

• 案例分析 •

儿童卵巢成熟畸胎瘤伴出血及坏死 1 例*

陈珂珂¹, 付安迪¹, 傅定然¹, 陈美霞¹, 周世勇², 杨芳², 刘运权^{2△}

(1. 贵州中医药大学第二临床医学院, 贵州 贵阳 550002; 2. 贵州中医药大学第二附属医院普外科, 贵州 贵阳 550003)

[摘要] 卵巢成熟畸胎瘤是卵巢肿瘤中最常见的生殖细胞肿瘤, 好发于育龄期妇女, 但儿童时期发病, 很容易造成漏诊、误诊, 从而造成严重后果。贵州中医药大学第二附属医院普外科于 2022 年 10 月收治 1 例儿童卵巢成熟畸胎瘤伴出血及坏死患者, 经手术治疗后恢复良好, 现结合相关文献进行复习。

[关键词] 卵巢成熟畸胎瘤; 出血; 坏死; 儿童; 病例报告

DOI: 10.3969/j.issn.1009-5519.2023.17.039

中图分类号: R61

文章编号: 1009-5519(2023)17-3055-04

文献标识码: B

卵巢成熟畸胎瘤(MCT)是卵巢肿瘤中最常见的肿瘤之一, 是卵巢的良性生殖细胞, 属于良性肿瘤, 好发于育龄妇女^[1], 由于儿童时期卵巢功能尚未开始发育, 因此儿童发病率相对低。通常不会有明显的症状, 少数患者会出现腹痛、腹胀及腹部包块等症状, 临床表现无特异性, 容易造成误诊。本院收治 1 例儿童 MCT 伴出血及坏死病例, 现根据该病例的诊治经过进行分析与讨论。

1 临床资料

患儿, 女, 7 岁, 于 2022 年 10 月 19 日因发现盆腔肿物 2 d 余, 收入本院治疗。现病史: 患儿母亲诉患儿 2 d 余前因呕吐行腹部彩色多普勒超声发现腹腔内游走性囊实性结构, 考虑肠系膜囊肿。为系统治疗, 收入本科。入院见患儿口角流涎, 口中发音少, 不会说话, 无发热, 偶有咳嗽、单咳, 无咳痰, 无喘息、气促, 无腹泻、便血等, 患病以来精神睡眠欠佳, 未进食, 大便未解, 小便经导尿管引出、量少。既往史: 6 年前于外院诊断脑性瘫痪[痉挛型双瘫]、癫痫及基因病。否认其他慢性病史, 否认既往手术史。腹部无明显膨隆, 全腹无压痛、反跳痛及肌紧张, 下腹可扪及一直径约 7 cm 大小包块, 上缘至脐下约 3 横指, 下缘及底面扪不清。包块表面光滑, 质地偏软, 有轻度活动性, 下缘及底面固定。未触及搏动感。腹部浅表包块彩色多普勒超声检查回示: 腹腔内探及可游走性囊实性结构, 大小约 5.7 cm×7.3 cm×4.1 cm, 形态规则, 以囊性为主, 其内透声可, 后壁回声增强, 彩色多普勒超声: 实质部分无血流信号, 考虑肠系膜囊肿(图 1)。上腹部 CT 检查结果回示: 盆腔中部见一约有 53 mm×51 mm×66 mm 囊实性包块, 包膜光整, 以水样密度为主, 右上壁见结节状软组织密度影及钙化结节, 边界清晰。膀胱及结肠受压, 乙状结肠变扁, 右上腹肠管扩张、积气, 未见明显液气平面形成。膀胱充盈尚

