

[文章编号] 1007-0893(2023)23-0120-03

DOI: 10.16458/j.cnki.1007-0893.2023.23.036

巨大宫颈肌瘤 8 例临床分析

杨文 侯成祯 周依凡

(天津医科大学总医院, 天津 300052)

[摘要] **目的:** 分析巨大宫颈肌瘤的临床特征及手术治疗。**方法:** 回顾性选取 2021 年 1 月至 2023 年 3 月天津医科大学总医院收治的 8 例巨大宫颈肌瘤患者, 分析患者临床症状、术前影像学检查、术前肿瘤标志物、手术治疗术式以及术中、术后情况、病理提示。**结果:** 入组患者症状主要表现为慢性盆腔痛、月经期延长、月经量过多及尿频、尿急、排尿困难。8 例患者均进行妇科超声检查, 其中 7 例首先考虑为子宫肌瘤。8 例患者均行核磁共振成像 (MRI) 检查, 7 例首先考虑为宫颈肌瘤, 1 例考虑不除外为卵泡膜细胞瘤。入组患者糖类抗原 (CA) 125 均未超过参考值范围 ($0.00 \sim 35.00 \text{ U} \cdot \text{mL}^{-1}$), CA199 超过参考值范围 ($0.00 \sim 37.00 \text{ U} \cdot \text{mL}^{-1}$) 1 例。8 例患者中, 4 例患者进行子宫肌瘤剥除术, 4 例患者进行全子宫切除术。所有患者平均术中出血量 (323.75 ± 460.27) mL, 平均术后血红蛋白下降 (16.33 ± 12.00) $\text{g} \cdot \text{L}^{-1}$, 平均手术时间 (2.13 ± 0.82) h, 平均术后住院时间 (4.38 ± 0.86) d。所有患者均无出现切口感染、血肿、毗邻器官损伤。**结论:** 宫颈肌瘤是子宫肌瘤中较常见的类型, 其症状不典型, 容易延期就诊、误诊, 导致肌瘤直径增大, 诊断难度及手术难度增加, 应早期诊断并治疗, 肌瘤剥除术是较为安全的术式, 对年轻有生育需求的患者而言是可以采取的治疗方法。

[关键词] 宫颈肌瘤; 巨大肿瘤; 子宫肌瘤剥除术

[中图分类号] R 737.33 **[文献标识码]** B

宫颈肌瘤是子宫肌瘤的一种, 来源于宫颈间质组织或血管壁组织, 常为单发, 多发少见。由于其生长自盆底, 毗邻膀胱、输尿管、直肠、乙状结肠等器官, 解剖结构复杂。目前主要的诊断检查方法包括妇科超声、核磁共振成像 (magnetic resonance imaging, MRI) 等。治疗的方式通常采取手术治疗, 然而手术治疗时容易造成毗邻器官损伤, 如输尿管。若肌瘤较大将导致盆腔没有充足的手术操作空间, 甚至有肌瘤生长伸入腹腔, 以及可探及子宫达妊娠足月大小的宫颈肌瘤患者, 故手术难度通常较高。而随宫颈肌瘤尺寸增大, 器官移位愈加明显, 并发症风险亦随之增高。目前通常以肿瘤长径 $\geq 10 \text{ cm}$ 作为巨大宫颈肌瘤的定义, 围绕尺寸较大的宫颈肌瘤在术前准备、术中操作方面进行临床研究, 多以小样本的病例数进行报道、分析。现报道天津医科大学总医院收治的 8 例经手术病理确诊的巨大宫颈肌瘤患者, 进行临床病理特征分析, 旨在讨论巨大宫颈肌瘤在围手术期及术后情况, 具体报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

回顾性法分析 2021 年 1 月至 2023 年 3 月于天津医科大学总医院进行手术治疗, 经术后病理证实为宫颈平滑肌瘤, 且通过手术记录确认的肌瘤长径 $\geq 10 \text{ cm}$ 患

者共 8 例。其中宫颈肌瘤最长长径为 39 cm, 平均长径 (16.70 ± 91.09) cm。年龄 < 40 岁患者共 5 例, 40 ~ 60 岁患者 2 例, > 60 岁患者 1 例, 平均年龄 (44.00 ± 11.32) 岁。其中已绝经患者 2 例。

1.2 观察指标

观察患者临床症状、术前影像学检查、术前肿瘤标志物、手术治疗术式以及术中、术后情况、病理提示。

2 结果

2.1 临床症状

8 例患者主要表现的临床症状包括慢性盆腔痛、月经期延长、月经量过多及尿频、尿急、排尿困难等泌尿系症状。其中表现为慢性盆腔痛共 6 例患者; 出现月经期延长、月经量过多症状的有 1 例患者; 出现尿频、尿急、排尿困难症状的有 1 例患者。其中术前检验发现重度贫血患者 1 例, 经输血治疗病情稳定后, 进行手术治疗, 其术后诊断考虑为子宫肌瘤坏死继发感染。

