

腹膜后肿物误诊为妇科肿瘤 25 例的临床分析

王碧航¹ 刘宗谕² 徐子力² 赵刘碧琦² 范丽梅²¹山西省长治市人民医院产科, 长治 046000; ²吉林大学第二医院妇产科, 长春 130041

通信作者: 范丽梅, Email: fanlimei1971@126.com

【摘要】 分析腹膜后肿瘤患者的临床特点, 提高对腹膜后肿瘤的认识, 避免误诊为妇科肿瘤。对 25 例误诊为妇科肿瘤的腹膜后肿瘤患者的临床资料、辅助检查及病理学诊断等进行了回顾性分析和总结。本组患者主要临床表现为在进行健康体检时妇科彩色超声检查发现附件区或盆腔包块, 其次为自扪及下腹部包块、下腹痛、腹胀、腰痛、尿频尿急、左下肢疼痛、痛经及阴道出血等。腹膜后肿瘤发病率较低, 其临床症状和妇科疾病相似, 容易被误诊为妇科肿瘤。

【关键词】 腹膜后肿瘤; 妇科肿瘤

基金项目: 吉林省卫生健康技术创新项目(2019J014); 吉林省医疗卫生人才专项项目(2019SCZT018)

DOI:10.3760/cma.j.cn112137-20191202-02628

腹膜后肿瘤有时难与妇科肿瘤鉴别, 而妇科医师手术时才发现为腹膜后肿物, 导致术中处于被动状态。吉林大学第二医院 2009 年 1 月至 2018 年 12 月收治腹膜后肿物患者共 233 例, 其中 25 例初诊为妇科肿瘤, 误诊率为 11%。现对 25 例患者的临床表现、辅助检查及误诊原因的分析总结报道如下。

一、对象与方法

1. 对象: 25 例患者年龄 19~69(45±13)岁, 其中 40~60 岁患者共 15 例, 占 60%。所有患者均行手术治疗。临床表现, 25 例中 15 例为健康体检时行彩色超声检查发现的附件区或盆腔包块; 4 例为自扪及下腹部包块; 4 例表现为下腹痛; 3 例症状为腹胀; 2 例表现为腰痛; 尿频尿急、下肢疼痛、痛经、阴道出血各 1 例。

2. 辅助检查: (1) 妇科彩色超声: 25 例均行彩色超声检查, 其中 23 例患者超声提示附件区或盆腔包块(有 6 例患者超声显示双侧卵巢大小正常, 回声正常), 11 例患者提示不均质包块, 9 例提示囊性包块, 3 例提示实性包块, 2 例患者提示阔韧带肌瘤。(2) 盆腔 CT 及 MRI 检查: 3 例行 CT 检查, 1 例行 MRI 检查。(3) 肿瘤标志物: 25 例中除 2 例患者术前彩色超声提示子宫肌瘤未行肿瘤标志物检查外, 其余 23 例患者均行妇科肿瘤标志物检查, 检查结果均在正常值范围内。

3. 治疗方法: 25 例患者均行手术治疗, 其中腹腔镜手术 5 例(2 例因病情复杂中转开腹), 20 例行开腹手术。

二、结果

1. 手术情况: (1) 肿瘤完整切除: 25 例患者中肿瘤完整切除 19 例, 19 例肿瘤包膜均完整, 均无侵犯周围脏器及血管(其中 3 例为腹腔镜完整剥除, 1 例因肿瘤位于右侧腹膜后髂内动静脉间术中腹腔镜中转开腹), 术后病理学诊断良性肿瘤 17 例, 恶性肿瘤 2 例; (2) 肿瘤部分切除 5 例(1 例因肿瘤位于左侧腹膜后髂血管区术中腹腔镜中转开腹), 术后病理学诊断良性 3 例, 恶性 2 例; (3) 肿瘤活体组织检查: 1 例因肿物与腹主动脉关系密切, 手术风险大, 仅仅进行了盆腔肿物活体组织检查术, 术后病理学诊断良性肿瘤。见表 1。

