

《请您诊断》病例 138 答案:产褥期子宫肌瘤玻璃样变性

陈荟竹, 宁刚, 李学胜

【关键词】 子宫肌瘤;玻璃样变性;产褥期;磁共振成像;超声检查

【中图分类号】 R737.33;R445.2 【文献标识码】 A 【文章编号】 1000-0313(2019)05-0594-03

DOI:10.13609/j.cnki.1000-0313.2019.05.026

开放科学(资源服务)标识码(OSID):



病例资料 患者,女,32岁,G1P0(孕1产0),顺产后6周,伴无痛性阴道出血淋漓不尽6周。现病史:患者6周前,孕39+4周时胎膜早破,顺产一女婴,体重3393g,产后胎盘粘连,子宫收缩无力导致产后大出血,手取胎盘并清宫,失血量1800mL,并行子宫动脉栓塞治疗和输血,阴道分泌物细菌阳性,抗感染治疗后患者各项指标正常出院。出院后患者感阴道流血一直未净,流血量从多到少,现每日阴道出血量少,呈点滴状,咖啡色,无腹痛。绒毛膜促性腺激素(human chorionic gonadotrophin, HCG) < 0.8 mIU/mL。2天前来我院复查彩色多普勒超声提示宫腔内可见不均匀强回声肿块,大小约4.2cm×5.9cm×6.7cm,无血流信号(图1),疑胎盘残留。患者随后行MRI检查提示宫腔内团块异常信号影, T₁WI呈不均匀稍高信号, T₂WI呈等、偏高信号,与子宫外部肌层信号相似, DWI扩散不受限,增强扫描肿块未见明显强化,与子宫肌层分界不清(图2),考虑胎盘残留可能。经超声引导下清宫治疗,术中发现子宫呈水平位,正常大小,无压痛,术前探宫腔深10cm,刮出组织物20g,术中出血约50mL,术中见宫腔内组织与肌层紧密粘连,分界不清,清宫困难,清宫术后见大量坏死组织(图3),病理提示子宫肌瘤玻璃样变性伴散在钙化灶及炎性细胞浸润(图4)。

讨论 子宫肌瘤是育龄期妇女常见的子宫良性肿瘤。30~50岁是最集中的发病年龄,发病率高达20%~30%,占女性生殖器官相关良性肿瘤的52%^[1]。MRI和超声检查对子宫肌瘤具有较高的诊断价值,但妊娠期或产褥期子宫肌瘤的出血、坏死及各种变性均可使子宫肌瘤的诊断变得复杂。产褥期子宫肌瘤玻璃样变性的报道较为少见,本文报道一例产后子宫肌瘤玻璃样变性误诊为胎盘残留,并分析其MRI表现。

产褥期子宫肌瘤变性常与妊娠期合并子宫肌瘤有

关。妊娠期子宫肌瘤的发病率因调查的样本量、孕周及肌瘤大小不同而不同,发病率约为1.6%~10.7%^[2]。Vergani等^[3]报道,妊娠期的肌壁间子宫肌瘤可能会影响子宫收缩或中断具有规律的收缩波,从而导致异常分娩。也有文献报道^[2],妊娠合并子宫肌瘤的患者与不合并子宫肌瘤的患者相比,前者可能出现产后出血(2.5%)、胎盘残留(1.4%)及早产(16.1%)的概率均明显高于后者,两组差异有统计学意义。本例患者有胎膜早破、产后子宫收缩无力、胎盘残留及产后大出血的症状,可能与合并子宫肌瘤有关。子宫肌瘤变性的发生与血供不足有关,而子宫肌瘤变性的类型可依据缺血的不同程度和速度分为玻璃样变性、囊变、红色样变和钙化^[4],其中子宫在妊娠期或产褥期常见肌瘤红色样变。本例患者在产褥期出现子宫肌瘤玻璃样变性(需排除因行子宫动脉栓塞治疗而导致的子宫肌瘤玻璃样变性),分析其原因,可能与以下两点有关:①子宫平滑肌瘤因胎儿压迫致血液循环障碍常发生玻璃样变性,当胎儿娩出,宫腔压力降低时,黏膜下甚至肌壁间肌瘤可突向宫腔形成占位;②可能与产后行子宫动脉栓塞等导致黏膜下或肌壁间因血液循环的改变导致肌瘤变性并凸向宫腔形成宫腔占位。

