

原发性宫颈子宫内膜异位症1例并文献复习

江 敏, 王晓孟, 高凌雪, 马雅茹

青岛大学附属青岛市妇女儿童医院妇科, 山东 青岛

收稿日期: 2022年5月27日; 录用日期: 2022年6月19日; 发布日期: 2022年6月29日

摘 要

宫颈子宫内膜异位症的细胞学表现与其他腺体异常相似, 如宫颈管腺发育不良、原位腺癌或伴有腺体受累的非典型鳞状上皮化生。在组织学检查中该类病变很容易被忽视, 特别是在小活检标本中。我们报告了一例原发性宫颈子宫内膜异位症, 对临床工作中宫颈子宫内膜异位症的早期发现、早期诊治具有重要的意义。

关键词

子宫内膜异位症, 宫颈子宫内膜异位症, 阴道出血

A Case of Primary Cervical Endometriosis and Literature Review

Min Jiang, Xiaomeng Wang, Lingxue Gao, Yaru Ma

Department of Gynecology, Qingdao Women's and Children's Hospital Affiliated to Qingdao University, Qingdao Shandong

Received: May 27th, 2022; accepted: Jun. 19th, 2022; published: Jun. 29th, 2022

Abstract

The cytologic presentation of cervical endometriosis is similar to other glandular abnormalities, such as cervical ductal glandular dysplasia, adenocarcinoma *in situ*, or atypical squamous epithelial hyperplasia with glandular involvement. This type of lesion is easily overlooked in histological examination, especially in small biopsy specimens. We report a case of primary cervical endometriosis, which has important implications for the early detection and management of cervical endometriosis in clinical work.

文章引用: 江敏, 王晓孟, 高凌雪, 马雅茹. 原发性宫颈子宫内膜异位症 1 例并文献复习[J]. 临床医学进展, 2022, 12(6): 5845-5848. DOI: 10.12677/acm.2022.126845

Keywords

Endometriosis, Cervical Endometriosis, Vaginal Bleeding

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(endometriosis, EMS)是指子宫内膜组织(腺体、间质)侵袭,并种植、生长于子宫腔以外的位置,反复出血,继而引发疼痛、不孕及结节或包块等。异位内膜可侵犯全身各个部位,如卵巢、盆腔宫骶韧带、肾、输尿管、膀胱、腹壁、肺部、胸膜等处,常分为卵巢型、腹膜型、深部型三大类[1]。EMS 是一种炎症性疾病,影响 5%~10%的育龄妇女。该病通常表现为盆腔腹膜子宫内膜异位症或子宫内膜异位症,并导致女性慢性盆腔疼痛和不孕。大多数病例无症状,通常在子宫切除标本中偶然诊断。但可能会引起宫颈细胞学异常、不规则出血等妇科症状、性交后出血、月经过多甚至大出血并危及生命。原发于宫颈的子宫内膜异位症国内外的相关报道较少,仅 0.11%~2.4% [2],本文报道 1 例发生在宫颈的原发 EMS,并结合相关文献进行回顾分析。

2. 临床资料

史某某,女,22岁。主因:不规则阴道流血8个月,于2020年12月18日来我院就诊。患者月经规律,经期前5~6天经量、色、质如常,第6天始阴道不规则流血,量时多时少伴有同房后阴道流血,有时持续至下次月经来潮。宫颈液基细胞学检查及乳头瘤病毒检查均无异常。多次外院就诊,考虑宫颈炎性疾病,给予口服抗生素及局部用药无效果。月经周期30天,经期5~6天,末次月经2020-12-09,足月顺产1胎,人工流产1次,工具避孕。无手术史。专科检查:外阴发育正常、阴道通畅,宫颈环形充血,触血明显,子宫大小正常,无压痛,双附近区无异常。妇科B超提示子宫及双附件未见异常。遂转阴道镜检查,结果如下图1和图2:



Figure 1. Before applying acetic acid: Red lesions on the surface of the cervix, distributed in a circular shape along the cervix

图 1. 涂醋酸前: 宫颈表面红色病灶,沿宫口呈圆形分布



Figure 2. After applying acetic acid: Type I transformation zone, red lesions located under the epithelium, no obvious acetowhite epithelium

