doi:10.3969/j.issn.1005-3697.2024.04.030

❖短篇与个案❖

超声误诊腹膜播散性平滑肌瘤伴玻璃样变性 1 例

王紫薇,罗红
(四川大学华西第二医院超声科,四川 成都　610041)

【关键词】播散性平滑肌瘤;玻璃样变性;超声;病例诊断
【中图分类号】R445.1　　【文献标志码】B

1　临床资料

患者,女,43 岁,已婚已产式。2009 年因多发子宫肌瘤行腹腔镜下子宫肌瘤挖除术,术后病检提示平滑肌瘤伴变性。2012 年行腹腔镜探查 + 经腹子宫肌瘤挖除 + 腹腔肿物切除术,术后病检提示平滑肌瘤伴变性。术后未定期复查,2018 年本院行阴道超声:子宫前位,前壁肌壁间查见直径 1.2 cm 弱回声,周边探及血流信号。左卵巢旁查见不规则弱回声,形态极不规则,呈分叶状,周边及其内探及血流信号,血流阻力指数(resistance index,RI) = 0.87。无阴道异及不适,患者选择继续观察。

2021 年 11 月患者再次复查阴道超声:子宫前位,前壁下段体颈交界处浆膜下查见直径 2.4 cm 弱回声,边界清楚,周边探及血流信号。左附件区查见大小 7.1 cm × 3.7 cm × 5.5 cm 不规则弱回声,边界尚清,周边探及血流信号。在右附件区查见大小为 4.8 cm × 2.1 cm × 4.2 cm 不规则弱回声,边界尚清,周边探及血流信号。诊断意见:子宫肌瘤;双附件区占位。患者因担心疾病进展、恶变,要求手术。2021 年 12 月就诊时阴道超声检查:子宫前位,前壁下段体颈交界处浆膜下查见直径 2.2 cm 弱回声,前壁肌壁间另查见直径 1.3 cm 的弱回声,均边界清楚,周边探及血流信号。左附件区查见大小 6.5 cm × 3.0 cm × 6.2 cm 稍强回声,形态略呈长条形,边界尚清,内及周边探及血流信号(见图 1),RI:0.46。右附件区查见大小 4.4 cm × 1.8 cm × 3.1 cm 长条形稍强回声,边界尚清,内及周边探及血流信号(见图 2),RI:0.48。超声诊断:子宫肌瘤,双附件区占位(输卵管来源病变待排)。

患者行腹腔镜手术,术中见:子宫前壁及后壁肌壁间散在子宫肌瘤 3 个,直径 0.5 ~ 2 cm,子宫表面可见多个小结节,直径 0.5 ~ 1 cm。左侧宫旁突向腹膜后可见一大小约 8 cm × 6 cm × 8 cm 质硬包块,包块与左侧宫旁组织、左输尿管及左侧盆侧壁致密粘连,同时与膀胱、直肠粘连。右侧阔韧带前方近膀胱处可见 3 个大小约 1 cm × 2 cm × 2 cm 质硬包块连接,与膀胱及子宫右侧壁粘连。左输卵管与右输卵管走形未见异常,表面可见多个小结节,直径 0.5 ~ 1 cm。盆腔情况:两侧盆侧壁、肠系膜及膀胱表面可见多个小结节,直径 0.5 ~ 1 cm。肠管与左侧盆侧壁粘连。病理结果:(盆腔包块)平滑肌瘤伴玻璃样变性。见图 3。