表 1 25 例误诊患者的肿瘤部位及手术情况

肿瘤部位	例数	大小(cm ³ , 平均值)	术中所见
左阔韧带腹膜后	8	1 022	实性肿物
腹主动脉旁	2	480	囊实性肿物
盆腔正中腹膜后	7	1 325	实性肿物
右侧阔韧带腹膜后	8	815	实性肿物

2. 病理学类型: (1) 良性肿瘤: 共 21 例, 其中平滑肌瘤 7 例, 神经鞘瘤 3 例, castleman 病 2 例, 子宫内异位症 2 例, 炎性肿物、淋巴管肌瘤、支气管炎

性囊肿、神经纤维瘤、成熟性畸胎瘤、脂肪瘤及副神经节瘤各 1 例；(2)恶性肿瘤：共 4 例，其中脂肪肉瘤 2 例，炎性肌纤维母细胞瘤 1 例，未分化肉瘤 1 例。

三、讨论

1. 临床表现：腹膜后间隙大，该处的肿瘤较小时多不产生症状，大部分患者是体格检查时发现，当肿瘤增大到一定程度，压迫侵犯邻近脏器时会出现症状。腹膜后肿物患者最早出现的症状主要为腹痛和自扪及的腹部包块，当肿瘤体积增大时压迫或侵犯邻近脏器引起相应症状，如尿频、尿急、排尿困难、腰背痛、下肢痛、腹胀、排便习惯改变及便秘、会阴部水肿及静脉曲张。腹膜后肿物查体时包块较为固定，活动度差，肛诊时有时可触及包块凸向后盆腔。误诊原因分析：临床妇科疾病常见的症状主要有阴道流血、下腹痛、下腹部包块及白带异常等^[1]，而本组患者大多无不适症状，少数表现为腹部包块、腹胀、腹痛或有痛经，临床症状和妇科疾病症状相似，无特异性，虽然本组患者体格检查时肿块活动度差，但如果卵巢肿瘤与周围组织粘连，肿块也会较为固定，若无其他特殊症状，容易考虑为卵巢肿瘤，很难与妇科肿瘤鉴别，本组仅 1 例患者术前查体时肿瘤位置较高，考虑到肿物有可能来源于腹膜后。误诊预防：应详细询问病史，看有无其他症状，如肿瘤较小时，腹膜后肿瘤、炎症可因压迫、刺激腰和骶神经根出现骶部痛、单侧或双下肢疼痛及腰背痛等症状，如果伴有腰背痛、下肢疼痛或内分泌症状时，应警惕腹膜后肿瘤的可能。另外还应仔细查体，体格检查时如果肿块多可推动说明肿瘤来源于卵巢可能性大，若肿块位置固定不易推动，位置较高、紧贴盆壁或位于子宫后方，或肛诊时肿物凸向后盆腔，则提示肿物有可能来源于腹膜后，必要时进一步行 CT、MRI 检查明确诊断。

2. 辅助检查(1)超声检查：超声可以进行多轴位探查，动态观察肿瘤的情况。当肿瘤小边界较为清楚时，超声定位尚准确，彩色多普勒血流成像可观察腹膜后肿瘤内部及周边血流情况，了解肿块与周围大血管的关系；当肿物较大占据整个盆腔时，卵巢子宫显示不清，定位会很困难，此时 CT、MRI 检查优于超声，可以清楚地显示肿物来源，与周围脏器的关系；对 <2 cm 的腹膜后病变，超声难以发现，需进一步行 CT、MRI 检查来明确其来源及性质。误诊原因分析：本组患者均行彩色超声检查，其中 23 例超声提示附件区或盆腔包块，有 6 例超声显示双侧卵巢大小正常，回声正常；2 例提示阔韧

