

· 病例报道 ·

Ultrasonic manifestations of oblique vaginal septum syndrome with residual ureteral effusion: a case report

阴道斜隔综合征伴斜隔侧残迹输尿管积液超声表现 1 例

刘毓婉 高峰

[中图法分类号]R445.1

[文献标识码]B

患者女,31岁,孕4产3,自诉平时月经规律,经量正常,无痛经。因体检发现盆腔囊性包块1个月就诊。体格检查:左侧附件区可扪及一直径约2.0 cm囊性包块,固定,无压痛;阴道见少量白色分泌物。经腹及经阴道超声检查:左侧附件区见一大小约8.1 cm×2.4 cm迂曲管状囊性包块,内可见密集粗大点状强回声漂浮,未探及血流信号(图1)。超声提示:①双子宫、双宫颈畸形;②盆腔囊性包块,性质待查,不排除泌尿系统来源可能;③左肾缺如。左侧附件区囊性包块于超声引导下经阴道穿刺抽液减压,然后注入10 ml声诺维造影剂,可见造影剂局限于囊性包块内,与膀胱、子宫及周围组织均不相通,超声造影提示:左附件区条状局限包裹性积液,左侧输尿管残迹?

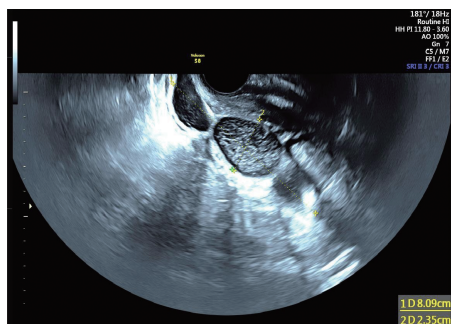


图1 经阴道超声示左侧附件区见一迂曲管状囊性包块

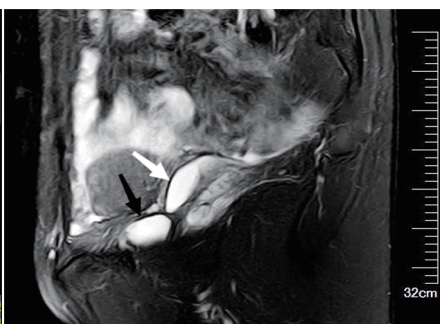


图2 MRI示膀胱左后方见一囊状等T1长T2信号灶(黑色箭头示),左侧髂血管旁见一囊管状等T1长T2信号灶(白色箭头示)

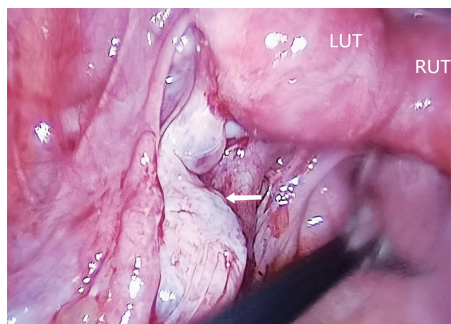


图3 腹腔镜术中图(LUT:左侧子宫;RUT:右侧子宫;白色箭头示腹膜后左侧髂血管旁输尿管残迹)

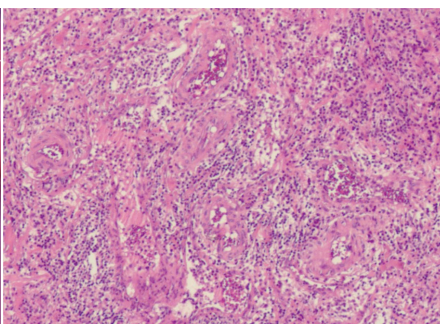


图4 左侧输尿管残迹病理图(HE染色,×100)

左侧盆腔包裹性积液。MRI检查:膀胱左后方见一大小约2.2 cm×1.6 cm囊状等T1长T2信号灶,左侧髂血管旁见一大小约2.9 cm×1.3 cm囊管状等T1长T2信号灶(图2),两者未见明显相通。MRI提示:①双子宫、双宫颈畸形,左肾缺如,阴道斜隔综合征(oblique vaginal septum syndrome, OVSS)? ②膀胱左后方及左侧髂血管旁囊性灶,包裹性积液或囊肿不排除。遂行腹腔镜探查,术中见双侧子宫、右侧输尿管、双侧输卵管及卵巢形态均正常,左侧附件与左侧盆腔壁形成纤维性粘连,并形成包裹性积液,左侧腹膜后方髂血管旁见一长约8.0 cm、直径约2.0 cm的条索状包块(图3),上段至髂血管分支上约2.0 cm,下段与盆底致密相连,考虑左侧输尿管残迹。术中腹腔镜检查

未见左侧输尿管开口,考虑左侧输尿管开口闭锁;宫腔镜检查显示阴道上段左侧壁见一隔膜且存在较大漏孔,电切隔膜,隔后未见明显腔隙,左右两侧宫颈管均畅通,双侧宫角及输卵管开口均可见。术后病理证实上述组织分别为左侧输尿管残迹(图4)及盆腔包裹性积液囊壁。

