

# 以下腹不适、排尿困难为表现的浆膜下肌瘤病例1例诊疗体会并文献复习

唐慧超<sup>1</sup>, 曲丽颖<sup>1</sup>, 王畅<sup>2</sup>, 袁芳<sup>2\*</sup>

<sup>1</sup>青岛大学医学院, 山东 青岛

<sup>2</sup>青岛大学附属医院妇科, 山东 青岛

收稿日期: 2024年3月25日; 录用日期: 2024年4月19日; 发布日期: 2024年4月26日

## 摘要

本文报告1例由于浆膜下子宫肌瘤坏死并游离于盆腔, 导致排尿困难和下腹不适的案例。患者为64岁中老年女性, 表现为以右下腹不适为主, 排尿时需挤压膀胱才可排出, 伴有尿痛症状。浆膜下子宫肌瘤临床表现不尽相同, 且超声上易与卵巢纤维瘤相混淆。本文通过对该病例的报告, 期望提高对该疾病的认识。

## 关键词

浆膜下子宫肌瘤, 卵巢纤维瘤

## Diagnosis and Treatment Experience of 1 Case of Subserous Myoma with Lower Abdominal Discomfort and Dysuria and Literature Review

Huichao Tang<sup>1</sup>, Liying Qu<sup>1</sup>, Chang Wang<sup>2</sup>, Fang Yuan<sup>2\*</sup>

<sup>1</sup>Medical College of Qingdao University, Qingdao Shandong

<sup>2</sup>Department of Gynecology, Affiliated Hospital of Qingdao University, Qingdao Shandong

Received: Mar. 25<sup>th</sup>, 2024; accepted: Apr. 19<sup>th</sup>, 2024; published: Apr. 26<sup>th</sup>, 2024

## Abstract

This paper presents a case of dysuria and lower abdominal discomfort caused by necrosis of a  
\*通讯作者。

文章引用: 唐慧超, 曲丽颖, 王畅, 袁芳. 以下腹不适、排尿困难为表现的浆膜下肌瘤病例1例诊疗体会并文献复习[J]. 临床医学进展, 2024, 14(4): 2099-2102. DOI: 10.12677/acm.2024.1441268

**subserous uterine fibroids that had migrated into the pelvic cavity. The patient, a 64-year-old middle-aged female, presented with right lower abdominal discomfort, urinary discharge accompanied by pain during urination. Clinical manifestations of subserosal uterine fibroids exhibit variability, often leading to confusion with ovarian fibroids on ultrasound examination. Through this case report, we aim to enhance awareness regarding this condition.**

## Keywords

**Subserous Uterine Fibroids, Ovarian Fibroma**

Copyright © 2024 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

浆膜下子宫肌瘤是指肌瘤生长大部分突出于子宫浆膜面，占有子宫肌瘤的 20%~30% [1]。浆膜下肌瘤与卵巢纤维瘤在超声上有相似之处，容易造成误诊。本文报道了 1 例浆膜下肌瘤自行坏死游离于腹腔的病例，期望提高对该疾病的认识。

## 2. 病例资料

患者女，64 岁。因“下腹不适伴排尿困难 20 天”于 2023 年 11 月先就诊于青岛大学附属医院泌尿外科门诊，患者自述下腹不适表现为以右下腹为主，不适类似疼痛，与进食无关，排尿时需挤压膀胱才可排出，伴有尿痛症状，无尿急、尿频、发热症状。自觉腹腔内有异物伴随体位改变而运动。行泌尿系统超声检查所见：双侧肾上腺区未见明显占位性病变。双肾大小形态正常，表面光滑，实质回声无明显异常，皮髓质分界清，肾窦无分离扩张。双侧输尿管无明显扩张。膀胱充盈尚可，黏膜光滑，腔内未见明显占位。双肾动脉主干血流通畅，肾内动脉血流分布好。左肾叶间动脉 Vs 27.3 cm/s，阻力指数(RI) 0.63。右肾叶间动脉 Vs 28.2 cm/s，阻力指数(RI) 0.64。排尿后，膀胱腔内未探及明显残余尿回声。尿液分析：白细胞(-)，隐血(-)，蛋白(-)，葡萄糖(-)，PH5.5，比重 1.012，酮体(-)，胆红素(-)，尿胆原正常，亚硝酸盐(-)，白细胞计数 19.6/μl，红细胞计数 2.0/μl，上皮细胞计数 4.0/μl，管型计数 0.0/μl，小圆上皮细胞 1.8/μl，类酵母细胞(-)，结晶检查 0.0/μl，细菌计数 1.1/μl，电导率 9.4 mS/cm，红细胞信息(-)，泌尿系统超声及尿常规均未见明显异常。后于妇科门诊就诊，我院就诊前行妇科超声结果示：子宫平位，约 3.6 × 4.1 × 3.3 cm，包膜欠光滑，外形欠规则，肌层回声欠均匀。内膜厚约 0.4 cm，内回声尚均匀，宫腔内未见明显异常回声。宫颈大小尚可，回声欠均匀，CDFI：宫颈内血流分布未见明显异常。右侧卵巢 2.3 × 1.4 cm，内部回声未见异常。左侧卵巢 1.9 × 0.8 cm，内部回声未见异常。子宫直肠陷凹未见明显液性回声。右侧宫旁见 4.9 × 4.6 × 3.8 cm 低回声团，边界清，与子宫右侧壁肌层分界欠清，CDFI：内见少许点条状血流信号。我院就诊前曾于外院行经阴道彩色多普勒提示：子宫肌瘤大小约 4.0\*2.5 cm，盆腔 CT 其余脏器未见明显异常。为进一步诊治于我院就诊。因患者出现明显临床不适症状，决定收入院进行手术治疗。