可, 腔内未见异常密度影(图 2)。腹膜后未见肿大淋巴结。血常规示: 白细胞计数 $11.84 \times 10^9 L^{-1}$, 红细胞比容 0.36 I/L, 中性粒细胞百分比 80.10%, 淋巴细胞百分比 14.20%, 中性粒细胞绝对值 $9.48 \times 10^9 L^{-1}$ 。生化检验报告: 总蛋白 56.5 g/L, 白蛋白 36.6 g/L, 肌酐 $22.0 \mu mol/L$, β_2 微球蛋白 0.90 mg/L, 估算肾小球滤过率 193 mL/min, 钾 2.72 mmol/L, 磷 0.89 mmol/L, 铁 $0.9 \mu mol/L$, C 反应蛋白 59.27 mg/L。结合患儿病史、查体及辅助检查, 患儿病情危重, 病因复杂, 请儿科、影像科、妇科、肿瘤科、神经内科、药剂科、呼吸科、泌尿科等多学科会诊及与患儿家属充分沟通病情后行手术治疗。

治疗方法: 于 2022 年 11 月 1 日在全身麻醉下行“剖腹探查术+盆腔肿物切除术+阑尾切除术+粘连松解术”。麻醉生效后, 取平卧位, 术前导尿, 常规消毒铺敷, 取下腹正中切口, 长约 10 cm, 逐层切开皮肤、皮下组织、白线、腹膜, 进入腹腔, 探查见子宫常大, 表面光滑, 子宫后壁及骶韧带处组织变硬, 左侧附件卵巢正常, 右侧盆腔肿物较大, 约 10 cm×10 cm(图 3), 与周围组织粘连, 分离粘连, 包块质软, 边界清, 暗红色, 包块来源不明, 但附件及卵巢消失, 术中请妇科会诊考虑来源于右侧附件及卵巢可能; 再次告知患者家属病情及手术方式, 患者家属签字同意后, 分离包块与周围组织后, 包块有蒂、细长, 2 把大弯钳钳夹持切断后予丝线贯穿缝扎断端, 并加强缝扎一针, 包块离体送冰冻检查, 结果为(右侧附件)卵巢囊肿伴出血及坏死, 未见上皮, 目前考虑良性病变, 具体待常规。继续探查见大网膜与肠管粘连, 扭曲, 旋转 180°, 并形成内疝, 松解粘连, 术中见阑尾细长扭曲充血, 给患者家属交代并同意切除阑尾, 彻底止血, 再次检查腹腔, 肠道无穿孔、破裂, 逐层关闭腹腔, 术区出血少, 约 30 mL, 术后安返病房。切除盆腔包块送病理检查回示:

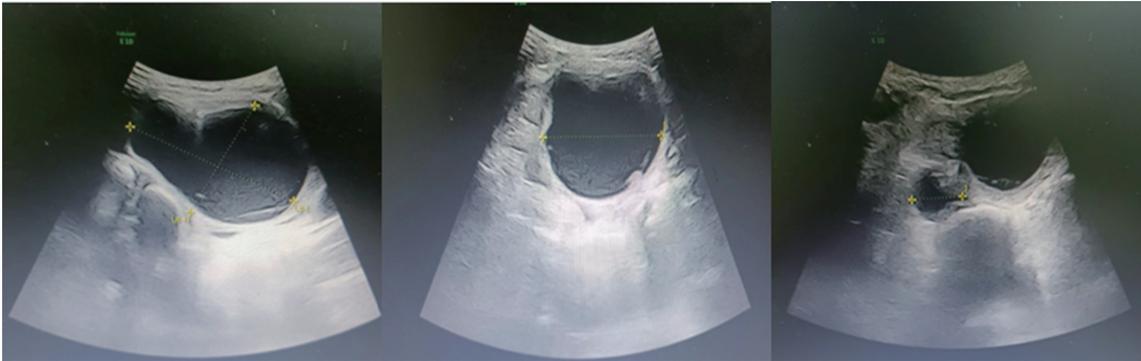
* 基金项目: 贵阳市科技计划项目([2019]-9-4-31 号)。

△ 通信作者, E-mail: 1710547138@qq.com。

(右侧附件)MCT 伴出血及坏死(图 4)。

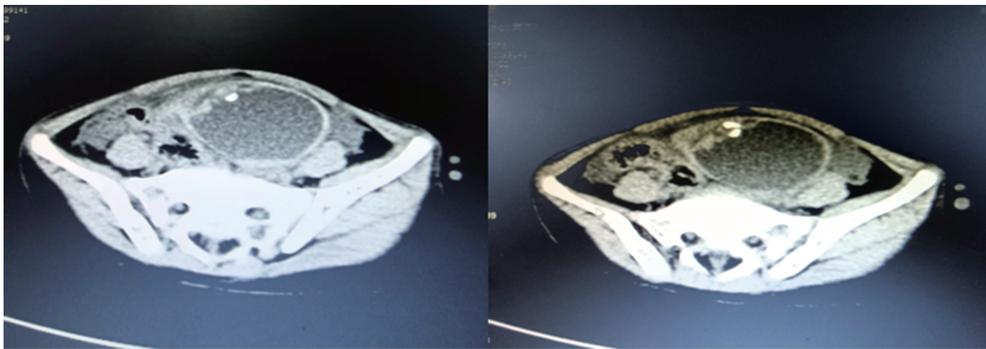
术后禁食,留置导尿,吸氧,抗感染、补液维持内环境稳定等对症支持治疗。配合中药通肠汤(党参、

当归、莱菔子、槟榔、木香、陈皮等)促进胃肠功能恢复。肠功能恢复后进食。经治疗患者好转出院。



注:盆腹腔囊实性占位,约 7.0 cm×4.5 cm×5.2 cm 考虑肠道来源? 右附件区见 2.8 cm×1.8 cm 囊性包块,卵巢来源?

图 1 术前妇科彩色多普勒超声图



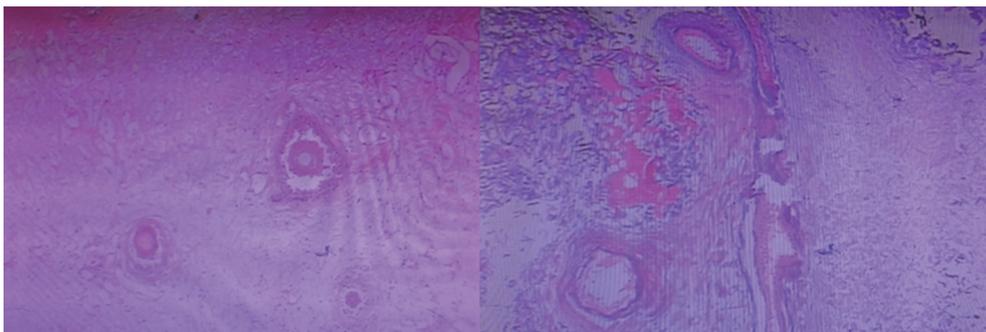
注:下腹部盆腔见 53 mm×51 mm×66 mm 囊实性包块,肠源性?

图 2 术前腹部 CT 图



注:右侧附件 MCT 伴出血及坏死,考虑良性病变。

图 3 术中及术后标本



注:右侧附件 MCT 伴出血及坏死,考虑良性病变。

图 4 术后病理标本(100×)