讨论:OVSS是指双子宫、双宫颈、阴道斜隔及斜隔同侧肾脏发育不全的一种泌尿生殖系统发育异常^[1]。其发病机制尚未明确,多认为与胚胎时期单侧中肾管发育不良有关。OVSS可分为3型^[2]: I型为无孔阴道斜隔,患者主要表现为痛经和盆腔包块,初潮至发病时间短; II型为穿孔阴道斜隔, III型为无孔阴道斜隔合并宫颈瘘管, II型和 III型患者均较 I型发病时间晚,主要表现为阴道异常分泌物(如血性或脓性白带)和周期性下腹痛,部分患者无典型临床症状,易出现漏误诊。本例患者为 II型。超声作为泌尿生殖系统的首选影像学检查方法,对筛查泌尿生殖系统发育异常及盆腔包块均有重要临床价值,无典型症状的患者可通过超声检查早

期明确诊断并及时治疗。本例患者由于存在漏口,阴道隔膜对经血排出影响较小,临床表现不明显,易被忽视。另外,本例患者输尿管下段闭锁导致术前诊断有一定难度,超声引导下穿刺注射造影剂显像可明确包块上下端开口。OVSS 需与输卵管积液、盆腔包裹性积液、囊性畸胎瘤、卵巢囊腺瘤等鉴别诊断,建议结合超声、MRI、输卵管造影、输尿管逆行造影、宫腔镜等综合判断,若排除生殖系统来源,需考虑残余输尿管积液可能。临床医师检查时应建立泌尿生殖系统综合诊疗思维,进行仔细

筛查,避免漏误诊。

参考文献

- [1] 卞美璐,马莉.阴道斜隔综合征分型和诊治[J].中国实用妇科与产科杂志,2013,29(10):767-769.
- [2] 张新梅,夏宇,姜玉新.阴道斜隔综合征的超声诊断[J].协和医学杂志,2021,12(3):386-390.

(收稿日期:2022-07-31)

· 病例报道 ·

Echocardiographic diagnosis of interventricular septal hematoma after percutaneous coronary intervention for chronic total occlusion of right coronary artery: a case report 超声心动图诊断右冠状动脉慢性完全性闭塞经皮冠状动脉介入术后室间隔血肿 1 例

刘家佳 白 明 孙有海 杨梦琪 邓爱云 王小娟

[中图法分类号]R540.45

[文献标识码]B

患者男,51岁,因活动后胸闷、气短5年余,经皮冠状动脉介入(PCI)术后12个月入院。患者1年前于外院行冠状动脉造影提示三支病变,术中于前降支、回旋支各植入1枚支架,本次入院拟处理右冠状动脉慢性完全性闭塞(CTO)病变。ECT药物负荷心肌灌注显像提示:左室心尖段、前壁中段、下室间隔基底段、下壁各段、侧壁近心尖段、下侧壁中段及基底段心肌缺血。冠状动脉造影显示:前降支、回旋支原支架均良好,右冠状动脉近段至远段完全闭塞(图1)。患者行PCI术治疗,于右冠状动脉近段至远段分别植入3枚支架。术后床旁超声心动图检查:左室各壁增厚,以室间隔中段为著,最厚处约1.9 cm,其内可见一大小2.0 cm×1.6 cm的无回声区(图2A);CDFI未探及明显异常血流信号(图2B)。床旁超声心动图提示:①左室节段性室壁运动异常(下壁、下侧壁基底段至中段);②考虑室间隔心肌内血肿。再次行冠状动脉造影显示:前降支、回旋支原支架均良好,TIMI血流Ⅲ级;后降支分支血管破裂可见造影剂外渗(图3),考虑冠状动脉-室间隔瘘。明确手术指征后经导管冠状动脉瘘封堵术,将一大小为2.0 mm×3.0 mm×2.3 mm的弹簧圈通过微

导管送至选择封堵的冠状动脉瘘(后降支)内释放,然后撤出微导管,封堵后冠状动脉造影显示后降支远端无造影剂外渗,提示弹簧圈栓塞术成功,术毕患者生命体征平稳。术后5 d复查超声心动图检查:室间隔中段增厚,最厚处约为1.7 cm,室间隔血肿较前明显吸收,大小为1.5 cm×1.0 cm(图4)。术后继续予以双联抗血小板聚集、调脂稳定斑块、改善冠状动脉微循环等对症治疗,患者恢复良好。

讨论:CTO病变的PCI治疗是血管内治疗中最具挑战性的手术之一,室间隔血肿是CTO患者PCI术后极为罕见的并发症,曾在先天性心脏病患儿室间隔缺损修复术后^[1-2]和左束支起搏术后^[3]有相关报道。目前临床缺乏处理室间隔血肿的相关指南,既往报道^[4]认为一旦怀疑发生室间隔血肿,超声心动图是首选的影像学检查方法,其可多切面直观显示室间隔血肿的位置、大小、是否存在分流,以及实时动态观察血流动力学变化、心包积液或心包填塞情况,当超声心动图提示室间隔血肿,建议立即行冠状动脉造影进一步明确冠状动脉分支损伤的程度和血肿的位置,同时应密切关注患者症状,注意新发或复发

基金项目:甘肃省青年科技基金计划项目(20JR10RA704)

作者单位:730000 兰州市,兰州大学第一临床医学院(刘家佳、杨梦琪);兰州大学第一医院心脏中心(白明),心内超声室(孙有海、邓爱云、王小娟)

通讯作者:王小娟,Email:Wangxj1986xnk@163.com