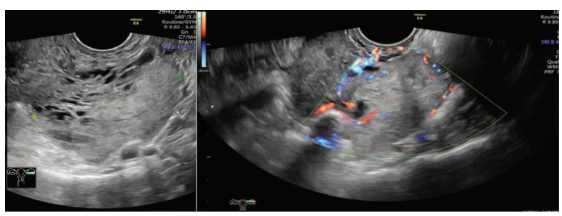

图 1　左侧附件区超声图像

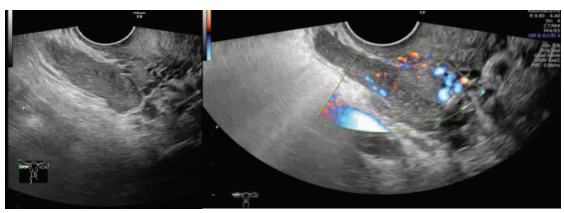

图 2　右侧附件区超声图像

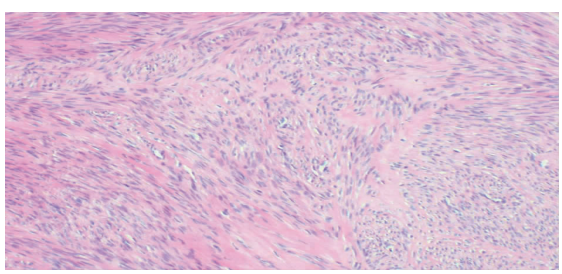

图 3　盆腔包块病理图片(HE×100)

2　讨论

现阶段,临床尚无完全明确的腹膜播散性平滑肌瘤病(leiomyomatosis peritonealis disseminata,LPD)伴玻璃样变性发病机制,通常认为有以下几种:(1)间充质干细胞化生[1-4]。(2)体内性激素变化:LPD 结节一般具有孕激素受体(progesterone receptor,PR)与雌激素受体(estrogen receptor,ER)阳性表现,并且大部

作者简介:王紫薇(1991 -),女,硕士,住院医师。E-mail:wangziweicd@163.com
通讯作者:罗红。E-mail:luohongcd1969@126.com

分出现于绝经前女性群体。(3)遗传因素:个别病例具有家族成员聚集表现[5]。(4)医源性学说:子宫肌瘤挖除操作中容易遗留碎片组织,术后经过一段时间,如果播散至腹膜,进一步植入正常组织,将促进 LPD 形成[6]。本例患者接受过两次腹腔镜子宫肌瘤挖除术,符合医源性因素可能参与 LPD 过程。

大部分 LPD 病例未见明显症状,考虑和病灶位置以及大小密切相关。本研究中 LPD 伴玻璃样变性患者无明显症状,在术后复查中发现病变。LPD 患者影像学表现也具有非特异性,影像学检查呈盆腹腔内多发团块,和恶性肿瘤存在相似之处。本文中 LPD 伴玻璃样变性患者术前超声误诊为输卵管病变,进一步行 CT 检查也未诊断为 LPD。

LPD 伴玻璃样变性超声特异性表现较少。本个案中的病例术前超声检查发现卵巢旁呈弱回声或稍强回声的实性结节,略呈长条形,边界尚清,内及周边探及血流信号,由于团块呈长条形及位于卵巢旁,且内部回声因变性未呈肌瘤的漩涡状特征,进而结合团块形态、内部回声及位置,作者误诊为输卵管来源病变,未考虑 LPD 可因为玻璃变性而形态及内部回声发生变化。因此检查时发现盆腔内不属于卵巢的多发边界清楚、形态规则的实性团块时,结合肌瘤切除手术病史,需将 LPD 考虑其中。确诊 LPD 伴玻璃样变性方式为免疫组化实验与组织病理学实验。病理学检查中,LPD 镜下一般可观察到梭形平滑肌细胞显示交叉亦或者显示螺旋状,没有细胞异型性,且未见肿瘤细胞坏死以及核分裂象表现;玻璃样变性于 HE 染色中显示嗜伊红均质状[7]。本个案中腹腔镜手术中发现两侧盆侧壁、肠系膜及膀胱表面可见多个小结节,直径 0.5 ~ 1 cm。根据以往经验,如术中观察到以上类似情况,应及时考虑病变为 LPD 可能性,从而便于术中转换更合理治疗。

