

回盲部子宫内膜异位症误诊阑尾炎1例并文献复习

刘 铭*, 李贝贝, 李秋平, 郭璐璐, 王 蓁#

青岛大学附属医院, 山东 青岛

收稿日期: 2022年1月21日; 录用日期: 2022年2月11日; 发布日期: 2022年2月24日

摘 要

本文回顾性分析腹腔镜手术治疗回盲部子宫内膜异位症误诊阑尾炎1例, 结合其相关文献探讨该类子宫内膜异位症症状、诊断、治疗及预后。目前该类型子宫内膜异位症诊断主要依靠术后病理。子宫内膜异位症多为良性病变, 但具有远处转移和种植的能力, 治疗上则以手术、药物保守治疗为主, 患者预后较好。本文章介绍肠道子宫内膜异位症的诊断、治疗方法及并发症, 为临床医师对该病的诊断及治疗提供参考。

关键词

子宫内膜异位症, 回盲部, 阑尾炎

One Case of Ileocecal Endometriosis Misdiagnosed with Appendicitis and Literature Review

Ming Liu*, Beibei Li, Qiuping Li, Lulu Guo, Zhen Wang#

The Affiliated Hospital of Qingdao University, Qingdao Shandong

Received: Jan. 21st, 2022; accepted: Feb. 11th, 2022; published: Feb. 24th, 2022

Abstract

This paper retrospectively analyzed one case of laparoscopic surgery for ileocecal endometriosis misdiagnosed as appendicitis, and discussed the symptoms, diagnosis, treatment and prognosis of

*第一作者。

#通讯作者 Email: wangzhen1963@126.com

this kind of endometriosis combined with relevant literature. At present, the diagnosis of ileocecal endometriosis mainly depends on postoperative pathology. Endometriosis is mostly benign lesions, but it has the ability of distant metastasis and implantation. In terms of treatment, surgery and drug conservative treatment are the main treatment, and patients have a good prognosis. Endometriosis is mostly benign lesions, but it has the ability of distant metastasis and implantation. In terms of treatment, surgery and drug conservative treatment are the main treatment, and patients have a good prognosis. This article introduces the diagnosis, treatment and complications of intestinal endometriosis, and provides reference for clinicians to diagnose and treat this disease.

Keywords

Endometriosis, Ileocecal, Appendicitis

Copyright © 2022 by author(s) and Hans Publishers Inc.

This work is licensed under the Creative Commons Attribution International License (CC BY 4.0).

<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>



Open Access

1. 引言

子宫内膜异位症被认为是一种良性疾病，但它可能表现出攻击性行为并导致严重的并发症。女性常见的子宫内膜异位症涉及的部位很多，其中胃肠道 3.8%~37%，多种植及侵及浆膜层，累及肠粘膜罕见(患病率在 5.3%~12%之间) [1]。胃肠道最常见的部位是乙状结肠和直肠，其次是回肠、阑尾和盲肠。虽然大多数胃肠道异位症患者只有轻微的症状，但会出现胃肠道出血、肠梗阻、穿孔等严重并发症。内镜和影像学表现可能与其他疾病相似，如结肠炎、特发性炎症性肠病、孤立性直肠溃疡综合征、结直肠腺瘤和癌症，临床上易误诊，因此，其在临床实践中对外科医生、妇科医生的诊断提出了挑战。

