

子宫脱垂合并原发性阴道癌 2 例

张志容

(重庆市丰都县人民医院妇产科 408200)

doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2012.20.048

文献标识码:C

文章编号:1671-8348(2012)20-2119-02

1 临床资料

病例 1:女,69 岁,农民,因外阴块物突出 40 年加重 10 年,伴疼痛 10 d 入院。近 5 年曾使用子宫托治疗,因阴道分泌物增多、异味,放弃使用。入院前 10 d 感外阴部持续性胀痛,仍有较多阴道分泌物。以“子宫脱垂并阴道壁溃疡”收入院。绝经 20 年。查体:生命体征正常,全身各浅表淋巴结未扪及肿大,心肺腹未发现异常。妇科检查:外阴发育正常,膀胱充盈下嘱咳嗽、屏气无尿液溢出;排空膀胱后检查见阴道前壁完全突出于阴道口外,黏膜明显增厚,中央可见约 3 cm×3 cm 溃疡面,表面有灰白色坏死组织附着,无活动性出血;阴道后壁完全突出于阴道口外,光滑;子宫颈及全部宫体脱出于阴道口外,宫颈轻度糜烂,宫体萎缩;脱出阴道口外的子宫与阴道壁不能还纳,指肛检查盆腔未扪及包块,无压痛。入院后肝胆、胰、脾、盆腔 B 超检查无异常发现。阴道前壁溃疡面边缘活检镜下见:鳞状细胞排列紊乱,极向消失,明显异型性,间质中浸润明显,无明显角化珠,可见细胞间桥。病理诊断:(阴道前壁)低分化鳞状细胞癌。宫颈活检提示:慢性炎症改变。入院诊断:(1)子宫脱垂(Ⅲ度);(2)阴道前后壁脱垂(Ⅲ度);(3)阴道前壁鳞状细胞癌(I 期)。因患者及家属放弃治疗,亦拒绝转上级医院治疗,经对症处理后回家,随访 1 年后病故。

病例 2:女,56 岁,农民,因阴道块物脱出超过 10 年,外阴血性分泌物增多 1 月门诊求治。患者外阴分泌物增多多年,就诊前 1 月外阴分泌物呈淡红色血性。绝经 8 年。查体:全身各浅表淋巴结无肿大,心肺腹无异常发现。妇检:外阴发育正常,阴道前壁完全脱出于阴道口外,黏膜明显增厚,近宫颈外口 3 cm 处见约 1 cm×1 cm 大小溃疡面;阴道后壁全部脱出于阴道口外,光滑;宫颈及部分宫体脱出于阴道口外,宫颈口光滑,子宫略小,宫颈呈条索状;双附件区无压痛,未扪及包块。阴道前壁溃疡面组织活检,病检报告:镜下见鳞状上皮异型性增生,细胞核大深染,明显浸润,可见角化珠。病理诊断:(阴道前壁溃疡处)高分化鳞状细胞癌。诊断:(1)子宫脱垂(Ⅱ度重型);(2)阴道前后壁脱垂(Ⅲ度);(3)阴道前壁鳞状细胞癌(I 期)。病检回报后,患者转入上级医院,诊断同前,经手术治疗后随访至今健在,未发现复发与转移。

2 讨论

2.1 原发性阴道恶性肿瘤少见,约占妇科恶性肿瘤的 1%~2%,其中以阴道鳞状上皮癌占多数,其发病年龄高峰在 50~70 岁,60 岁以上占半数。其常发生于阴道后壁,菜花样生长,尤其是近穹窿部,考虑与子宫托的使用与阴道分泌物此处聚集刺激有关^[1],而上述 2 例病例均为溃疡型,发生在前壁,是否子宫脱垂并发阴道壁膨出患者发生前壁较多,有待进一步研究证实。阴道癌的病因至今不明,流行病学资料研究认为与病毒感染、慢性刺激、盆腔放射治疗、免疫抑制、雌激素缺乏有关。子宫脱垂患者常并发阴道壁膨出,膨出的阴道壁因长期受摩擦或患者长期使用子宫托导致慢性刺激均有可能导致阴道壁溃疡,演变成阴道上皮内肿瘤,从而成为阴道癌的诱因。乳头瘤病毒