LPD 病理学诊断一般应注意和以下疾病加以区分。(1)子宫平滑肌肉瘤病变:主要分布在腹膜表面,具有浸润性生长特征,显示细胞核分裂象,且有细胞多形性;对于 LPD 而言,主要定植在间皮下,外观光滑,显示为膨胀性生长结构[8]。如光镜难以分辨二者,需使用电镜进一步判断。(2)良性转移性平滑肌瘤(benign metastasizing leiomyma, BML):BML 能够转移至静脉,亦能转移至盆腔以及腹腔淋巴结,部分能够转移至肺部,但是这种现象非常罕见,主要显示良性组织形态与常规肺结节病理;对于 LPD,则主要弥漫分布在患者腹膜壁层以及脏层。

LPD 超声诊断上,应与以下常见疾病鉴别,(1)腹膜转移癌:虽都为腹腔内多发团块,但腹膜转移癌的病灶多边界不清、内部回声不均匀,伴腹膜弥漫增厚及腹水,同时有恶性肿瘤病史,而 LPD 的病灶多边界清楚,伴肌瘤切除病史;(2)腹膜后平滑肌肉瘤:其团块多呈分叶状、内部回声不均匀的低回声团块,LPD 的病灶内部回声与肌瘤相似,多呈漩涡状,且形态规则;(3)腹膜淋巴瘤:团块呈包绕、侵犯血管生长,同时合并腹腔淋巴结肿大、腹膜软组织融合,而 LPD 为盆腹腔内孤立的团块。

关于 LPD 伴玻璃样变性发病机制,现今尚有争议,患者症状不典型,并且影像学表现具有较少特征性,超声容易误诊,但超声检查发现盆腹腔内多发边界清楚、形态规则的似肌瘤样回声团块,结合肌瘤切除病史,应将 LPD 考虑其中,尽管超声检查在明确病灶来源与性质方面存在局限性,但是能够了解病变程度,为手术前准备工作与手术方案制定提供依据。LPD 伴玻璃样变性通过手术探查、免疫组织化学与病理组织学检查确诊。LPD 伴玻璃样变性尽管为良性病变,然而存在复发以及恶变可能性,故术后应予以严密随访。

参考文献

[1] Willson JR, Peale AR. Multiple peritoneal leiomyomas associated with a granulosa-cell tumor of the ovary[J]. American Journal of Obstetrics and Gynecology, 1952, 64(1): 204 – 208.

[2] Boavida Ferreira J, Cabrera R, Santos F, *et al*. Benign metastasizing leiomyomatosis to the skin and lungs, intravenous leiomyomatosis, and leiomyomatosis peritonealis disseminata: a series of five cases[J]. The Oncologist, 2022, 27(1): e89 – e98.

[3] Yang JW, Hua Y, Xu H, *et al*. Treatment of leiomyomatosis peritonealis disseminata with goserelin acetate: a case report and review of the literature[J]. World Journal of Clinical Cases, 2021, 9(19): 5217 – 5225.

[4] Gerashchenko AV, Filonenko TG, Golubinskaya EP, *et al*. Morcellation-induced leiomyomatosis peritonealis disseminata: a rare case report[J]. Iranian Journal of Medical Sciences, 2019, 44(1): 60 – 64.

[5] 黄帅,王文文,吕炳建,等. 腹腔镜下子宫平滑肌瘤切除、电动粉碎术后腹膜播散性平滑肌瘤病 1 例[J]. 临床与实验病理学杂志, 2019, 35(9): 1124 – 1125.

[6] Ma Y, Wang S, Liu Q, *et al*. A clinicopathological and molecular analysis in uterine leiomyomas and concurrent/metachronous peritoneal nodules: new insights into disseminated peritoneal leiomyomatosis[J]. Pathology, Research and Practice, 2020, 216(5): 152938.

[7] Khoo ACH, Lim SY. ^{18}F-fluorodeoxyglucose positron emission tomography-computed tomography imaging of leiomyomatosis peritonealis disseminata[J]. World Journal of Nuclear Medicine, 2021, 20(3): 322 – 323.

[8] Kim H, Cheong H. Leiomyomatosis peritonealis disseminata: an incidental finding at autopsy and review of literature[J]. The American Journal of Forensic Medicine and Pathology, 2023, 44(2): e10 – e12.

(**收稿日期**:2023 – 10 – 14 **修回日期**:2023 – 12 – 04)