超声检查是子宫肌瘤的首选检查方法,未变性的子宫肌瘤表现为圆形低回声团,边界清晰。当子宫肌瘤发生玻璃样变性时主要表现为低回声或混杂回声,彩色多普勒超声提示无血流信号。MRI因其成像范围大,软组织分辨率高,是子宫肌瘤的理想检查方法,当子宫肌瘤变性而使诊断变得复杂时, MRI也可成为超声检查的补充手段。子宫肌瘤玻璃样变性是子宫肌瘤因血供不足发生变性、坏死,平滑肌纤维被玻璃样组织替代,玻璃样组织在 T₁WI上信号变化较为多样,可呈低、等、高混杂信号, T₂WI上呈低信号,这可能与子宫肌瘤玻璃样变性和凝固性坏死有关^[5];增强扫描无强化,提示血供不丰富。本例患者 MRI表现为宫腔内不规则占位,子宫肌层结合带不连续,病灶 T₁WI呈不均匀稍高信号, T₂WI呈等、偏高信号,与子宫外部肌层信号相似,其内见不规则散在低信号影,而 T₂WI上的等、偏高信号可能与病灶合并炎性反应和散在钙化有关,子宫肌层结合带不连续可能与肌瘤由肌壁间或

作者单位:610041 成都,四川大学华西第二医院放射科;出生缺陷与相关妇科疾病教育部重点实验室

作者简介:陈荟竹(1985-),女,四川梓潼人,硕士,主治医师,主要从事妇儿影像诊断工作。

通讯作者:宁刚, E-mail:ng6611@163.com

基金项目:四川省软科学研究计划(2014ZR0130);成都市科技惠民项目(2015-HM01-00416-SF);四川大学华西第二医院临床科研基金(KL007)