2.2 术前影像学检查

8 例患者均进行妇科超声检查, 其中 7 例首先考虑为子宫肌瘤。其主要超声特点包括内部回声均匀、血流信号较丰富, 与子宫分界欠清, 与宫颈回声相连续; 此外的 1 例患者超声提示不除外卵泡膜细胞瘤。共有 8 例患者进行 MRI 检查, 7 例患者考虑为宫颈肌瘤, 其中 1 例患者 (即

[收稿日期] 2023-09-22

[作者简介] 杨文, 男, 住院医师, 主要研究方向是普通妇科。

前述超声提示者)考虑不排除卵泡膜细胞瘤。插页 2 图 1 为纳入研究的 1 例患者盆腔 MRI 检查矢状面图像。

2.3 术前肿瘤标记物

术前 8 例患者进行糖类抗原(carbohydrate antigen, CA) 125、CA199 检测,平均 CA125 (17.70 ± 5.90) $\text{IU} \cdot \text{mL}^{-1}$; 平均 CA199 (12.48 ± 14.66) $\text{IU} \cdot \text{mL}^{-1}$ 。患者 CA125 均未超过参考值范围($0.00 \sim 35.00 \text{ U} \cdot \text{mL}^{-1}$), CA199 超过参考值范围($0.00 \sim 37.00 \text{ U} \cdot \text{mL}^{-1}$) 1 例。

2.4 手术治疗术式

8 例患者中, 4 例患者进行子宫肌瘤剥除术, 4 例患者进行全子宫切除术。在未绝经的患者中, 2 例进行了全子宫切除术治疗; 在 < 40 岁的患者中, 有 1 例患者全切子宫, 该患者肌瘤尺寸达 $39 \text{ cm} \times 33 \text{ cm} \times 14 \text{ cm}$, 且已完成生育。

2.5 术中、术后情况

8 例患者中, 通过术中探查判断肌瘤位置类型: 5 例为侧壁型肌瘤, 3 例为中央型肌瘤。所有患者平均术中出血量 (323.75 ± 460.27) mL , 平均术后血红蛋白下降 (16.33 ± 12.00) $\text{g} \cdot \text{L}^{-1}$ 。平均手术时间 (2.13 ± 0.82) h , 平均术后住院时间 (4.38 ± 0.86) d 。所有患者均无出现切口感染、血肿、毗邻器官损伤。

2.6 病理提示

8 例患者中, 子宫肌瘤伴变性 4 例; 其中 1 例提示子宫肌瘤大量急慢性炎症细胞浸润, 肉芽组织生长, 局部脓肿形成, 提示存在继发感染, 该例患者术中肌瘤细菌培养为大肠埃希菌。插页 2 图 2 为纳入研究的 1 例患者光镜下病理切片。

3 讨论

3.1 发病率及分类

子宫肌瘤是女性生殖系统中最常见的良性肿瘤, 一般发生在生育期妇女, 病因尚未明了。其中宫颈肌瘤约占子宫肌瘤的 8%, 常为单发。而宫颈肌瘤长径 > 10 cm 者较为罕见。在查阅文献过程中, 发现长径 > 20 cm 的巨大宫颈肌瘤仅有个案报道^[1-3]。按照其生长部位及方向, 可分为五种类型, 包括前壁型、后壁型、侧壁型、中央型及悬垂型, 但总体分为中央型及侧壁型。其中前壁型可向膀胱后的间隙内生长, 后壁型向后腹膜生长, 侧壁型类似于子宫阔韧带肌瘤, 悬垂型在子宫颈管内生长, 可突出于阴道外。不同位置及生长方向的肿瘤, 造成了不同的临床症状。

3.2 临床表现

根据宫颈肌瘤压迫盆腔内的不同部位可有不同的临床表现。其中最常见的临床症状为慢性盆腔痛、尿频、排尿困难及月经过多^[1,4-6]。因缺少急性症状表现, 肿瘤较小时不易被诊断。有部分悬垂型患者, 宫颈肌瘤脱出

于阴道, 摩擦造成表面破溃, 可表现为不规则阴道出血。也有患者因巨大宫颈肌瘤造成慢性梗阻性尿路疾病, 导致输尿管梗阻, 肾盂扩张, 表现为腰部疼痛^[7-8]。有个案报道因巨大宫颈肌瘤造成膀胱破裂而出现急腹症表现^[9]。查体时, 可探及子宫如足月妊娠大小, 活动度可, 而妇科检查时, 因肿瘤占据盆腔, 难以活动, 阴道窥器常难以暴露宫颈, 导致检查不充分。

