

直肠子宫内膜异位症1例

叶妮娜, 窦玉琴, 霍晓灵, 张 炜

叶妮娜, 窦玉琴, 霍晓灵, 新疆建设兵团伊宁市第四师医院
消化科 新疆维吾尔自治区伊宁市 835000

张炜, 江苏大学附属医院消化科 江苏省镇江市 212001

叶妮娜, 副主任医师, 主要从事消化系统疾病与消化内镜的
研究。

作者贡献分布: 叶妮娜完成本病例第一次结肠镜检查, 结合第
二次结肠镜及术后资料、随访、文献查询后进行汇总, 完成
该报告; 窦玉琴为第二次患者结肠镜检查操作者; 霍晓灵与张
炜对报告提出修改意见。

通讯作者: 张炜, 副教授, 主任医师, 212001, 江苏镇江市解放
路438号, 江苏大学附属医院消化科. zw8839200@163.com
电话: 0511-85026370

收稿日期: 2015-05-29

修回日期: 2015-09-16

接受日期: 2015-10-13

在线出版日期: 2015-11-08

A case of rectal endometriosis

Ni-Na Ye, Yu-Qin Dou, Xiao-Ling Huo, Wei Zhang

Ni-Na Ye, Yu-Qin Dou Xiao-Ling Huo, Department of
Gastroenterology, Hospital of the 4th Division, The
Xinjiang Production and Construction Corps, Yining
835000, Xinjiang Uygur Autonomous Region, China

Wei Zhang, Department of Gastroenterology, Affiliated
Hospital of Jiangsu University, Zhenjiang 212001, Jiangsu
Province, China

Correspondence to: Wei Zhang, Associate Professor,
Chief Physician, Department of Gastroenterology,
Affiliated Hospital of Jiangsu University, 438 Jiefang
Road, Zhenjiang 212001, Jiangsu Province,
China. zw8839200@163.com

Received: 2015-05-29

Revised: 2015-09-16

Accepted: 2015-10-13

Published online: 2015-11-08

Abstract

A young female patient presented with difficult defecation for 1 year and abdominal distension. Colonoscopy revealed an irregular regular mass with surface ulcers, and luminal stenosis. A second colonoscopy, which coincided with her period, revealed an oozing tumor, and pathology showed mucosal active inflammation with ulceration. The patient underwent rectal tumor excision, and pathological findings suggested rectal endometriosis. After surgery, the patient had no difficult defecation or abdominal distension, and she received progesterone treatment for half a year.

© 2015 Baishideng Publishing Group Inc. All rights reserved.

Key Words: Rectum; Endometriosis; Treatment

Ye NN, Dou YQ, Huo XL, Zhang W. A case of
rectal endometriosis. *Shijie Huaren Xiaohua Zazhi*
2015; 23(31): 5089-5092 URL: <http://www.wjgnet.com/1009-3079/23/5089.asp> DOI: <http://dx.doi.org/10.11569/wcjd.v23.i31.5089>

摘要

1例中青年女性患者, 因“排便困难1年伴腹胀”就诊, 第1次结肠镜检查: 直肠处见不规则肿物, 表面溃疡, 管腔狭窄, 第2次结肠镜检查, 正逢月经来潮, 内镜下不同的是肿物渗血, 病理均提示: 黏膜活动性炎症伴溃疡形成。后行直肠肿物切除术, 病理提示: 直肠子宫内膜异位症, 术后患者无排便困难、腹胀, 服用孕激素药物治疗半年。

背景资料

子宫内膜异位症在形态学上呈良性表现, 但在临床行为学上具有类似恶性肿瘤的特点, 如种植、侵袭及远处转移等, 可有腹部症状, 而腹部症状与月经来潮无关, 主要表现为排便困难、排便不尽, 考虑因肿块压迫肠腔引起, 引起不全梗阻有关, 容易误诊。

同行评议者

马欣, 主任医师, 甘肃省人民医院消化科; 刘占举, 教授, 同济大学附属上海市第十人民医院

■应用要点

子宫内膜异位症患者的具体用药根据患者病情轻重、年龄、是否有生育要求的个体化治疗, 药物治疗症状不缓解、局部病变加剧、较大的卵巢内膜异位囊肿建议手术治疗。当恶性肿瘤的诊断不能完全被排除或者患者出现持续性症状时, 可考虑手术根治治疗。

© 2015年版权归百世登出版集团有限公司所有。

关键词: 直肠; 子宫内膜异位; 治疗

核心提示: 本文报道1例直肠子宫内膜异位症, 在不同时间对患者进行肠镜检查, 结肠镜两次提示不规则结节状隆起, 表面溃烂, 似“直肠癌”, 考虑内镜活检局限性, 行肿物切除, 术后全组织病理明确子宫内膜异位。本病症状不典型, 两次结肠镜检查活组织检查未提示子宫内膜异位, 考虑与活检深度不够, 未达到子宫内膜异位的肌层, 容易误诊, 需警惕。