图 2. 涂醋酸后: I 型转化区, 红色病灶位于上皮下, 未见明显醋白上皮

3. 讨论

宫颈子宫内膜异位症是一种少见的良性病变, 虽然通常无症状, 但也可表现为宫颈涂片异常、出血、性交后出血、痛经或性交困难等妇科症状。随着侵入性宫颈手术的广泛使用, 该病的发病率逐渐增加。对该疾病临床表现的有限认识可能是其明显罕见的原因。该病的治疗取决于临床症状的严重程度。在临床中一般无症状患者无需治疗, 症状持续者应手术治疗。

关于 EMS 的发病机制学说众多, 迄今对于宫颈 EMS 的发生机制仍知之甚少。Chapron 等[3]认为该病发病机制可能涉及 Sampson 经血逆流 - 异位内膜种植学说、Mullerian 上皮化生、子宫内膜细胞淋巴血管转运、子宫内膜干细胞或骨髓祖细胞增殖等。此外, 文献报道对于并无外伤手术史的宫颈 EMS 患者, 推测可能由于子宫内膜的异常固有特性、胚胎残留和 Mullerian 上皮化生起源等[4] [5]。一些人认为宫颈子宫内膜异位症是复发性轻微子宫出血的主要原因, 特别是导致经期点滴出血和性交后出血形式的接触性出血。在极少数情况下, 患者会出现月经过多或阴道分泌物。虽然文献中引用的大多数病例在宫颈外膜的纤维血管基质上都有小、扁平、易碎的浅表病变, 但当子宫颈内有息肉样肿块或在子宫颈处有子宫样肿块时需要引起大家的重视, 后者起初被认为患有处于新生状态的肌瘤。病理检查诊断为起源于深部子宫内膜异位病灶的子宫内膜样息肉和浅表宫颈子宫内膜异位症并伴有典型的肌肉增生。本例中, 除经阴分娩及人工流产, 无其他宫颈手术操作, 对于该病的具体发病机制及发生方式仍需进一步研究。

宫颈 EMS 根据疾病的发病部位可分为浅表型和深部型, 浅表型宫颈 EMS 是指内膜异位病灶异位到宫颈间质浅层。深部型宫颈 EMS 发生在宫颈的纤维或平滑肌的实质中[6] [7]。临床上以浅表型多见, 对于深部型较为罕见。本病例中宫颈 EMS 表现为浅表型。

宫颈 EMS 缺乏特异性症状, 多数患者无症状, 只有在阴道镜检查或者手术病理标本中偶然发现。部分患者表现为接触性出血, 月经间期出血, 月经前点状出血或褐色分泌物。极少数内膜异位病灶破溃大出血, 甚至危及生命。或者同时合并盆腔内膜异位症的症状, 如痛经, 性交痛等[6]。本例患者无盆腔内膜异位症的表现, 但是出现月经后不规则阴道流血伴接触性出血情况, 于病变局限在宫颈上皮浅层有关, 在专科检查中应仔细观察, 否则极易漏诊、误诊。

宫颈 EMS, 有时无典型临床症状且查体无阳性体征, 需要相关辅助检查如肿瘤标志物, 阴道超声, 盆腔核磁, 宫颈细胞学涂片, 阴道镜检查及活检病理等手段, 来提高本病的诊断准确率, 但是病理诊断仍是“金标准”, 即在宫颈组织中见陈旧性出血、子宫内膜腺体[3] [5]。需要注意的是, 在宫颈子宫内膜

异位症的情况下, 宫颈涂片可能会产生误导, 特别是当先前因宫颈浸润前病变接受锥切术治疗的患者中出现宫颈子宫内膜异位症时, 宫颈涂片可能被误解为高度鳞状上皮内病变、意义不明的非典型腺细胞或原位腺癌, 原因是子宫内膜异位症在月经周期激素波动的影响下会发生不同的细胞形态学变化。为避免这种误导, 临床工作中应结合患者人乳头瘤病毒感染情况, 及时行阴道镜病理活检明确诊断。

