

肠 疾 病

DOI: 10.13406/j.cnki.cyx.002222

盆底腹膜后巨大苗勒管源性囊肿 1 例病例报告

李 想,黎 可,徐金明

(重庆市涪陵中心医院普外科,重庆 408000)

Giant Müllerian duct cyst of the pelvis floor and retroperitoneal space:
report of a case

Li Xiang, Li Ke, Xu Jinming

(Department of General Surgery, Fuling Center Hospital of Chongqing City)

【中图分类号】R656.5

【文献标志码】B

【收稿日期】2019-03-22

苗勒管即中肾旁管,在胚胎时期由尿生殖嵴的体腔上皮凹陷后闭合而成。男性胚胎睾丸形成后,在抗中肾旁管激素作用下使其退化。女性则进一步演变为输卵管、子宫等盆腔器官。而苗勒管源性囊肿为在胚胎发育过程中苗勒管退化不全而残留的囊性结构^[1-2]。苗勒管源性囊肿多见于男性,大多位于骨盆、膀胱及前列腺后方,也可见于腹膜后肾脏下方^[3]。重庆市涪陵中心医院于 2018 年 8 月 8 日收治 1 例巨大苗勒管源性囊肿位于盆底腹膜后,临床上少见,报道如下。

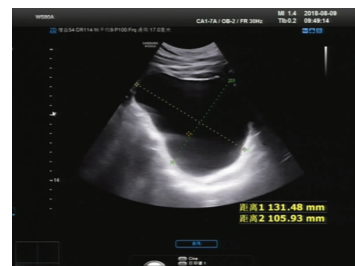
1 病例报告

患者为 50 岁女性,近半年出现排尿不尽,不伴尿频、尿急、尿痛、血尿。近 1 周出现便秘及肛门坠胀,不伴腹痛、腹泻,无黏液脓血便、黑便及血便。1 d 前出现排尿困难伴下腹持续性胀痛,当地医院诊断尿潴留并给于导尿处理好转,转入重庆市涪陵中心医院妇科。平素月经规律,无阴道异常流血、流液。半年体质量下降约 4.5 kg。

查体:下腹部可触及巨大包块上缘,表面光滑、活动度差,质地韧,无触痛、波动感及搏动,不能评估大小。妇科检查:盆腔被一巨大包块占据,下界清楚,上界不能扪及。因包块压迫宫颈显露困难。于肚脐与耻骨联合之间偏左侧扪及正常大小子宫。直肠指检:于直肠前方扪及巨大包块压迫直肠,不能评估包块大小。退出指套无血染。

辅助检查如图 1 至图 3 所示。

手术经过:经多学科讨论后转入本院普外科行手术探查。术前安置双侧输尿管支架。术中见盆底腹膜后方一大小约 5 cm × 8 cm × 11 cm 包块,质地韧,边界清晰,占据整个盆腔,将膀胱、子宫顶入腹腔,将直肠挤压到左侧盆壁。打开后腹膜



注:子宫后下方见 131 mm × 105 mm × 95 mm 的囊性占位,透声好,边界清楚,囊壁周边未见血流信号,盆腔无积液

图 1 彩超图片



注:子宫后下方见一较大层面约 11.7 cm × 8.6 cm 的囊状低密度影,CT 值约 8 HU,囊壁较光整,增强扫描未见明显强化,邻近子宫、肠管及膀胱受压、移位

图 2 CT 图片



注:距肛门 2~15 cm 见巨大黏膜隆起,质地中等

图 3 肠镜图片

作者介绍:李 想,Email:376355685@qq.com,

研究方向:胃肠道肿瘤诊治。

优先出版: <http://kns.cnki.net/kcms/detail/50.1046.R.20190610.1708.016.html>

(2019-06-11)

见包块壁薄,张力高,囊性,同周围组织分界清晰。完整剥离包块后剖开标本将内容物为黄色清亮液体。送病理冰冻提示:盆底腹膜后良性囊肿样病变,上皮细胞增生活跃。遂结束手术。病理:盆底腹膜后苗勒管源性囊肿(图4)。患者术后恢复顺利,目前密切随访中。

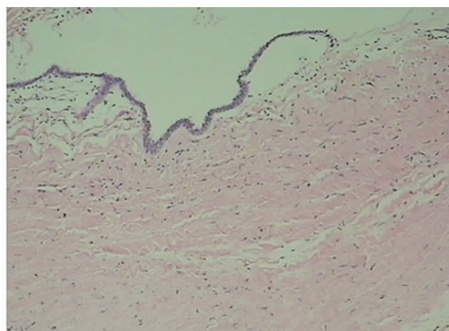


图4 苗勒管源性囊肿病理图片

2 讨论

临床上苗勒管源性囊肿不常见,多为良性,常发现于身体中线部位。囊肿多呈单房,内含澄清、草绿色或巧克力样液体。约4%在新生儿中发现,1%在成年男性中发现^[4]。约3%会发生癌变,病理类型多为腺癌和鳞癌,多为囊实混合型或实性肿块^[3]。