3.3 辅助检查

与临床标准相比, 影像学可以对宫颈来源的不同占位性病变的位置和质量进行确切的描述, 有助于鉴别诊断宫颈肌瘤、子宫阔韧带肌瘤及卵巢良性实性肿瘤。妇科超声是首选检查。在经典的超声影像学中, 宫颈平滑肌瘤呈现为圆形、明显的低回声实性肿块, 其周围有薄薄的低回声环, 与宫颈密切相关, 呈连续性回声。在超声的多普勒血流影像学中, 宫颈平滑肌瘤与周围正常肌层组织相比, 灌注相对较差。更高回声质量的成像通常与宫颈子宫肌瘤的出血和变性相关^[10]。尽管超声对巨大宫颈肌瘤的诊断有较高价值, 但对手术的指导价值较差。由于 MRI 具有更高的软组织分辨率, 是目前宫颈解剖成像和评估宫颈病变的最佳方法^[4]。MRI 可有效鉴别肿瘤来源于宫颈或是两侧附件, 且在手术前评估中, 对判断肿瘤与盆底器官的关系有重要价值。妇科超声及 MRI 均无法明确鉴别较小的宫颈肿瘤, 仍依赖于活检及手术探查。

在本研究中, 天津医科大学总医院 8 例行 MRI 的患者中, 有 7 例明确考虑宫颈肌瘤, 诊断符合率达 87.5%。仅 1 例考虑不排除卵泡膜细胞瘤。在查阅文献中, 有极罕见的宫颈巨大肌瘤合并肿瘤变性、坏死继发脓毒症的病例^[2]。因继发感染导致宫颈肌瘤水肿, 边界不清晰, 且内部组织有坏死表现, 在影像学检查下与恶性肿瘤相似, 故对继发感染的巨大宫颈肌瘤进行影像学诊断存在一定困难。本研究中感染的 1 例病例, 因有子宫肌瘤的病史, 且感染、坏死范围有限, 影像学意见仍考虑为宫颈肌瘤。肿瘤标记物在宫颈巨大肌瘤的诊断价值不高, 常用的 CA125、CA199 诊断特异性较差。

3.4 术前准备

手术治疗的决策通常取决于肿瘤的尺寸、位置、患者年龄、有无生育需求、术前对肿瘤及患者一般情况的评估。因巨大宫颈肌瘤造成盆腔器官移位, 尤其是对输尿管走行的影响较大, 且难以对盆腔组织进行充分暴露, 故手术较为困难。

本研究中, 平均术中出血量、手术时长及术后住院时间均与相关文献汇报数据结果接近^[11]。为减少术中损伤, 对较大的宫颈肌瘤, 术前可采取药物减小病灶、动脉球囊闭塞髂内动脉、术前留置输尿管支架等操作减少术中出血及泌尿系损伤等并发症。术前应用促性腺激素释放激动剂(gonadotropin releasing hormone agonis,

GnRHA)等药物缩小肌瘤尺寸,改善贫血,降低手术难度。日本有一项临床研究^[12],在巨大宫颈肌瘤手术中应用髂内动脉球囊闭塞技术,纳入巨大宫颈肌瘤患者22例为观察组,并根据术式(子宫切除及宫颈肌瘤剥除术)与同时期其他未应用介入技术的子宫肌瘤病例比较,观察组的出血量/标本质量的比值明显低于未应用球囊栓塞的对照组。对于输尿管保护,可采取术前置入输尿管支架、导管的方式辅助术中识别。

3.5 手术方式及手术难点

宫颈肌瘤的手术包括子宫肌瘤剥除术及全子宫切除术。手术入路可分为腹腔镜手术、经腹手术及阴式手术。根据肌瘤的部位、大小及术者经验选择适宜的方式。因巨大宫颈肌瘤几乎占据盆腔所有可利用空间,故腹腔镜手术需由经验丰富的术者完成。有学者^[13]回顾性分析了21例因巨大宫颈肌瘤行腹腔镜子宫切除术的病例,其中对于肿瘤体积较大的病例,除了剥除肌瘤后切除子宫的方法,也可以在切断子宫动脉后,先对宫颈进行截断术,将宫体及瘤体一起分离,然后再进行宫颈切除术,完成手术,可以有效减少出血量,该研究随访过程中有1例术后发生泌尿系损伤。

术中应避免重要脏器损伤,进入腹腔后,仔细辨认肿瘤的类型、位置,对于中央型巨大宫颈肌瘤,输尿管被推向肿瘤的后外侧,或宫体方向。侧壁型肌瘤将输尿管推向对应的上方、下方及外侧。位于前壁及侧壁的宫颈肌瘤,均可从肿瘤前壁行横切口,剪开子宫膀胱腹膜反折,推理膀胱后做切口。后壁巨大肌瘤则从后壁横向切开。剥离时注意紧贴肌瘤表面,面对粘连,需锐性分离,将肌瘤推向一侧,暴露术野,直视下剪切;对条索状物应鉴别输尿管。在进行子宫切除术时,部分血管位于肌瘤表面,与输尿管并行,需注意避免损伤输尿管;在闭合瘤腔或缝合后腹膜时也应注意输尿管走行。