宫颈 EMS 的治疗方式多种, 包括: 1) 期待治疗: 适用于无症状, 宫颈涂片细胞学正常, 围绝经期女性。2) 药物保守治疗: 口服避孕药, GnRh。3) 物理治疗: 浅表型有明显症状者, 如激光或微波等。4) 手术治疗: 包括 leep 术, 锥切术, 宫腔镜治疗等, 深部病灶, 无生育要求或合并其他子宫病变时可行子宫切除[8][9]。一般来讲, 对于无症状患者, 应优先考虑期待治疗, 口服避孕药和促性腺激素释放激素类似物将是有症状患者避免手术的一线药物治疗。虽然药物治疗可能有助于缓解一些轻微症状, 但对于有出血等临床症状的患者应选择手术治疗, 例如: 性交后出血、持续性盆腔疼痛和性交困难等尚需考虑手术干预。手术切除术、环形电刀切除术、电凝术、冷冻手术和二氧化碳激光汽化术是宫颈子宫内膜异位症的保守手术选择。微波治疗适用于病变位于宫颈表面上皮下的浅表性 EMS, 病变能够清晰全面地暴露在手术视野内, 本例患者为浅表型 EMS, 病变范围沿宫颈外口圆周形分布, 阴道镜下视野清晰, 采用微波治疗能够充分去除异位病灶, 患者术后恢复良好。

宫颈子宫内膜异位症可能发生在从未接受过宫颈外伤手术的患者中, 例如我们的病例。我们相信, 当对宫颈涂片可能有肿瘤变化的患者进行阴道镜检查时, 对宫颈子宫内膜异位症的认识可以最大限度地减少上述误解。当宫颈子宫内膜异位症引起子宫出血时, 治疗是必要的。由于损伤子宫颈的操作被认为是该疾病的病因, 局部破坏性治疗, 如切除病变或电灼, 有可能导致复发。已有报道用浅表电灼成功治疗宫颈子宫内膜异位症; 然而, 据报道, 这种技术也与高复发率有关。目前尚没有关于最近的治疗方式(如冷冻疗法或激光)的结果的报告。在我们的病例中进行了微波治疗, 持续随访中恢复良好。综上, 宫颈 EMS 是 EMS 的特殊类型, 其发病率低, 临床表现缺乏特异性, 通常需借助影像学等辅助诊断, 病理结果是诊断的金标准。临床工作中, 针对异常出血的患者, 应仔细甄别宫颈病变, 以免漏诊、误诊, 导致治疗不及时。

参考文献

- [1] Yang, C.X. and Mao, Y.D. (2018) Advances in the Treatment of Infertility Associated with Endometriosis by Laparoscopy. *Chinese Journal of Reproduction and Contraception*, **38**, 667-670.
- [2] Horton, J., Sterrenburg, M., Lane, S., et al. (2019) Reproductive, Obstetric, and Perinatal Outcomes of Women with Adenomyosis and Endometriosis: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Human Reproduction Update*, **25**, 592-632. <https://doi.org/10.1093/humupd/dmz012>
- [3] Chapron, C., Marcellin, L., Borghese, B., et al. (2019) Rethinking Mechanisms, Diagnosis and Management of Endometriosis. *Nature Reviews Endocrinology*, **15**, 666-682. <https://doi.org/10.1038/s41574-019-0245-z>
- [4] Wong, F.W., Lim, C.E., Karia, S., et al. (2010) Cervical Endometriosis: Case Series and Review of Literature. *The Journal of Obstetrics and Gynaecology Research*, **36**, 916-919. <https://doi.org/10.1111/j.1447-0756.2010.01209.x>
- [5] Sharpe-Timms, K.L. (2005) Defining Endometrial Cells: The Need for Improved Identification at Ectopic Sites and Characterization in Eutopic Sites for Developing Novel Methods of Management for Endometriosis. *Fertility and Sterility*, **84**, 35-37. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2005.01.123>
- [6] Seval, M.M., Cavkaytar, S., Atak, Z., et al. (2013) Postcoital Bleeding Due to Cervical Endometriosis. *BMJ Case Reports*, **2013**. <https://doi.org/10.1136/bcr-2012-008209>
- [7] Phadnis, S.V., Doshi, J.S., Ogunnaike, O., et al. (2005) Cervical Endometriosis: A Diagnostic and Management Dilemma. *Archives of Gynecology and Obstetrics*, **272**, 289-293. <https://doi.org/10.1007/s00404-005-0006-1>
- [8] Ye, M., Huang, L. and Wang, Y. (2012) A Massive Haemorrhage Caused by Rupture of Cystic Cervical Endometriosis. *Journal of Obstetrics and Gynaecology*, **32**, 498-499. <https://doi.org/10.3109/01443615.2012.669430>
- [9] Uehara, T., Yoshida, H., Kondo, A., et al. (2020) A Case of Cervical Adenocarcinoma Arising from Endometriosis in the Absence of Human Papilloma Virus Infection. *The Journal of Obstetrics and Gynaecology Research*, **46**, 536-541. <https://doi.org/10.1111/jog.14181>