叶妮娜, 奚玉琴, 霍晓灵, 张炜. 直肠子宫内膜异位症1例. 世界华人消化杂志 2015; 23(31): 5089-5092 URL: <http://www.wjgnet.com/1009-3079/23/5089.asp> DOI: <http://dx.doi.org/10.11569/wcjd.v23.i31.5089>

0 引言

子宫内膜异位大多数位于卵巢、宫骶韧带, 盆腔腹膜, 新疆建设兵团伊宁市第四师医院1例以排便困难、不全性肠梗阻为首发症状的直肠子宫内膜异位症, 分别在月经未来潮和月经来潮初期的两次结肠镜检查镜下变化, 因镜下活检深度不够, 直到术后病理确诊直肠子宫内膜异位, 以此提高临床医生对该病的认识, 现报道如下。

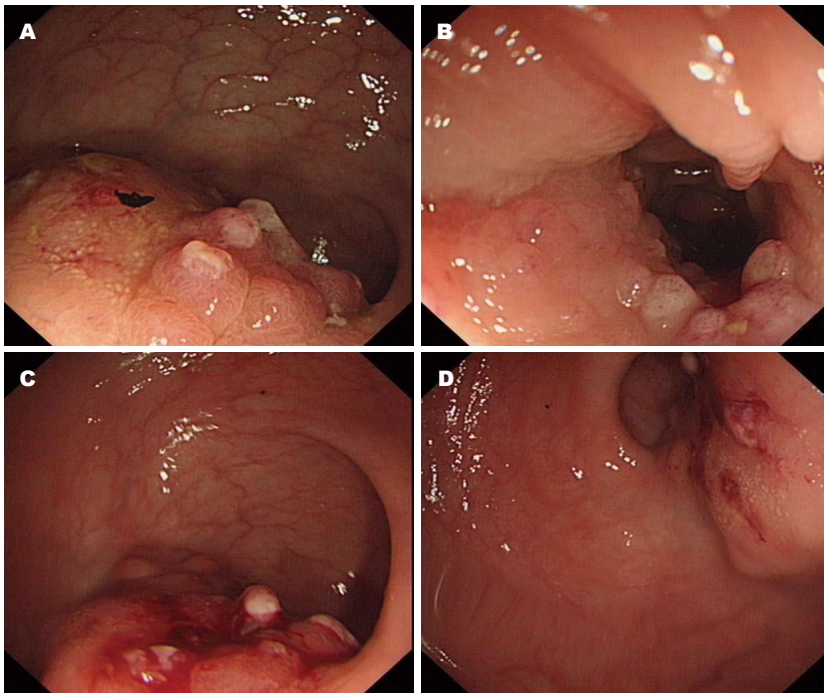
1 病例报告

患者女, 42岁, 因“排便困难1年伴腹胀”就诊, 每日排大便3-4次, 量少, 干燥, 感排便不尽, 无消瘦、纳差, 无腹痛、发热, 无便血。有痛经, 人流史2次, 无其他手术史, 孕有1子。2014-04-09新疆建设兵团伊宁市第四师医院行结肠镜检查: 距肛门口10-15 cm处见不规则肿物, 结节状, 表面溃疡, 管腔狭窄, 质硬(图1A, B)。诊断: 直肠癌? 病理回报: 黏膜呈中度慢性活动性炎伴溃疡形成。住普外科, 于2014-04-16第二次结肠镜检查(正逢刚月经来潮): 进镜距肛门10-15 cm处见黏膜不规则结节状隆起, 表面出血, 溃烂, 质脆、硬, 局部肠腔狭窄, 镜身勉强通过(图1C, D)。诊断: 直肠癌? 病理回报: 镜下见黏膜溃疡, 腺体增生伴黏液样变, 未见明显的异型细胞, 部分呈绒毛样结构, 黏膜下伴有增生的纤维束。意见为孤立性直肠溃疡(孤立性溃疡综合征)。血尿便常规, 粪隐血、生化全检、血

