

结、直肠子宫内膜异位症 X 线诊断

同济医科大学附属同济医院放射科(430030) 刘贤富 刘建斌 罗锐 李竹笙 张宇峰 潘初

【摘要】 目的:子宫内膜异位症是妇科常见病,不少病例有结肠受侵。本文旨在分析总结结、直肠子宫内膜异位症的双对比造影表现特点,以助于与结、直肠的其它疾患的鉴别。**方法:**对 17 例手术、腹腔镜病理证实的子宫内膜异位症的钡灌肠异常表现进行了回顾性分析,其中 5 例无肠管受侵,仅单纯外压肠管,其余 12 例均有肠管受侵,其中在横结肠腔内外形成肿块 1 例,围绕直肠扩展 2 例,直、乙状结肠浆、肌层与肿块粘连 4 例,粘膜下形成肿块 5 例。**结果:**结、直肠子宫内膜异位症钡灌肠表现有 5 种类型,其中过半数病例有粘膜下息肉样结节或肿块及局部粘膜皱缩。**结论:**结直肠子宫内膜异位症 X 线表现具有一定特征性,结合病史特点,X 线可以提出诊断,但必须与转移瘤、盆腔炎症等鉴别。

【关键词】 子宫内膜异位症 结肠 X 线诊断

X-ray Diagnosis of Rectocolonic endometriosis Liu Xianfu, Liu Jianbing, Luorei, et al. Department of Radiology, Tongji Hospital of Tongji Medical University, Wuhan 430030

【Abstract】 Purpose: To increase the ability to recognize the characteristic X-ray features of rectocolonic endometriosis. **Methods:** The radiographic appearance on barium enema in 17 patients with endometriosis were reviewed and correlated with those at surgical and laparoscopic examination. In five patients, purely extrinsic mass effect was identified, bowel wall involvement in these cases was not present at laparoscopy. 12 patients have bowel involvement. **Results:** Radiographic findings were classified into five type. These include a crenulated mucosal pattern, polypoid mass extending into the colonic lumen, short annular lesions, and long funnel-shaped areas of narrowing. The most common finding is a mucosal crenulation associated with a extramucosal mass. **Conclusion:** A characteristic funding of rectocolonic endmetrosis could be well demonstrated on the double-contrast enema, this would help to differentiate endometriosis from other lesions of the large bowel.

【Key words】 Endometriosis Colon Diagnosis X-ray

子宫内膜异位症是一种常见的妇科疾病。该病累及结肠者并不少见。但钡灌肠检查诊断报导甚少,国内尚未见该病 X 线诊断较详细的研究报告。本文目的在于提高结、直肠子宫内膜异位症 X 线特征的认识,以助于与其它结、直肠疾病的鉴别。

材料与方法

临床资料 搜集我院 1988 年 1 月至 1998 年 10 月经手术及/或腹腔镜病检证实,大肠钡灌肠检查有异常

改变的子宫内膜异位症 17 例。年龄 28~40 岁,平均 33.6 岁。其中 5 例做过纤维结肠镜检查,10 例做过盆腔 B 超。临床主要表现为:痛经(10 例)、下腹疼痛(7 例)、经期前后大便坠胀(8 例)、间断腹泻(5 例)、经期大便带血(2 例)。

结肠钡灌肠检查 大肠钡灌采用低张气钡双对比造影技术,直肠部常规摄取左侧卧位及仰、俯卧正位点片,如直肠部钡液过多,应采用膝胸卧位使之引开或用导管排出而后再注入充足气体。

等牢固结合;3. 由于 DNA 广泛存在于生物体内,因而 DNA 标记的 SPIO 有可能具有更好的生物相溶性。

参考文献

- 1 Runge VM, Pels Rijken TH, Davidoff A, et al. Contrast enhanced MR imaging of the liver. JMRI, 1994, 4: 281.
- 2 Saini S, Stark DD, Hahn PF, et al. Ferrite particles: A superparamagnetic MR contrast agent for enhanced detection of liver carcinoma. Radiology, 1987, 162

: 217.

- 3 Ferrucci JT, Stark DD. iron oxide enhanced MR imaging of the liver and spleen: review of the first 5-year, AJR, 1990, 155: 943.
- 4 王重庆, 李云兰, 李德昌等主编. 高级生物学实验教程. 北京: 北京大学出版社, 1994, 64.
- 5 谢国梅, 周小红, 班景照等主编. 分析化学实验. 杭州: 浙江大学出版社, 1988, 88.