感染,尤其是 16、18 型可能被认为是宫颈、阴道癌瘤的启动因子^[2-3]。一般认为阴道癌有类似宫颈癌发病过程,即由上皮内瘤变经微小浸润癌的过程^[4],而高危型 HPV 持续感染是阴道上皮内瘤变的主要病因,阴道上皮内瘤变Ⅲ级是公认的癌前病变,如不予治疗,可进展为阴道癌^[5]。本院 2008~2010 年共收治子宫脱垂并发阴道壁膨出患者 45 例,经阴式子宫切除术加阴道壁修补术,术后病检发现阴道上皮内瘤变 3 例。因此子宫脱垂并发阴道壁膨出患者应尽早治疗,不仅可以提高生活质量,更重要的是防止癌前病变的发生。对于并发阴道壁溃疡患者不能单纯考虑摩擦引起的溃疡,术前必须常规行组织活检,以防止阴道癌漏诊;而对于阴道上皮内瘤变患者,应定期随访及时治疗,防止进展为阴道癌。

2.2 阴道癌最常见的症状是阴道流血和白带增多,早期或阴道上皮内瘤变患者常无症状。典型体征为阴道壁肿物,可为菜花状、结节状、糜烂状或溃疡状病灶。病理组织活检是诊断本病惟一可靠的方法。其病理类型主要是鳞癌、腺癌。由于原发性阴道癌少见,诊断阴道癌需注意排除来自女性其他生殖器官或生殖器官以外的转移肿瘤。如果宫颈也有癌灶,原则上应诊断宫颈癌。另外需排除子宫内腺癌阴道转移,尤其当病理类型为腺癌时^[6]。原发性阴道癌之诊断必须符合:子宫颈及其邻近器官没有癌;除外身体其他部位肿瘤阴道转移;病灶位于阴道内;如既往曾患宫颈癌,本次阴道癌则应距离浸润性宫颈癌的手术治疗后 5 年,距离宫颈原位癌术后 2 年,距离接受放射治疗的宫颈癌应是 10 年以上。上述 2 病例均排除了身体其他部位肿瘤转移,且病灶位于阴道,病例 1 分别行阴道壁溃疡面与宫颈活检,排除了宫颈原发癌;而病例 2 因宫颈光滑未行宫颈细胞学检查,亦未留术前图片,对于此类少见病例应在以后的工作中引起重视留取更多的临床资料。

2.3 原发性阴道癌预后较差,影响阴道癌预后的因素有分期、肿瘤细胞分化程度、病灶部位、年龄、治疗方式等,其中分期是其公认的预后影响因素。阴道癌总的 5 年生存率约 50%。经校正介入,5 年生存率为:Ⅰ期 85%~90%,Ⅱ期 55%~65%,Ⅲ期 30%~35%,Ⅳ期 5%~10%^[7]。岑尧等^[8]分析国内 1 033 例阴道癌病例,发现以中晚期病例占多数,Ⅰ、Ⅱ、Ⅲ、Ⅳ期的 5 年生存率分别是 74.42%、60.94%、46.83%、9.23%。因此提高早期诊断率是提高疗效的关键。尽管上述两病例临床分期相似,但其预后却截然不同,与其细胞分化程度、年龄、治疗方式不同密切相关。

2.4 子宫托是治疗子宫脱垂非手术治疗的常用方法,但由于长期使用,反复摩擦可为阴道癌的诱因,故对于有手术指征而无禁忌的患者,尽早手术治疗不失为安全有效的治疗方法。阴式子宫切除术联合阴道前后壁修补术是目前治疗子宫脱垂最佳的手术方式,术后并发症少、疗效高、复发率低,值得临床应用^[9]。

参考文献:

[1] 柯应夔. 临床妇科学[M]. 天津:天津科学技术出版社,

1995;527.

- [2] Weed JC, Lozier C, Danid SJ, et al. Human papilloma uivrus in multifocal invasive female genital tract malignancy [J]. *Obstet Gynecol*, 1983, 62 3 Suppl:83.
- [3] Carson JF. Human genital papilloma infection: An evaluation of immunologic competence in the genital neoplasia-papilloma syndrome[J]. *Am J Obstet Gynecol*, 1986, 155 (4):784.
- [4] 曹泽毅. 中华妇产科学(临床版)[M]. 北京:人民卫生出版社, 2010:558.
- [5] 夏玲芳, 吴小华. 阴道上皮内瘤变的诊断与治疗[J]. 中华
• 短篇及病例报道 •

妇产科杂志, 2011, 46(1):73-74.