2. 病例特点

患者，女，40岁，因“间断右下腹痛7月，再发疼痛1天”为主诉于2021年8月12日于当地医院(诸城市人民医院)就诊。患者7月前出现间断右下腹痛外院就诊，外院诊断为阑尾炎，后给予抗炎治疗后疼痛明显缓解。1天前再次出现右下腹痛，当地医院B超提示：右下腹可见3.9*0.9cm肠管样回声，周围系膜肿胀、回声增强，考虑阑尾炎可能性大。门诊以“阑尾炎伴腹膜炎”收入当地医院胃肠外科。入院查体：T：37.1℃，P：81次/分，R：18次/分，BP：120/86mmHg。神志清，痛苦貌，心肺无明显异常，腹部平坦，腹肌软，麦氏点压痛明显，伴反跳痛。腹部叩诊鼓音，移动性浊音阴性，肠鸣音5次/分。血常规示：白细胞 $11.8 \times 10^9/L$ ，中性粒细胞数 $8.7 \times 10^9/L$ ，超敏C反应蛋白20.40mg/L。患者既往体健，14岁月经初潮，月经周期28天，经期5天，经量无明显异常，经期下腹痛病史10年，需不规律口服止痛药物，末次月经2021年8月12日。G4P2A3，16年前剖宫产1子1女。患者入住当地医院完善相关术前检查，于2021年8月12日急诊行“腹腔镜下回盲部肿物切除术+端侧吻合术”。术中见：腹腔积液，见阑尾呈挛缩样实性改变，约2*2cm大小，质地硬，周围肠壁质地硬，余脏器未见明显异常，但不排除阑尾肿瘤。在回肠距回盲部约10cm处及升结肠中部切除回肠末端、盲肠、相应系膜脂肪淋巴组织，将回结肠末端与升结肠切缘行端-侧吻合。术后给予禁饮食、补液、抗感染等治疗，术后恢复良好。术后病理：大体描述：(回盲部肿物)切除肠管一段，长6.5cm，直径3~4cm，沿肠壁纵轴切开，肠粘膜局部水肿，回盲部浆膜面见一灰白色质硬区，大小2.5*2.5*2cm，切面灰白色，肠周检出肿大淋巴结4枚，直径1~1.5cm，质韧。病理诊断：(回盲部)结合免疫组化，考虑为子宫内膜异位症，局部出血并炎症细胞

浸润，周围淋巴结呈反应性增生。免疫组化：ER(+)、PR(+)、CD10(+)、CK7(+)、PAX-8(+)、Ki-67(+1%) (见图 1)。

术后完善妇科 B 超提示：子宫 7.6*6.4*4.6 cm、肌层回声欠均匀。前壁低回声结节，大小 2.9*2.0 cm、1.5*1.2 cm，形态规则，边界清。余未见明显异常。CA125 57.20 U/mL，癌胚抗原、甲胎蛋白、CA199 及 CA153 均在正常范围内。遂于 2021 年 8 月 21 日出院。术后于 2021-09-22 来我院妇科门诊就诊，追问病史同上，复查 B 超：右下腹局部末端回肠周围见条片状低回声，阑尾区未见明显囊实性肿物。腹盆腔内未探及明显游离液体。妇科 B 超提示：子宫前位，约 7.6*6.4*4.6 cm 肌层回声欠均匀。前壁低回声结节，大小 2.9*2.0 cm、1.5*1.2 cm，形态规则，边界清，提示子宫肌瘤。并会诊外院病理切片，提示：(回盲部)结肠粘膜下肌层及浆膜层均可见子宫内膜异位症伴陈旧性出血，肠系膜淋巴结呈反应性增生。原单位免疫组化：ER(+)、PR(+)、CD10(间质+)、CK7(+)、PAX-8(+)、Ki-67(+1%)。已做参考，支持上述诊断。为减少复发，建议患者行 GnRH α 治疗并定期随访复查。



Figure 1. Tissue specimen and pathology of the original hospital (Zhucheng People's Hospital)
图 1. 原单位(诸城市人民医院)组织标本及病理

3. 讨论

子宫内膜异位症(内异症)指子宫内膜组织(腺体和间质)在子宫腔被覆内膜及子宫以外的部位出现、生长、浸润，反复出血，继而引发疼痛、不孕及结节或包块等。内异症病变广泛、形态多样、极具侵袭性和复发性，具有性激素依赖的特点。其分类根据发生部位分为 1) 卵巢子宫内膜异位症，2) 腹膜内异症，3) 深部浸润型内异症，4) 其他部位内异症。其中卵巢子宫内膜异位囊肿最为常见，分为 I 型：囊肿直径多 <2 cm，囊壁多有粘连、层次不清，手术不易剥离。II 型：又分为 A、B、C3 种。IIA：卵巢表面小的内异症种植灶合并生理性囊肿，如黄体囊肿或滤泡囊肿，手术易剥离；IIB：卵巢囊肿壁有轻度浸润，层次叫清楚，手术易剥离；IIC：囊肿有明显浸润或多房，体积较大，手术不易剥离[2]。