入院体格检查：T：36.2℃，P：66 次/分，R：16 次/分，BP：131/81 mmHg，外阴发育正常，阴道通畅，未见明显子宫及阴道脱垂，宫颈萎缩明显，几乎展平，子宫萎缩，子宫右侧壁增厚，活动可，轻压痛，双侧附件区未扪及明显异常。

患者入院期间完善相关辅助检查：女性肿瘤标志物筛查结果示：癌胚抗原 2.60 ng/ml，甲胎蛋白 3.48

ng/ml, 糖类抗原 72~41.49 U/ml, 神经元特异性烯醇化酶 15.77 ng/ml, 鳞状细胞癌相关抗原 0.10 ng/ml, 胃泌素释放肽前体 57.45 pg/mL, 特异  $\beta$  人绒毛膜促性腺激素 1.46 mIU/ml, 糖类抗原 125 18.02 U/ml, 糖类抗原 15~316.46 U/ml, 糖类抗原 19~94.56 U/ml, 肝肾功、电解质、心电图、心脏超声、胸部 CT 结果均未见明显异常, 结合患者症状、体征及相关辅助检查结果, 初步诊断为: 腹痛原因待诊, 子宫肌瘤。

与患者及家属充分交代病情后, 协商决定手术方式, 术式定为: 腹腔镜经腹全子宫切除术 + 双侧输卵管、卵巢切除术, 充分与患者及家属交代风险与可替代治疗方式后, 患者及家属表示仍要求手术治疗, 排除手术禁忌症后, 于 2023-11-27 在全麻下行腹腔镜下盆腔肿物切除术 + 肠粘连分解术 + 宫颈息肉切除术。术中见: 子宫萎缩状, 右侧宫角部可见一直径约 1 cm 创面, 右侧附件、结肠粘连包裹于右侧子宫后方, 分离粘连后见一直径约 5 cm 实性肿物, 表面呈紫灰色, 与右侧附件、肠管、盆底呈炎性粘连, 分离粘连后见该肿物游离, 似乎来源于右侧宫角部创面, 考虑为浆膜下子宫肌瘤脱落并坏死, 双侧附件外观未见明显异常, 宫颈口可见直径约 0.8~1 cm 息肉。术中冰冻病理: (盆腔肿物) 考虑为平滑肌瘤伴梗死, 确诊待石蜡及免疫组化。术中诊断: 子宫浆膜下肌瘤脱落。手术经过: 分离肠管、右附件、盆底与盆腔肿物间粘连, 小心操作, 避免损伤, 将肿物装入标本袋内自右下腹穿刺孔取出。消毒阴道, 将宫颈口可见息肉完整切除, 双极点状止血。大量温生理盐水冲洗腹腔, 查创面少量渗血, 创面覆盖止血材料。常规关腹。术后病理结果示: (盆腔肿物) 符合平滑肌瘤伴梗死。(宫颈息肉) 子宫颈管内膜息肉。

术后患者自述腹痛症状减轻, 排尿困难症状有所好转, 大致恢复后出院归家。

### 3. 讨论

关于子宫肌瘤的分型应用比较多的是国际妇产科联盟(The International Federation of Gynecology and Obstetrics, FIGO)的子宫肌瘤分型方法。FIGO 子宫肌瘤分型法(采用 9 型分类法)中 6 型: 肌瘤突向浆膜, 但位于肌壁间部分 < 50%; 7 型: 有蒂的浆膜下肌瘤。6、7 型为浆膜下肌瘤的细化, 更适合腹腔镜手术切除。浆膜下子宫肌瘤为子宫肌瘤的类型之一, 下腹坠胀、腰背酸痛、月经改变、白带增多、肿瘤压迫症状及不孕为其早期常见表现[2]。浆膜下子宫肌瘤可自行破裂, 造成急性腹痛[3]。浆膜下肌瘤自行坏死的病例较为少见。