凝、血沉、肿瘤标志物: 癌胚抗原、甲胎蛋白、铁蛋白、鳞状细胞癌相关抗原等未见异常, 糖链抗原125(carbohydrate antigen 125, CA125): 102 mL/U升高。胸腹片、子宫、双侧附件彩超未见异常; 全腹部计算机断层扫描(computed tomography, CT): 直肠上段及乙状结肠处肠管壁增厚, 考虑: 恶性肿瘤伴邻近淋巴结肿大。患者不全性梗阻, 直肠占位, 于2014-04-24行直肠肿物切除术, 术中快速病检。(直肠)HE染, 直肠肌层中见有子宫内膜腺体及间质组织(图2), 诊断: 直肠子宫内膜异位症, 未累及送检上下切环, 肠周淋巴结反应性增生。术后患者无排便困难、腹胀, 子宫附件彩超未见异常。妇科会诊建议: 孕三稀酮胶囊1片, 2次/wk口服, 共服用6 mo, 监测肝功, 1年后随访, 患者无不适, 无排便困难, 已停药物治疗。

2 讨论

子宫内膜组织(腺体和间质)出现在子宫体以外的部位时, 称为子宫内膜异位症, 子宫内膜可侵犯全身任何部位, 如脐、膀胱、肾、输尿管、肺、胸膜、乳腺、甚至手臂、大腿等处, 但绝大多数位于盆腔脏器和壁腹膜, 以卵巢、宫骶韧带最常见, 其次为子宫及其他脏腹膜、阴道直肠膈等部位, 子宫内膜异位症在形态学上呈良性表现, 但在临床行为学上具有类似恶性肿瘤的特点, 如种植、侵袭及远处转移等。该病是激素依赖性疾病的, 高发年龄25-45岁, 病因尚不清楚, 最主要学说, 异位种植学说, 经期时子宫内膜腺上皮和间质细胞可随经血逆流。主要症状为下腹痛与痛经、不孕及性交不适。肠道异位症可出现腹痛、腹泻、便秘或周期性少量便血、肠梗阻症状, 本例患者无腹腔手术病史, 有人流史2次, 孕有1子, 无腹痛、便血, 腹部症状与月经来潮无关, 主要表现为排便困难、排便不尽, 考虑因肿块压迫肠腔引起, 引起不全梗阻有关。诊断可有B超、盆腔CT、磁共振成像(magnetic resonance imaging, MRI), CA-125C常升高, 腹腔镜对盆腔子宫内膜异位症进行活组织检查可确诊, 手术+药物为子宫内膜异位症治疗金标准^[1], 本病症状不典型, CT提示: 肠管壁增厚, 考虑: 恶性肿瘤伴邻近淋巴结肿大。现分析为反应性增生; 结肠镜两次提示不



同行评价
本文可以引起临床医生对此类患者的警惕, 有较好的临床价值。

图1 结肠镜镜下所见。A, B: 月经未来潮第1次结肠镜下所见: 距肛门口10~15 cm见不规则肿物, 表面充血、糜烂, 结节状, 散在溃疡, 管腔狭窄; C, D: 月经来潮第2次结肠镜镜检: 距肛门口10~15 cm见黏膜不规则结节状隆起, 表面见出血, 溃烂, 管腔狭窄较前明显。

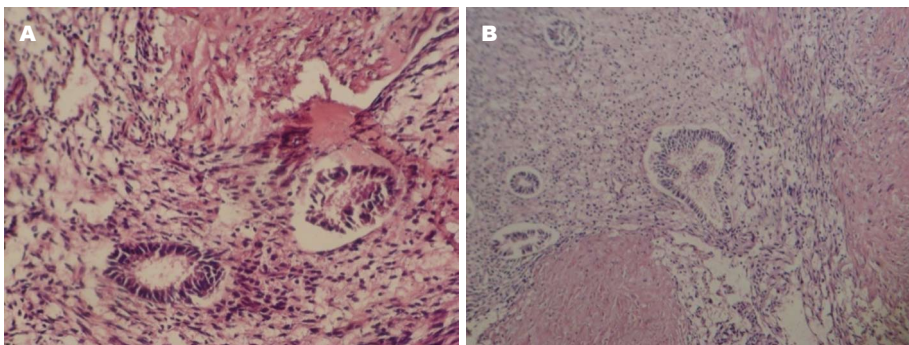


图2 术后病理。A, B: 直肠肌层中见有子宫内膜腺体及间质组织。A: HE × 100; B: HE × 40。

规则结节状隆起, 表面溃烂, 似“直肠癌”, 内镜活检病理: 提示溃疡。因肠腔狭窄, 排便困难, 考虑内镜活检局限性, 行肿物切除, 术后全组织病理明确子宫内膜异位, 因此仅根据症状、影像学结果和内镜检查做出判断时, 临床医生很难将其与恶性肿瘤区分^[2], 本病症状不典型, 两次结肠镜检查活组织检查未提示子宫内膜异位, 考虑与活检深度不够, 未达到子宫内膜异位的肌层, 容易误诊, 需警惕。治疗上分为药物治疗及手术治疗, 药物治疗为抑制疼痛的对症治疗, 抑制雌激素合成的性激素治疗, 但不能达到根治目的。建议具体用药根据患者病情轻重、年龄, 是否有生育