子宫切除术的手术操作往往需先剔除肌瘤,再切除子宫。手术步骤为打开阔韧带前后叶,游离输尿管,推开肌瘤周围的膀胱、直肠组织,切开包膜并挖出瘤核,关闭瘤腔,盆腔空间充裕条件下再进行子宫切除。为减少出血,可进行髂内动脉的结扎。缝合瘤腔后,应注意渗血,其与肌瘤部位、切口长度和深度有关,找准肌瘤与包壁的正确层次可减少渗血,对于深入阴道旁的肌瘤术后可于阴道内填塞纱布避免腔隙出现可能的渗血^[14-15]。

综上所述,巨大宫颈肌瘤患者较为少见,其缺少典型的临床症状,早期诊断较困难。但术前妇科超声及MRI检查可准确、高效地判别位置与性质,评估手术难度。手术治疗存在一些困难和挑战,需做好充分准备,如使用药物治疗缩小肿瘤尺寸以及术中注意对输尿管的保护,即术前置入髂内动脉球囊扩张装置及输尿管导管、支架预防输尿管损伤等措施可有效降低术中出血及术后并发

症的发生率。对无保留生育需求的患者,可以进行剔除肌瘤后再切除子宫的方法完成手术。

[参考文献]

- [1] THANASA E, THANASA A, KAMARETSOS E, et al. Large Cervical Leiomyoma of the Uterus: A Rare Cause of Chronic Pelvic Pain Associated With Obstructive Uropathy and Renal Dysfunction: A Case Report [J]. *Cureus*, 2023, 15 (1): e33387.
- [2] 徐如雪,任海润,刘光海,等.绝经后巨大宫颈肌瘤红色变性并发感染性休克1例[J].*老年医学研究*,2023,4(3):49-52.
- [3] ZEMNI I, ALOUI M, SAADALLAH F, et al. A huge prolapsed cervical leiomyoma: A case report [J]. *Int J Surg Case Rep*, 2023 (106): 108139.
- [4] 孙欢,汤梦月,张小明.巨大子宫颈及阔韧带肌瘤变性一例MRI表现[J].*磁共振成像*,2018,9(11):845-847.
- [5] 李智敏,曾俐琴,文斌,等.巨大宫颈肌瘤临床特点分析[J].*中国计划生育和妇产科*,2020,39(11):41-44.
- [6] TILVA S, TAYADE N, MAKHJA A, et al. Uterine Artery Embolization and Double-J (DJ) Stenting in a Case of Urinary Retention Due to a Massive Cervical Fibroid: A Case Report [J]. *Cureus*, 2022, 14 (10): 30013.
- [7] PEKER N, GUNDOGAN S, SENDAG F. Laparoscopic Management of Huge Cervical Myoma [J]. *J Minim Invasive Gynecol*, 2017, 24 (3): 345-346.
- [8] 高春艳.巨大宫颈肌瘤1例报道[J].*中国医药指南*,2014,12(8):185-186.
- [9] 杨艳艳,王新玲,褚兆革,等.宫颈巨大肌瘤致膀胱破裂一例报告[J].*国际妇产科学杂志*,2018,45(5):539-540.
- [10] WOŹNIAK A S. Ultrasonography of uterine leiomyomas [J]. *Prz Menopauzalny*, 2017, 16 (4): 113-117.
- [11] HASHIM H A, KHIARY M A, RAKHAWY M E. Laparotomic myomectomy for a huge cervical myoma in a young nulligravida woman: A case report and review of the literature [J]. *Int J Reprod Biomed*, 2020, 18 (2): 135-144.
- [12] KANEDA H, TERAOKA Y, MATSUDA Y, et al. The utility and effectiveness of an internal iliac artery balloon occlusion catheter in surgery for large cervical uterine fibroids [J]. *Taiwan J Obstet Gynecol*, 2017, 56 (4): 502-507.
- [13] TANIGUCHI F. Strategies and Outcomes of Total Laparoscopic Hysterectomy for Large Uterine Cervical Fibroids [J]. *JSLs*, 2021, 25 (4): 31.
- [14] 高守阳,王雪,潘颖,等.未育巨大宫颈平滑肌瘤伴变性1例并文献复习[J].*中国实验诊断学*,2022,26(8):1263-1264,后插1页.
- [15] 牟华平,袁志平,张川利,等.腹腔镜下肌瘤剥除术治疗巨大宫颈肌瘤的临床效果和安全性[J].*中国肿瘤临床与康复*,2016,23(1):82-84.