子宫内膜异位症侵及胃肠道属深部浸润型内异症范畴，占 3.8%~37%，最常见的部位是直肠和乙状结肠(73%)，小肠(2%~16%)、阑尾(3%~18%)、盲肠(2%~5%)和回肠(4.1%)。虽然大多数胃肠内异症患者只有轻微的症状，但会出现胃肠道出血、肠梗阻、穿孔等严重并发症[3]。本例属于深部浸润型内异症范畴，并累及回盲部肠粘膜，是肠道子宫内膜异位症最严重的形式。

3.1. 诊断

- 1) 临床症状及体征：对于子宫腺肌症及卵巢子宫内膜异位症，或痛经病史患者，在出现便频、便秘、便血、排便痛或肠痉挛，甚至出现肠梗阻时，在考虑消化道急腹症同时，应考虑胃肠道子宫内膜异位症。
- 2) 影像学检查：经阴道或直肠超声、CT 及 MRI 检查对浸润肠道病变的诊断及评估有一定意义。

3) 腹腔镜检查及病理：是目前国际公认的内异症诊断的最佳方法，除了阴道或其他部位可直视的病变外，腹腔镜检查是确诊盆腔内异症的标准方法。对在腹腔镜下见到大体病理所述的典型病灶或可疑病变进行活组织检查即可确诊。术中要仔细观察盆腔，特别是宫骶韧带、卵巢窝这些部位。组织病理学检查是内异症确诊的基本证据。如本例特殊部位的内异症需组织病理学诊断及鉴别诊断。

4) 血清 CA125 水平检测：CA125 水平的升高，常见于重度子宫内膜异位症或子宫内膜异位囊肿破裂或子宫腺肌症患者。对于伴有 CA125 升高的下腹痛患者，应考虑患者有子宫内膜异位的可能。

5) 内镜检查：对于可疑肠道子宫内膜异位症患者可在术前进行肠镜检查，并行组织活检，充分评估病变性质，明确诊断，以做好充分术前准备。

3.2. 治疗

治疗目的是减灭和消除病灶，减轻和消除患者痛苦，减少和避免复发。

1) 药物治疗：抑制卵巢功能，阻止内异症发展，减少内异症病灶的活性，减少粘连的形成。常用药物为非甾体类抗炎药、口服避孕药、高效避孕药、雄激素类衍生物及促性腺激素激动剂五大类。

2) 手术治疗：对于药物治疗效果不佳，应考虑手术治疗，以病灶减灭为宜。目前肠道子宫内膜异位症最佳手术方案仍有争议，术前应权衡手术安全性及效果，尽量保证肠壁完整性和功能。

4. 结语

结合文献及本文病例资料，临床上如遇到有子宫腺肌症及卵巢子宫内膜异位症，或痛经病史的患者，出现消化系统症状时，需考虑到子宫内膜异位症可能，可通过 CA125 增高，及超声、CT 和 MR 等影像学检查进行辅助诊断，或肠镜检查，并行组织活检，必要时进行腹腔镜探查及组织病理学检查以协助确诊。由于深部浸润型内异症诊断的困难性及局限性，尤其是肠道子宫内膜异位症经手术进行病理诊断及治疗已成为妇科医生不可回避的客观现实。

声 明

该病例报道获得病人的知情同意。

参考文献

- [1] Remorgida, V., Ferrero, S., Fulcheri, E., *et al.* (2007) Bowel Endometriosis: Presentation, Diagnosis, and Treatment. *Obstetrical & Gynecological Survey*, **62**, 461-470. <https://doi.org/10.1097/01.ogx.0000268688.55653.5c>
- [2] 中国医师协会妇产科医师分会, 中华医学会妇产科学分会子宫内膜异位症协作组. 子宫内膜异位症诊治指南(第三版) [J]. 中华妇产科杂志, 2021, 56(12): 812-824.
- [3] 李亚里, 关铮, 雷晓玲, 等. 特殊部位子宫内膜异位症临床诊治分析[J]. 解放军医学杂志, 2001, 26(4): 285-287.