卵巢纤维瘤为卵巢性索间质肿瘤, 是性索间质肿瘤来源中质地最为坚硬的良性实体瘤, 起源于卵巢特殊间叶组织, 约占所有卵巢肿瘤的 5%~8% [4]。卵巢性索间质细胞瘤中大部分发病于中老年, 青春期前较少见[5]。卵巢纤维瘤的临床表现: 无明显临床表现, 多以腹痛、腹胀以及腰痛等为主, 如肿瘤较大, 患者的腹部也会随之胀大, 容易发生急性腹痛[6]。约 10%~15% 的卵巢纤维瘤可合并胸水或腹水, 也称 Meigs 综合征, 仅有约 1% 的患者同时合并胸、腹腔积液[7]。

浆膜下子宫肌瘤与卵巢纤维瘤临床表现上有相似之处, 且超声表现上也有相似之处, 术前易相互误诊[8]。当卵巢纤维瘤与子宫关系密切时, 仅凭借超声与浆膜下肌瘤很难区别。有报道表示少数卵巢纤维瘤病例存在 CA125 水平的升高[9]。CT 也可作为两者区分的手段之一, 肌瘤 CT 表现多样, 与子宫关系密切; 平扫时两者密度相似, 但增强扫描子宫肌瘤早期强化明显, 且多与子宫肌层同步强化, 其密度与肌层相近, 而卵巢纤维瘤多乏血供, CT 增强扫描几乎不强化或轻度强化, 且纤维瘤多为附件区的单侧性单发肿块, 与子宫分界清晰, 肿瘤大者可压迫推移子宫, 采用追溯卵巢静脉的方法可发现肿块来源于卵巢[10]。

本病例患者年龄 64 岁, 临床表现主要为泌尿系统的不适, 遂就诊于泌尿外科, 排除相关疾病后于妇科就诊。浆膜下肌瘤坏死病例较为少见, 且发生的病例多以腹痛为主要表现[11], 患者临床表现不典型, 加大了对于疾病作出正确诊断的难度。仅凭超声难以区分盆腔肿物的来源, 患者行盆腔 CT、肿瘤标志物检查, 在一定程度上对肿物的来源进行了辅助鉴别。术中发现肿物游离于盆腔且表面呈紫灰色, 存在坏

死的迹象，右宫角部可见创面，为肿物的来源提供了线索，术后病理证实肿物为平滑肌瘤使肿物来源得以确诊。

## 参考文献

- [1] Monleón, J., Cañete, M.L., Caballero, V., Del Campo, M., Doménech, A., Losada, M. and Calaf, J. (2018) Epidemiology of Uterine Myomas and Clinical Practice in Spain: An Observational Study. *European Journal of Obstetrics, Gynecology, and Reproductive Biology*, **226**, 59-65. <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2018.05.026>
- [2] 王春梅, 金力荣, 陈禹华. 浆膜下子宫肌瘤破裂 1 例[J]. 中华临床医药杂志, 2002, 3(31): 24.
- [3] 冀彩月. 浆膜下子宫肌瘤自发破裂 1 例报告[J]. 现代中西医结合杂志, 1994(3): 92.
- [4] Chechia, A., Attia, L., Temime, R.B., Makhlof, T. and Koubaa, A. (2008) Incidence, Clinical Analysis, and Management of Ovarian Fibromas and Fibrothecomas. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, **199**, 473.E1-473.E4. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2008.03.053>
- [5] 金小燕. 超声在卵巢纤维瘤诊断中的应用[J]. 中国冶金工业医学杂志, 2020, 37(5): 587.
- [6] 张蕊, 陈金卫, 刘晓芳, 等. 卵巢卵泡膜-纤维瘤组肿瘤的超声表现及病理对照分析[J]. 山西医药杂志, 2016, 45(7): 760-762.
- [7] 李媛媛, 曹耀前, 吴月清, 曹洁. Meigs 综合征伴血清 CA-125 水平升高 1 例[J]. 天津医科大学学报, 2021, 27(2): 188-190.
- [8] 马立娟, 孙文妹. 术前误诊为浆膜下子宫肌瘤的卵巢纤维瘤临床误诊分析[J]. 临床误诊误治, 2023, 36(10): 36-38+43.
- [9] 楚琪, 马帅, 郑连文. 大量腹水合并 CA125 升高的卵巢纤维瘤一例并文献复习[J]. 国际妇产科学杂志, 2020, 47(1): 54-55+72.
- [10] 卞方云, 季亚平, 凌利. 卵巢纤维瘤的 CT 表现及鉴别诊断[J]. 中国中西医结合影像学杂志, 2017, 15(3): 328-330.
- [11] 朱任坚, 曾凡玲, 张一琴, 段淑英. 子宫浆膜下肌瘤蒂扭转出血、坏死 1 例[J]. 大理医学院学报, 1996(2): 56.