

Ultrasonic manifestations of leiomyomatosis peritonealis disseminata: a case report

播散性腹膜平滑肌瘤病超声表现 1 例

何文娇 蒋 演 颜 苹

[中图法分类号]R445.1

[文献标识码]B

患者女,42 岁,因“左下腹胀痛及发现盆腔包块 7 d”就诊。自诉 20 年前因“子宫多发肌瘤”于外院行全子宫、右侧附件及左侧输卵管切除手术。体格检查:腹壁左右不对称,左腹明显高于右腹,左腹可扪及一大块约 25.0 cm×15.0 cm×10.0 cm 实性包块,无压痛,位置固定无活动,其最高点位于左侧脐旁;左附件区另可扪及一大块约 7.5 cm×5.0 cm 实性包块,位置固定,与盆腔左侧壁关系密切;右附件区可扪及一大块约 8.0 cm×4.0 cm 实性包块,轻压痛,与盆腔前壁关系密切。超声检查:腹盆腔见多个大小不等实性包块,边界尚可,部分包块关系密切,右下腹包块大小约 8.1 cm×3.7 cm(图 1),左下腹包块大小约 7.2 cm×4.3 cm,实质内均可见丰富血流信号(图 2);包块后方盆底部另见一大块约 22.8 cm×12.4 cm×9.6 cm 囊性占位,形态不规则,内可见分房、透声好;子宫缺如,双侧卵巢未显示。超声提示:腹盆腔囊、实性占位。CT 检查:腹直肌后方及双侧附件区见多发软组织肿块影,较大者约为 4.0 cm×6.7 cm×7.5 cm,形态不规则,边界清晰,增强扫描呈明显不均匀强化;腹盆腔内另见一巨大囊性低密度影,大小约 10.9 cm×13.4 cm×22.8 cm,增强扫描未见明显异常强化,其周围肠道受压移位,子宫未见确切显示。CT 提示:腹直肌后方及双侧附件区多发实性占位,附件来源?腹盆腔内巨大囊性占位,囊腺瘤?子宫未见确切显示,考虑术后改变。肿瘤标志物未见明显异常;阴道顶端液基细胞学检查:未见上皮内病变细胞或恶性细胞;人乳头瘤病毒核酸提示:(-)。病理提示:(肠壁肿块)平滑肌源性肿瘤,结合形态学及免疫表型支持播散性腹膜平滑肌瘤病;(左侧卵巢)“巧克力”囊肿。行切除术后恢复良好。

讨论:播散性腹膜平滑肌瘤病(leiomyomatosis peritonealis disseminata,LPD)是一种罕见的良性肿瘤,多见于绝经前妇女,也可见于绝经后妇女和部分男性患者,其发病机制尚不明确,包括腹膜间质细胞化生、性激素、遗传学、子宫内异位及医源性等,其中由“腹腔镜下子宫肌瘤切除或粉碎术”引起的医源性 LPD 报道正在增多。本病因缺乏特异性而不易诊断,各影像学检查仅能提示病灶的大小、数量及分布情况,常被误诊为分化型平滑肌肉瘤或盆腔恶性肿瘤广泛转移等^[1]。LPD 确诊需结合其实际形态、分布特点及病理学检查,目前尚未发现与 LPD 相关

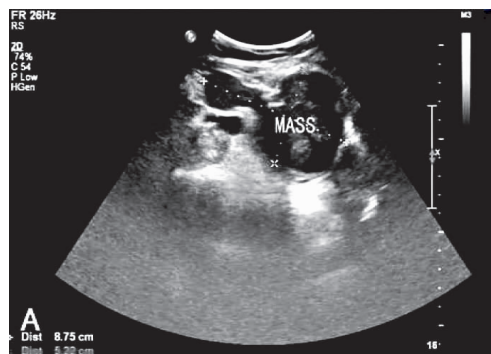


图 1 经腹二维超声示较大者肿瘤形态(MASS:平滑肌瘤)

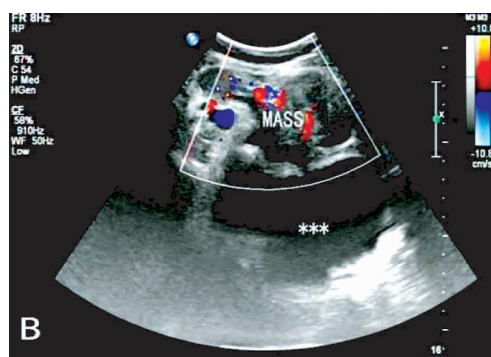


图 2 CDFI 示较大者肿瘤内血流信号及其后方囊性占位(MASS:平滑肌瘤;***示囊性占位)

的血清肿瘤标记物,虽然部分患者 CA 125 可轻度升高,但可能与合并子宫内膜异位症有关。手术是治疗 LPD 的最有效办法,临床上多采用“全子宫切除+双侧附件切除+肿瘤切除”术,并且术后应尽量避免性激素刺激^[1]。总之,子宫平滑肌瘤手术时,需重视盆腔探查及清理,避免残存瘤组织引起种植转移,术后适时随访,以尽早发现复发转移灶而及时处理。

参考文献

- [1] Wu C,Zhang X,Tao X,et al. Leiomyomatosis peritonealis disseminata: A case report and review of the literature[J]. Mol Clin Oncol, 2016, 4(6): 957-958.

(收稿日期:2016-10-18)