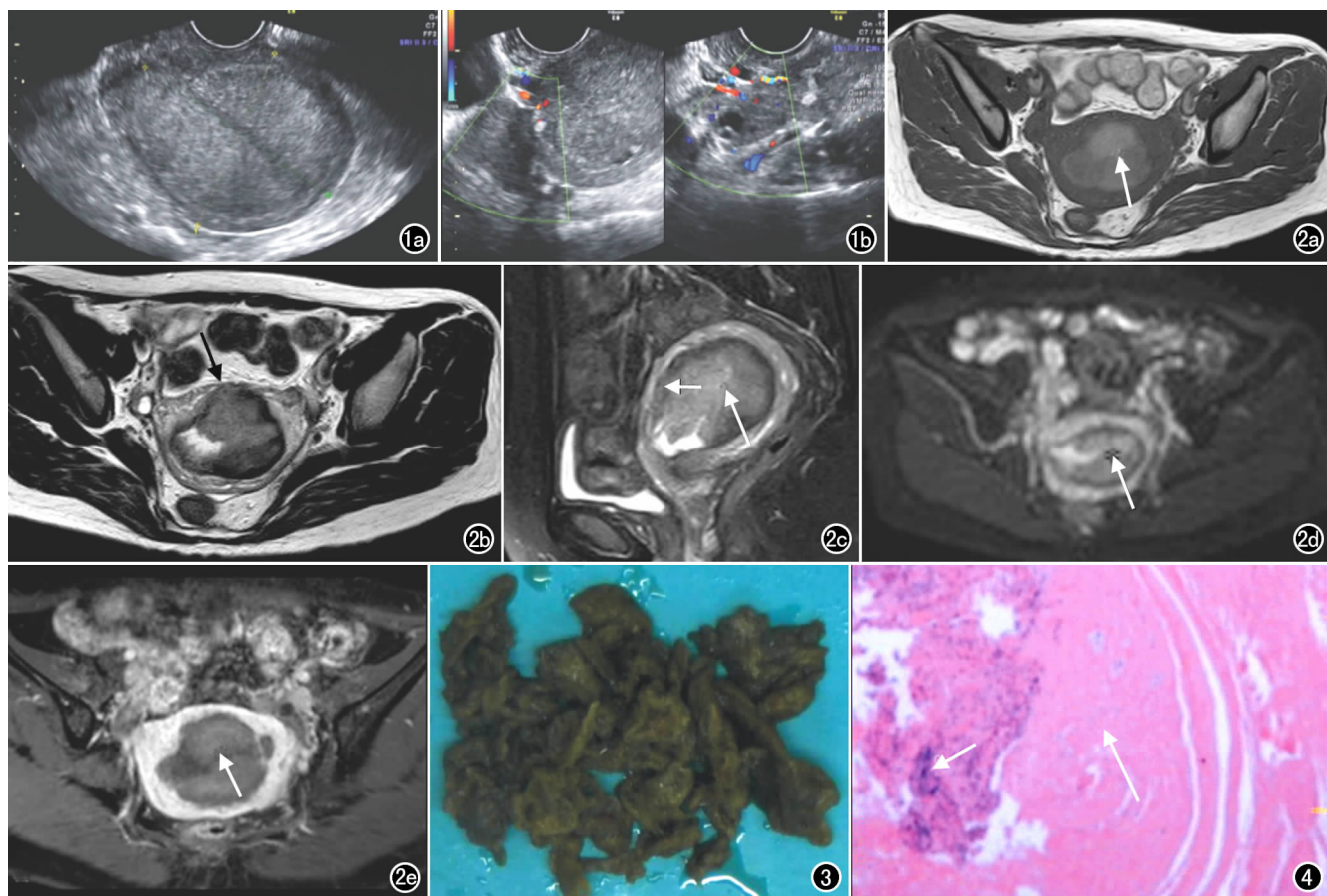


图 1 产褥期子宫肌瘤玻璃样变性的超声表现。a) 宫腔内查见不均匀高回声肿块,大小约 $4.2\text{cm} \times 5.9\text{cm} \times 6.7\text{cm}$; b) 彩色多普勒提示肿块内未探及血流信号。图 2 产褥期子宫肌瘤玻璃样变性的 MRI 表现。a) $T_1\text{WI}$ 轴面图像示宫腔内肿块形态不规则,呈不均匀稍高信号(箭); b) $T_2\text{WI}$ 轴面图像示宫腔内肿块信号较子宫外部肌层信号偏低,形态不规则,与子宫肌层分界不清,低信号结合带局部不连续(箭); c) $T_2\text{WI}$ 矢状面抑脂图像,宫腔内可见肿块影(长箭),信号与子宫外部肌层信号相似,低信号结合带厚薄不均,子宫前壁局部结合带信号不连续(短箭); d) DWI 图像示宫腔内肿块信号较子宫外部肌层稍偏低,信号欠均匀(箭),可见少许低信号影; e) $T_1\text{WI}$ 增强扫描示子宫肌层明显强化,宫腔内肿块未见明显强化(箭)。图 3 清宫术后可见大量坏死组织。图 4 病理图可见子宫肌瘤广泛玻璃样变性(长箭),伴局灶性炎性细胞浸润(短箭)($\times 200$, HE)。

黏膜下凸入宫腔有关。

产褥期子宫肌瘤变性主要需与产后妊娠物残留鉴别。妊娠物残留(retained products of conception, RPOC)主要是指引产、流产、顺产或剖宫产术后胎儿或胎盘组织持续残留在宫腔内^[6]。RPOC 的发病率约为 1%^[7],临床表现为阴道流血、腹痛、发热、宫腔粘连和不孕。MRI 表现为宫腔内可见软组织肿块影,边界不清,信号不均匀, $T_1\text{WI}$ 及 $T_2\text{WI}$ 均呈混杂信号,增强扫描呈明显不均匀强化,肌层不同程度变薄,结合带消失^[8]。而子宫肌瘤玻璃样变性在 $T_2\text{WI}$ 呈低信号,血供不丰富,强化不明显,且不累及肌层,但是,当 RPOC 患者经过子宫动脉栓塞治疗后,RPOC 信号发生改变,同时血供会明显减少,因而强化不明显,与肌瘤变性类似,此时不易与变性的子宫肌瘤相鉴别,因此

需结合病史及其他相关检查明确诊断。

在临床治疗方面,子宫肌瘤玻璃样变性如果突入宫腔内,可行超声引导清宫;如怀疑 RPOC 时,应行超声或 MRI 确认 RPOC 是否累及肌层,血供是否丰富,判断能否行清宫术,以防清宫术中大出血。

本病例误诊为 RPOC 的原因可能与以下几个因素有关:①患者因产后子宫收缩无力,有过胎盘残留合并大出血和行子宫动脉栓塞治疗的病史;②产后患者有与 RPOC 有相似的临床症状,但影像学表现不典型;③诊断者自身对于产褥期子宫肌瘤变性的认识不够。