(1998-10-19 收稿)

结合手术、腹腔镜及临床其它检查对本病 X 线表现进行回顾性分析及讨论。

结 果

病变部位及结、直肠受侵情况 本组 5 例为卵巢子宫

内膜异位症形成较大肿块,对直肠或/和乙状结肠有推压,肠管无粘连等受侵情况,4 例侵及直—乙状结肠前下缘,与肠管粘连,手术分离不易;5 例位于直肠子宫陷窝处,内膜异位组织形成蓝紫色乳头状坚实肿块侵及直肠前壁。2 例病变围绕直肠扩展,直肠形成环状狭窄;1 例横结肠及回盲部腔内外肿块且回肠套入升结肠。



图 1 左侧卵巢子宫内位异位肿块使乙状结肠受压移位,肠壁光整,粘膜面无异常,手术证实肠壁未受侵。

图 2 直肠、乙状结肠子宫内位异位症,病变围绕肠管扩展,A,侧位呈环状狭窄,酷似直肠癌。B,正位示粘膜完整(上箭头),有轻微粘膜皱缩聚集(下箭头)

图 3 子宫内位异位侵及乙状结肠前下缘,肠壁呈锯齿状。

图 4 直肠—乙状结肠交界部子宫内位异位 A,侧位见前壁粘

膜下肿块,表面呈多个息肉状结节,局部粘膜明显皱缩。B,正位观粘膜皱缩更加明确,呈放射状。

图 5 子宫内位异位,乙状结肠受压移位,直肠受侵。A,侧位乙状结肠前壁光滑压迹,直肠前壁呈锯齿状。B,正面观直肠病变部粘膜明显皱缩。

图 6 侧位见横结肠腔内光滑充盈缺损并完全性梗阻,临床有梗阻及肠出血症状。手术病理证实横结肠及盲肠腔内外肿块,为子宫内位异位组织。

大肠钡灌肠 X 线表现 本组 17 例钡灌肠表现与手术腹腔镜所见基本一致,有以下 5 种类型:

1. 直肠、乙状结肠肠壁轮廓线光整,粘膜面清晰、无异常,仅见不同程度受压移位表现,肠壁与肿块有光滑清晰的分界面,本组有 5 例(图 1)。

2. 直肠长短不一,环状狭窄各 1 例,粘膜均无明显破坏,但其中 1 例粘膜可见轻微皱缩(图 2)。

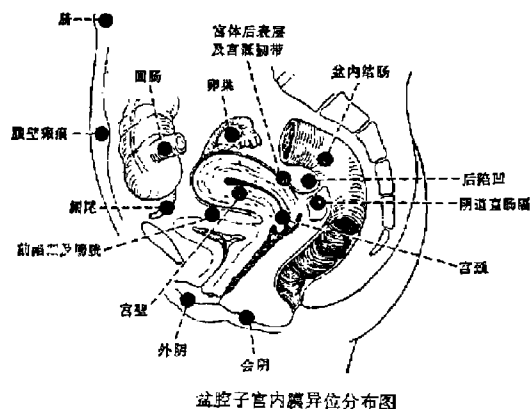
3. 乙状结肠外下缘呈轻微锯齿状伴有移位 2 例,其中 1 例正面相见粘膜皱缩(图 3)。

4. 直肠粘膜下肿瘤样病变表现,侧位呈宽基底隆起,正位呈多个息肉样透亮隆起,局部粘膜有或轻或重的皱缩聚集表现,共 7 例(图 4,5)。

5. 腔内肿块(横结肠)呈良性肿瘤表现,边缘光,局部肠管无僵硬并肠梗阻 1 例(图 6)。

讨论

结、直肠子宫内膜异位症的病理与临床 子宫内膜异位症可发生于身体的许多部位,为妇科常见疾患。已有多种学说解释其病因,但目前尚无定论。该病好发于盆腔内组织,如下图所示。



盆腔子宫内膜异位分布图

据统计,大约 12% ~ 35% 子宫内膜异位患者有肠道受侵^[1,2],其中以直肠、乙状结肠、盲肠、阑尾、回肠为多见,尤其是直肠、乙状结肠,但也可累及肠道的任何部位,如本组例 6 发生于横结肠者。本病好发于 25 ~ 45 岁生育期妇女,但也偶可见于绝经期后女性^[2]。

异位的内膜组织常位于结、直肠的浆膜层、肌层、粘膜下层,而粘膜极少受侵,肠道症状较少或不明显,故由 X 线检查诊断并由临床证实者远远低于其真实发病数。肠壁上的异位内膜组织由于同样具有腺体及

囊腔,也受激素周期性刺激而发生增生、出血、脱落从而使病灶蔓延,此时临床可有较明显的肠道刺激症状,如间歇性腹泻,月经期更形加重;大便坠胀,多发生在月经前后,患者感到粪便通过直肠时疼痛难忍,而其它时间并无此感觉。偶尔异位内膜可深达肠粘膜,产生点状出血使月经期大便带血或直肠出血。

