕时压力诱因，从而导致习惯性慢性子宫完全内翻。(3)该患者G3P3，年老体弱，宫颈口萎缩，宫颈管松弛扩张；亦可能存在子宫肌壁合并变性、坏死，肌层失去弹性和张力，或原来子宫发育不良，子宫体存在薄弱部位。(4)该患者绝经10年余，体内雌激素水平下降，盆底韧带、结缔组织弹性及韧度降低，肌肉已失去张力，盆底松弛。

3.2 子宫内翻临床表现及影像检查、诊断意义 绝大多数的子宫内翻发生于产后24小时内，多发生在第三产程早期，属急性子宫内翻，腹膜及腹腔器官受牵拉急性下腹疼痛和神经性或出血性休克，休克和失血不成比例。触诊时腹部凹陷、扪不到宫体，

(下转第152页)