- [6] 冯艳玲, 刘继红. 外阴癌和阴道癌早期诊断及预防[J]. *中国实用妇科与产科杂志*, 2010, 26(9):670-671.
- [7] 丰有吉, 陈晓军. 妇产科精要[M]. 北京:人民卫生出版社, 2009:316.
- [8] 岑尧, 王少平, 任明姬. 国内原发性阴道癌 1 033 例荟萃分析[J]. *内蒙古医学杂志*, 2005, 37(2):122-124.
- [9] 孟海燕, 巴静. 阴式切除手术治疗子宫脱垂的临床体会[J]. *当代医学杂志*, 2011, 17(15):7-8.

(收稿日期:2011-11-23 修回日期:2012-01-27)

产前超声诊断胎儿脑膜脑膨出 1 例

印淑均, 张 维

(重庆市中医院特检科 400021)

doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2012.20.049

文献标识码:C

文章编号:1671-8348(2012)20-2120-01

1 临床资料

患者,女,25岁,孕1产0,孕24周。自述孕前从事美甲工作多年,孕期无自行服药史。孕7周曾在该院做B超检查,未见异常。今来本院行常规彩超产前检查,采用 Philips HD11 彩色超声诊断仪。超声显示:胎儿头颅形态失常,呈“三角”状。双顶径变小,颅骨顶部连续性中断,范围约13 mm,该处可见一实性等回声团块向颅外膨出,范围约23 mm×20 mm×18 mm(图1)。

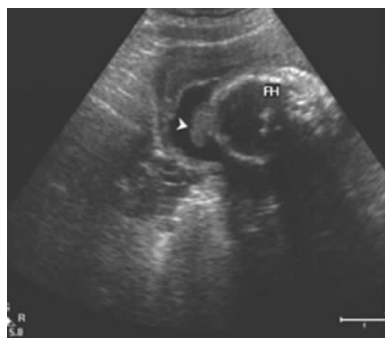


图1 胎儿头顶部颅骨回声中断,见一实质性回声包块膨出颅外



图2 引产术后,胎儿实体见头颅顶部露骨缺损,颅内内容物膨出

颅内结构欠清晰,脑中线显示不清晰,侧脑室宽约8.4 mm。胎儿颈部未见压迫,脊柱排列有序。面部双眼、鼻骨、唇部显示清晰。胎心、胎动好,心率154次/分,心律齐。心脏“四腔”及“三血管”切面未见异常。腹围200 mm,双侧上臂、前臂显示清晰,双手呈握拳状。股骨长约4.5 cm,胫腓骨未见异常。胎盘位于前壁I级,羊水最大深度4.5 cm,胎儿脐动脉频谱s/d为3.4,阻力指数(RI)为0.7,搏动指数(PI)为1.2 超声提示:(1)中孕,单活胎;(2)胎儿脑膜脑膨出。经引产术后证实为胎儿脑膜脑膨出,部分颅骨缺损(图2)。面部、四肢无异常。

2 讨论

脑膜脑膨出为多基因遗传病,发病率为0.1%~0.5%,主要是颅骨在发育过程中闭合不全,从颅骨膨出的类圆形肿物,内含脑脊液或脑组织,75%见于后枕部,13%于额部,12%于顶部,均位于中线,但鼻根部少见,约30%合并脊柱裂,此病需与胎儿囊状淋巴瘤或高位颈椎脑脊膜膨出鉴别,后两者颅骨是完整的。超声特征:颅骨和硬脑膜缺损,脑膜和(或)脑组织从缺损处疝出。颅骨光环不规则,双顶径小于孕龄。本例患者双顶径估测孕龄约18周,通过腹围、股骨长估测约孕24周。胎头中线有一囊性或实性团块与胎头关系密切,文献记载最早检出脑膨出畸形是孕13周经阴道超声检查^[1]。经腹部超声脑膜脑膨出多在17~18周可查出。资料统计妊娠18~22周超声能检出95%的胎儿畸形,此时有机会行羊水穿刺检查以确定染色体的核型^[2]。因此,超声医生在检查时应多切面,多方位仔细探查,明确膨出的位置、内容物和有其他异常,为终止妊娠提供可靠的依据。

参考文献:

- [1] 李胜利. 胎儿产前诊断教程[M]. 2版. 北京:人民军医出版社, 2009:80-81.
- [2] 曹海根, 王金锐. 实用腹部超声诊断学[M]. 2版. 北京人民卫生出版社, 2005:441-448.

(收稿日期:2012-01-09 修回日期:2012-03-06)