要求的个体化治疗, 药物治疗症状不缓解、局部病变加剧、较大的卵巢内膜异位囊肿建议手术治疗。当恶性肿瘤的诊断不能完全被排除或者患者出现持续性症状时, 可考虑手术根治治疗^[3,4]。

3 参考文献

- 1 狄文. 子宫内膜异位症余子宫腺肌症. 妇产科学 2013; 8: 268-274
- 2 Ruffo G, Stepniewska A, Crippa S, Serboli G, Zardini C, Steinkasserer M, Ceccaroni M, Minelli L, Falconi M. Laparoscopic ileocecal resection for bowel endometriosis. *Surg Endosc* 2011; 25: 1257-1262 [PMID: 20848137 DOI: 10.1007/s00464-010-1354-x]
- 3 Chen N, Zhu L, Lang J, Liu Z, Sun D, Leng J, Fan

Q, Zhang H, Cui Q. The clinical features and management of perineal endometriosis with anal sphincter involvement: a clinical analysis of 31 cases. *Hum Reprod* 2012; 27: 1624-1627 [PMID: 22422793 DOI: 10.1093/humrep/des067]

4 Zhu L, Lang J, Wang H, Liu Z, Sun D, Leng J, Zhou H, Cui Q, Wong F. Presentation and management of perineal endometriosis. *Int J Gynaecol Obstet* 2009; 105: 230-232 [PMID: 19329117 DOI: 10.1016/j.ijgo.2009.01.022]

编辑: 郭鹏 电编: 都珍珍



ISSN 1009-3079 (print) ISSN 2219-2859 (online) DOI: 10.11569 2015年版权归百世登出版集团有限公司所有

•消息•

《世界华人消化杂志》正文要求

本刊讯 本刊正文标题层次为 0 引言; 1 材料和方法, 1.1 材料, 1.2 方法; 2 结果; 3 讨论; 4 参考文献. 序号一律左顶格写, 后空1格写标题; 2级标题后空1格接正文. 以下逐条陈述: (1)引言 应包括该研究的目的和该研究与其他相关研究的关系. (2)材料和方法 应尽量简短, 但应让其他有经验的研究者能够重复该实验. 对新的方法应该详细描述, 以前发表过的方法引用参考文献即可, 有关文献中或试剂手册中的方法的改进仅描述改进之处即可. (3)结果 实验结果应合理采用图表和文字表示, 在结果中应避免讨论. (4)讨论 要简明, 应集中对所得的结果做出解释而不是重复叙述, 也不应是大量文献的回顾. 图表的数量要精选. 表应有表序和表题, 并有足够具有自明性的信息, 使读者不查阅正文即可理解该表的内容. 表内每一栏均应有表头, 表内非公知通用缩写应在表注中说明, 表格一律使用三线表(不用竖线), 在正文中该出现的地方应注出. 图应有图序、图题和图注, 以使其容易被读者理解, 所有的图应在正文中该出现的地方注出. 同一个主题内容的彩色图、黑白图、线条图, 统一用一个注解分别叙述. 如: 图1 萎缩性胃炎治疗前后病理变化. A: ...; B: ...; C: ...; D: ...; E: ...; F: ...; G: ... 曲线图可按●、○、■、□、▲、△顺序使用标准的符号. 统计学显著性用: ^a $P<0.05$, ^b $P<0.01$ ($P>0.05$ 不注). 如同一表中另有一套 P 值, 则^c $P<0.05$, ^d $P<0.01$; 第3套为^e $P<0.05$, ^f $P<0.01$. P 值后注明何种检验及其具体数字, 如 $P<0.01$, $t = 4.56$ vs 对照组等, 注在表的左下方. 表内采用阿拉伯数字, 共同的计量单位符号应注在表的右上方, 表内个位数、小数点、±、-应上下对齐. “空白”表示无此项或未测, “-”代表阴性未发现, 不能用同左、同上等. 表图勿与正文内容重复. 表图的标目尽量用 t/min , $c/(\text{mol/L})$, p/kPa , V/mL , $t/^\circ\text{C}$ 表达. 黑白图请附黑白照片, 并拷入光盘内; 彩色图请提供冲洗的彩色照片, 请不要提供计算机打印的照片. 彩色图片大小 $7.5\text{ cm}\times 4.5\text{ cm}$, 必须使用双面胶条粘贴在正文内, 不能使用浆糊粘贴. (5)志谢 后加冒号, 排在讨论后及参考文献前, 左齐.