带肌瘤。一方面医生过于依赖辅助检查，看见附件区包块时未注意到彩色超声提示附件区卵巢大小是否正常，看见超声提示阔韧带肌瘤未进一步进行鉴别诊断，很容易造成误诊。另一方面，如果盆腔肿物 >10 cm，占据整个盆腔，超声图像有时难以辨认卵巢子宫的关系，如果未进一步行 CT 或 MRI 检查，患者若无特殊症状时，很容易优先考虑本科疾病，造成误诊。误诊预防：如果妇科彩色超声提示双侧卵巢大小正常的附件区包块，应考虑肿物来源于腹膜后的可能，这说明超声应尽量显示卵巢，有助于对肿瘤来源进行判断。另外，本组患者超声提示不均质包块多，妇科不均质包块常提示恶性肿瘤的可能，如果患者无腹水、肿瘤标志物不高，应警惕腹膜后肿瘤的可能。还有如果超声提示肿块 >10cm，应进一步行 CT、MRI 检查明确肿瘤部位和性质或进行外科评估^[2]，结合妇科肿瘤标志物可以提高诊断率。(2)CT 检查：能明确肿块的位置、大小、周围脏器与大血管是否受到侵犯，而一些特殊 CT 征象，如神经鞘瘤的图像沿脊柱两侧分布，给鉴别诊断提供了信息^[3]，为手术方式提供了依据^[4]。CT 具有较强的空间分辨力，对于腹膜后微小病变尤其是 <1 cm 的病变，超声及 MRI 在诊断上均不及 CT。也有文献报道 CT 定位正确率 90%，高于超声 75%^[5]。误诊原因分析：医生对腹膜后肿物认识不足，仅限于对妇科常见疾病的诊断且未足够重视辅助检查结果，缺乏对信息的整合。其中 1 例患者术前诊断为卵巢肿瘤，且考虑恶性肿瘤可能性大，虽然 CT 未确诊为腹膜后肿瘤，但其定性脂肪肉瘤卵巢肿瘤极罕见，且卵巢癌患者易出现腹水^[6]和妇科肿瘤标志物的升高，而腹膜后肿瘤腹水罕见^[7]且妇科肿瘤标志物一般不高，这例误诊可避免。而另 2 例 CT 未能提供有效的诊断，且提供的鉴别信息较少，所以造成了误诊。误诊预防：当 CT 提示一些妇科少见组织学类型如脂肪肉瘤时，应考虑到腹膜后肿瘤的可能。当诊断不明确时，影像师应仔细观察肿块与子宫有无清晰分界，有无直接联系的血管及其与肾脏、脊柱的关系，也可以进一步行 MRI 检查，必要时可请外科医生会诊。(3)MRI 检查：MRI 可行冠状面、矢状面、水平面的成像，定位定性价值大。国外通过对 MRI 及 CT 检查的对比研究，发现 MRI 对腹膜后肿瘤的诊断率可达 90%，而 CT 确诊率仅为 80%^[8]。误诊原因分析：术前 MRI 提示盆腔内外左侧髂骨周边肌及左侧臀大肌深层软组织内多发异常信号，考虑为淋巴管肌瘤可能性大。因为医生

对影像学检查不熟悉及对腹膜后肿瘤的认识不足,淋巴管肌瘤妇科罕见,所以造成了误诊。误诊预防:当MRI回报一些妇科少见的病理学类型时,如脂肪肉瘤、淋巴管肌瘤等,应该考虑到腹膜后疾病的可能性,必要时可请示影像科医师进一步会诊。(4)肿瘤标志物:卵巢上皮性肿瘤占卵巢恶性肿瘤的85%~90%,其中组织学类型主要为浆液性囊腺癌、黏液性囊腺癌及子宫内膜样癌,CA125、CA199及HE4等对卵巢上皮性癌具有较高特异性和灵敏性,对卵巢上皮性癌诊断具有优越性,对盆腔肿物行肿瘤标志物检查,不仅可以鉴别肿瘤良恶性,还可判断肿物是否来源于卵巢^[1]。误诊原因分析:本组25例中除2例术前彩色超声提示子宫肌瘤未行肿瘤标志物检查外,其余23例均行妇科肿瘤标志物检查,检查结果均在正常值范围内。腹膜后肿物组织来源复杂,无特殊敏感的肿瘤标志物可以提供鉴别诊断信息,虽然妇科肿瘤标志物结果均正常,只是对于排除恶性肿瘤有价值,对于良性肿瘤无法进行鉴别,所以造成误诊。误诊预防:妇科肿瘤标志物对于排除恶性肿瘤有很大价值,所以考虑为恶性肿瘤的患者,如果患者CA125、CA199及HE4等