有关结肠壁本身因异位内膜而致的病理改变,有作者^[1]认为内膜组织使肠壁平滑肌肥厚,形成病变的主体,另一些作者^[2,3]认为异位内膜反复小量出血导致纤维化反应,进而形成纤维性狭窄或粘膜下坚实的瘤样肿块,其上的粘膜出现皱缩、聚集。根据本组资料我们同意目前多数人意见^[5,6],二者均有发生,但纤维化对病变后果起更大更直接的作用。

结、直肠子宫内膜异位症双对比造影表现特点

根据本组资料,本病钡灌肠双对比造影表现大致有 5 种类型,与国外文献有关报告大体相似。除 5 例肠管单纯外压移位、其轮廓光整、粘膜无异常、无肠壁受侵者外,其余病例的 X 线表现有以下特点:

1. 病变部位特点 直肠和/或乙状结肠是最常见的发病部位,尤其是直肠前壁和乙状结肠前下缘。

2. 病变形态特点 异位内膜所致的结节或肿块几乎均呈粘膜下或壁外肿块征象,腔内肿块仅 1 例。侧面肿块基底较宽,低张双对比粘膜面正面像常见肿块表面呈多个息肉状透亮隆起。无明显肿块,以狭窄为主的病变,其边缘常光整,粘膜一般完整,除粘膜可有皱缩外,无明显破坏。

3. 病变部粘膜特点 病变部粘膜有或明显或轻微的皱缩、聚集,常呈一侧性或半周性放射状排列,本组 8 例即过半数有此征象。此征以正面观察最为清晰、明确,是表明肠管受侵、存在纤维化的很有价值的征象。

诊断与鉴别 回顾本组资料并结合文献我们总结本病的诊断要点如下:

1. 生育期妇女,特别是 30 ~ 40 岁,有周期性大便痛或腹泻或大便带血。

2. 直肠或/和乙状结肠前壁有粘膜下或腔外肿块,表面呈息肉结节状。

3. 病变部粘膜无破坏,但有粘膜皱缩、聚集。

根据上述 X 线表现特点,特别是粘膜皱缩较具特征的表现,一般来说本病可与发生于直肠、乙状结肠的其它病变相鉴别。结肠癌肿块主要在腔内,呈不规则息肉状或菜花样,局部粘膜破坏,管腔僵硬,与正常肠

管有截然分界。一般不会与本病混淆。但是据文献报告^[2,4,6]及我们的经验,直、乙状结肠的转移性肿瘤,盆腔内某些炎性病变有时其表现可以与本病相似,鉴别可能会遇到困难;此外浸润型结肠癌也可能与环形狭窄类型的结肠子宫内膜异位症混淆。因此X线诊断与鉴别仍必须密切结合临床病史及结肠镜检。

最后应该强调的是检查方法的重要性,低张双对比造影有利于显示肠壁轻微的粘膜皱缩而传统的单对比造影则可能遗漏。

参考文献

1 Fagan CF. Endometriosis: clinical and roentgenography manifestations. Radiol

Clin North Am 1974, 12:109-125

2 Gorgon RL, Evers K, Kressel HY et al: Double-contrast enema in pelvic endometriosis. AJR 1982, 138:549-552

3 Croom RD, Donovan ML, Schwesinger WH: Intestinal endometriosis. Am J Surg, 1984, 148:660-667

4 刘贤富, 吴燎原, 郭俊渊. 盆腔肿块钡灌肠检查. 临床放射学杂志, 1989, 8(5~6):245

5 Goodman P, Raval B, Zimmerman G: Perforation of the colon due to endometriosis. Gastrintest Radiol. 1990, 15:346-348

6 Grainger RG, Allison DJ: Diagnostic Radiology, 2nd ed. Volume 2, Churchill Livingstone. 1992, P941~942. New York

(1998-12-16 收稿)

全国首届《放射学实践》学术会议征文通知

首届全国《放射学实践》学术会议拟定于1999年第四季度召开(地点待定),现在开始向全国征文。

一、征文内容:普通X线、CT、MRI、DSA、介入放射学、超声、核医学以及放射科管理及技术学等方面的学术论文、经验介绍、心得体会、病例报告、专题讲座等。

二、征文要求及说明

①征文稿均应未在公开刊物上发表;

②凡论著文章请附1000字以内的结构式文摘;

③文稿请按本刊投稿要求的格式打印或书写,字迹潦草的文稿恕不录用;

④投稿时,务请附单位介绍信,作者姓名、地址、单位、邮编请书写完整、清晰和工整(有电话者请附上联系电话号码);

⑤征文稿请寄:430030 武汉市汉口解放大道1095号同济医院《放射学实践》编辑部收,并请注明会议征文字样;

⑥截稿日期:1999年7月30日;

⑦征文稿经专家审阅通过者,其作者将被邀请参加本次学术会议,质量较高的文稿将在《放射学实践》上发表;

⑧征文稿不管录用与否均不退稿;

⑨征文期间,编辑部联系电话:(027)83638881-3030,83638881-3045。