综上所述,产褥期宫腔占位的准确诊断有助于为临床医生的治疗决策提供依据,因此影像科医生应该熟悉了解产褥期子宫肌瘤变性的影像学表现。

参考文献:

- [1] 李青春,胡睿,文鹏. 子宫肌瘤介入治疗后围绝经期症状分析[J]. 放射学实践, 2016, 31(5): 438-441.
- [2] Ezzedine D, Norwitz ER. Are women with uterine fibroids at increased risk for adverse pregnancy outcome? [J]. Clin Obstet Gynecol, 2016, 59(1): 119-127.
- [3] Vergani P, Ghidini A, Strobelt N, et al. Do uterine leiomyomas influence pregnancy outcome? [J]. Am J Perinatol, 1994, 11(5): 356-358.
- [4] Han SC, Kim MD, Jung DC, et al. Degeneration of leiomyoma in patients referred for uterine fibroid embolization: incidence, imaging features and clinical characteristics[J]. Yonsei Med J, 2013, 54(1): 215-219.
- [5] Murase E, Siegelman ES, Outwater EK, et al. Uterine leiomyomas; histopathologic features, MR imaging findings, differential diagnosis, and treatment [J]. Radiographics, 1999, 19(5): 1179-1197.
- [6] Ben-Ami I, Melcer Y, Smorgick N, et al. A comparison of reproductive outcomes following hysteroscopic management versus dilatation and curettage of retained products of conception[J]. Int J Gynaecol Obstet, 2014, 127(1): 86-89.
- [7] Tan AP. Degenerated retained product of conception misdiagnosed as invasive trophoblastic disease[J]. Med J Malaysia, 2015, 70(2): 100-101.
- [8] Gupta R, Bajaj SK, Kumar N, et al. Magnetic resonance imaging-A troubleshooter in obstetric emergencies; A pictorial review[J]. Indian J Radiol Imaging, 2016, 26(1): 44-51.

(收稿日期:2018-04-24 修回日期:2018-05-29)

中华医学会第二十六次全国放射学学术大会

中华医学会第二十六次全国放射学学术大会(CCR2019)将于2019年11月13日至17日在北京市国家会议中心召开。本次会议由中华医学会和中华医学会放射学分会共同主办,旨在打造医学影像学多学科融合的国际化学术交流平台,充分展示我国放射学整体水平和专业特色,努力提升我国医学影像学的国际地位和影响力。会议将邀请众多国内外放射学界知名专家、学者做专题学术报告,如前任RSNA主席Richard Ehman教授,前任European Radiology杂志主编Maximilian Reiser教授,现任德国放射学会主席Stefan Schoenberg教授,现任法国放射学会主席Jean-Francois Meder教授等等,并将举办多场精彩的学术交流与比赛。会议旨在通过广泛交流与学习,进一步提高放射界医务工作者、科研人员、教师、研究生的临床技能与科研水平。2018年参会的国内外专家和代表在万人以上。预计2019年参会人数将继续突破万人。

征文内容:关于影像技术及最新进展、疾病诊断与鉴别诊断、介入治疗等方面的中英文论文及个案报道。

投稿内容可涵盖放射学各方面,请参看大会官方网站投稿系统。

征文要求:原创并且在投稿截止前尚未发表的论文,要求800字以内的中文摘要或2000字符以内(包括空格)的英文摘要,按照规定格式(目的、方法、结果和结论四个部分)。

登录大会官方网站 <http://www.cmacsr.org>, <http://www.chinaradiology.org>, 在线填写投稿。

论文交流形式包括:①大会发言;②发言者在指定会场内对自己目前的研究成果进行口头汇报,请自备相应中英文版本幻灯片;③电子展板,将在指定场馆内展示,作者须准备中英文版本幻灯片,在规定时间内上传至大会电子展板系统,向参会者介绍其研究成果;④传统展板,将在会场走廊内展示,作者必须在指定时间内站在自己的展板旁,回答参会者的提问。

所投论文必须具备科学性强、重点突出、文字简练,摘要中不附图表。截稿日期:2019年8月1日。此次会议授予国家级I类继续医学教育学分,项目编号为2019-09-01-308(国)

会议时间:2019年11月13~17日

会议地点:北京市国家会议中心(中国北京朝阳区天辰东路7号)。

(中华医学会 中华医学会放射学分会)