本例患者为中老年女性,起初以“附件包块”收入本院妇科,完善检查后发现包块位于盆底腹膜后,普外科会诊后以“淋巴管囊肿”转入普外科行手术治疗,术后病理证实为苗勒管源性囊肿。该病男性多于女性。多数苗勒管源性囊肿较小,无临床症状。体积大时可引起压迫症状。若出现囊内出血或感染时,可引起局部及周围组织器官刺激症状^[5]。本例为盆底腹膜后巨大囊肿,本身引起会阴部坠胀不适;其压迫膀胱尿道,导致反复出现尿路不全性梗阻甚至尿潴留;压迫直肠,导致便秘。苗勒管源性囊肿确诊依靠病理检查,镜检多为:囊壁为纤维结缔组织,内有平滑肌纤维,囊内面衬以扁平或低立方上皮^[6]。CT、MRI可评估肿块大小及比邻关系,对治疗方案制定有重要帮助,对特定部位的苗勒管囊肿可做出诊断^[7]。无病理报告前,本例明确诊断困难,易误诊为腹膜后巨大淋巴管瘤、盆腔巨大囊性畸胎瘤等疾病。故对于女性患者发现盆底腹膜后囊性包块,临床工作中需考虑到此病可能。

该病的治疗尚无统一标准。多数学者认为治疗方案决定于肿块性质、大小、临床表现、有无并发症及患者意愿。若囊性包块体积小且无临床症状,可随访观察^[8]。较大的、有症状及怀疑恶变的完整外科手术切除是唯一有效的治疗手段。对不能手术或不愿手术的可行囊肿穿刺抽液+硬化治疗,但复发率高^[2]。许多传统开放外科手术式被报道用于治疗该疾病,但该类手术方式被认为易损伤前列腺、输精管、精囊、尿道、膀胱、直肠、直肠括约肌及盆底自主神经等组织结构^[9-10]。

腹腔镜手术方式可提供清晰的放大手术视野,使得操作更精确,减少术中出血、术中副损伤,并且同时具备术后恢复快、并发症少等优势。自从 McDougall 等^[11]在 1994 年首次使

用腹腔镜治疗该病以来。近年来已有多位学者探索将腹腔镜用于切除苗勒管囊肿^[12-13]。

本例患者由于囊肿巨大,占据整个盆腔,已经将膀胱、子宫等盆腔器官顶入腹腔,并已压迫邻近尿道、直肠等器官引起排尿困难、尿潴留、便秘、肛门坠胀等临床情况,有手术探查指征。本例若选择腹腔镜手术方式很有可能出现囊肿周围间隙不够致使手术无法进行、术中出现囊壁破裂囊液污染腹腔或囊肿不能完整切除等情况。综合考虑后,采用传统开放式手术方式完整切除囊肿。术前考虑到包块可能同输尿管关系密切,遂于术前安置双侧输尿管支架,术中未损伤邻近输尿管、直肠等脏器。术后恢复顺利,无并发症。术后随访至今未复发。

3 结论

苗勒管源性囊肿多发现于男性,且多为良性。确诊依据病理检查。若女性患者发现盆底腹膜后囊性包块,也应想到此病。对于囊肿较大、产生压迫症状或引起局部或邻近器官刺激症状的应考虑手术切除,外科手术完整切除后一般不会复发。具体手术方式需依据囊肿位置、大小、周围比邻关系、患者意愿等因素制定个体化治疗方案。

参 考 文 献

- [1] Ritchey ML, Benson RC, Kramer SA, et al. Management of Müllerian duct remnants in the male patient[J]. J Urol, 1988, 140(4): 795-799.
- [2] Schuhrke TD, Kaplan GW. Prostatic utricle cysts (Müllerian duct-cysts)[J]. J Urol, 1978, 119(6): 765-767.
- [3] 罗海刚, 卞巍. 腹膜后苗勒氏囊肿 1 例[J]. 医学影像学杂志, 2014, 24(12): 2085, 2089.
- [4] Slocum RC. Müllerian duct cysts[J]. Trans South East Sect Am Urol Assoc, 1954, 18: 26-28.
- [5] Coppens L, Bonnet P, Andrianne R, et al. Adult Müllerian duct cyst: clinical significance and therapeutic management of 65 cases[J]. J Urol, 2002, 167(4): 1740-1744.
- [6] 韩景龙, 尹志. 腹膜后苗勒氏管源性囊肿 1 例报告[J]. 中国社区医师, 2008, 20(10): 152-153.
- [7] 谢再汉, 黄丽嫦, 沈冰奇, 等. 苗勒管囊肿的影像学表现[J]. 罕见疾病杂志, 2013, 20(6): 43-46.
- [8] 钱开宇, 余斌, 王少刚, 等. 苗勒氏管源性囊肿 3 例诊治报告并文献复习[J]. 现代泌尿生殖肿瘤杂志, 2011, 3(5): 272-273.
- [9] Ikoma F, Shima H, Yabumoto H, et al. Surgical treatment for enlarged prostatic utricle and vagina masculina in patients with hypospadias[J]. Br J Urol, 1986, 58(4): 423-428.
- [10] Okur H, Gough DC. Management of Müllerian duct remnants[J]. Urology, 2003, 61(3): 634-637.
- [11] McDougall EM, Clayman RV, Bowles WT. Laparoscopic excision of Müllerian duct remnant[J]. J Urol, 1994, 152(2 Pt 1): 482-484.
- [12] Lima M, Aquino A, Dòmini M, et al. Laparoscopic removal of Müllerian duct remnants in boys[J]. J Urol, 2004, 171(1): 364-368.
- [13] Willetts IE, Roberts JP, MacKinnon AE. Laparoscopic excision of a prostatic utricle in a child[J]. Pediatr Surg Int, 2003, 19(7): 557-558.

(责任编辑:唐秋姗)