肿瘤标志物不高,且患者无腹水时,应考虑腹膜后肿物的可能。

利益冲突 所有作者均声明不存在利益冲突

参 考 文 献

- [1] 谢幸, 苟文丽. 妇产科学[M]. 第8版. 北京:人民卫生出版社, 2013:413-415.
- [2] 皮特·M. 道比莱特, 卡罗尔·B. 本森. 妇产科超声图谱[M]. 天津:天津科技翻译出版公司, 2015:320, 328.
- [3] 龚逞豪, 张晓玲. 盆腔腹膜后神经鞘瘤误诊卵巢肿瘤1例分析[J]. 中国误诊学杂志, 2009, 9(14):3494.
- [4] Pestieau SR, Jelinek JS, Chang D, et al. CT in the selection of patients with abdominal or pelvic sarcoma for reoperative surgery.[J]. J Am Coll Surg, 2000, 190(6):700-710.
- [5] 杨永岩, 许有进, 吴纪瑞, 等. 原发性腹膜后肿瘤及肿瘤样病变的影像诊断[J]. 医学影像学杂志, 2005, 15(3):22-24.
- [6] 石一复, 郝敏, 丁志明. 卵巢癌腹水的研究[J]. 中华妇产科杂志, 2000, 35(9):551-553.
- [7] 何萍, 罗渝昆, 李建如, 等. 浅析下腹部腹膜后肿物与妇科肿物的超声鉴别诊断价值[J]. 解放军医学院学报, 2015(11):1093-1095.
- [8] Testini M, Jr C G, Macarini L, et al. Diagnosis and surgical treatment of retroperitoneal tumours[J]. Int Surg, 1996, 81(1):88-93.

(收稿日期:2019-12-02)

(本文编辑:刘小梅)

·消息·

关于开展聚普瑞锌颗粒剂有奖征文的通知

征文背景:聚普瑞锌颗粒剂是2012年获得国家药监局批准的新药,其为胃黏膜保护药物,适用于治疗各种原因所致胃黏膜损伤性疾病。吉林省博大伟业制药有限公司联合中华医学杂志特向全国征集聚普瑞锌颗粒剂相关的临床应用典型病例、临床观察、综述、基础研究、不良反应等文章。欢迎全国从事消化科、心内科、肿瘤科等领域的同道踊跃投稿。

征文目的:促进我国医学学科繁荣发展,搭建不同学科学术思想融合,产学研结合转化,为医学发展服务,为医、患服务的综合交流平台,不断推动医学进步与创新,提高医务工作者的诊治水平,最终保障人民健康和生命安全。

现将征文有关事项通知如下:

一、交流内容包括:(1)药物的有效性;(2)药物相关机理探索;(3)药物的安全性;(4)药物的剂量相关;(5)其他与药品相关的学术内容。

二、征文要求:(1)未在国内公开刊物上发表的论文;(2)全文一份,5 000字以内,编排顺序为:题目、姓名、单位、

邮政编码、正文;(3)摘要一份,1 000字以内,编排顺序为:题目、姓名、单位、邮政编码、正文。摘要正文格式必须包括:目的、方法、结果和结论;(4)典型病例需叙述完整,包括但不限于病史、检查、诊断、治疗方案、疗效,用药合理;(5)文章内容应符合本次征文专业范围要求,要体现先进性、科学性;(6)文章撰写格式要求,请登陆《中华医学杂志》官方网站(<http://www.nmjc.net.cn>)查阅稿约。

三、格式和时间:本次征文只接受Email投稿,投稿时间为:即日起至2020年5月30日。请作者自留底稿,文责自负。投稿接收邮箱:rlsyjzw2019@163.com,请注明聚普瑞锌颗粒剂征文。

四、论文评奖及发表:主办方将组织专家对投稿论文进行评审,评选出优秀论文一、二、三等奖,并将颁发获奖证书及奖金。其中一等奖1名,奖金10 000元;二等奖2名,奖金各5 000元;三等奖5名,奖金各3 000元。对于优秀论文将推荐给《中华医学杂志》编辑部,审核通过的征文,将在《中华医学杂志》相关栏目刊出。