2 讨 论

MCT 又称皮样囊肿,是妇产科最常见的卵巢肿瘤,约占所有卵巢肿瘤的 11%^[2]。任何年龄阶段都可见,最早可见于新生儿,在 80~90 岁人群中也可出现,但大部分发生于 30 岁左右的育龄期女性^[3],儿童期卵巢功能处于未开始发育状态,发生在儿童期的卵巢畸胎瘤比较少见^[4],有研究报道其发病率约占所有卵巢肿瘤的 8.16%^[5],其在儿童中属于生殖细胞肿瘤,多源自原始生殖细胞或多能胚胎干细胞^[6],虽在儿童及青春期发病率低,但却占儿童女性生殖系统肿瘤的首位^[7],由于早期阶段 MCT 无特异性临床症状,主要症状常表现为腹痛、腹胀、腹盆腔包块、月经异常。由于儿童及青春期女性多未婚且无性生活史,妇科体检少,加上早期无特殊症状,一旦发现肿瘤时已经较大,因此该病常常被忽视而导致蒂扭转、破裂、感染、出血及恶变等并发症出现^[8]。有相关研究报告表明,1~20 岁女性卵巢肿瘤蒂扭转的发生率为 4.9/10 万^[9],经常被误诊为急性阑尾炎、胃肠炎、肠梗阻、肠套叠、泌尿系疾病等。由于儿童及青少年正处于生长发育重要阶段,对儿童及青少年应定期体检,必要时行 B 超及肿瘤标志物检查早发现、早诊断、早治疗对提高患者生存率及生活质量至关重要。

该病例因呕吐为首发症状行腹部 CT 发现下腹部盆腔囊实性包块,结肠扩张、积气、肠梗阻待排。拟行磁共振成像(MRI),但因患儿脑瘫不能配合检查,故未能行 MRI 检查。同时患者年幼,生长发育迟缓,脑瘫等基础疾病导致沟通障碍,表述不清,病史不清。患儿父母否认其腹部相关手术、外伤、结核等病史,否认畸胎瘤家族遗传病史。考虑外源性雌激素的应用、先天性疾病及遗传性疾病导致 MCT 可能性大。儿童卵巢畸胎瘤是由于胚胎期生殖细胞分化异常所致,出生后会随着生长发育而增加,肿瘤内成分不等,常见软组织、脂肪组织、骨组织、毛发等。该例患者术后肿物内未发现牙齿、骨骼、头发、脂肪等。新生儿畸胎瘤 90% 为良性肿瘤,随着年龄的增长,恶变倾向大幅度上升,如能将早期肿瘤完整切除,大多数患者能获得治愈,并可将死亡率降至最低,因此,畸胎瘤患儿应该尽量行肿瘤完整切除^[10]。临床上关于小儿畸胎瘤一旦确诊,无论肿瘤大小,都应该早期手术切除^[11]。对良性畸胎瘤应尽可能早地完整切除肿瘤,不应有任何残留,因为残留的瘤组织复发后有恶变的可能^[12]。

大多数良性畸胎瘤手术后可获得治愈,完全切除良性畸胎瘤的患者预后良好。对于手术时机,有学者认为,在可能的情况下,越早手术其预后效果越好^[13]。并且早期干预也可以有效避免严重并发症的发生。对于年轻女性来说,保留生育功能有着十分重要的意义^[14-15]。因此,对畸胎瘤患者进行宣教、综合管理、定期复检、早发现、早治疗等措施十分重要。

参考文献

- [1] 张立英,祁晓莉,丁华野,等. 卵巢囊性成熟型畸胎瘤癌变临床病理观察[J]. 诊断病理学杂志, 2019,26(4):207-212.
- [2] SAH S P, UPRETY D, RANI S. Germ cell tumors of the ovary: A clinicopathologic study of 121 cases from Nepal[J]. J Obstet Gynaecol Res, 2004,30(4):303-308.
- [3] GADDUCCI A, GUERRIERI M E, COSIO S. Squamous cell carcinoma arising from mature cystic teratoma of the ovary: A challenging question for gynecologic oncologists [J]. Crit Rev Oncol Hematol, 2019,133:92-98.
- [4] SHINKAI T, MASUMOTO K, CHIBA F, et al. Pediatric ovarian immature teratoma: Histological grading and clinical characteristics[J]. J Pediatr Surg, 2020,55(4):707-710.
- [5] AMÉGBOR K, DARRE T, ALFA A K, et al. Epidemiology and pathological profile of childhood ovary tumours in Togo: About 32 cases [J]. Bull Cancer, 2009,96(6):709-712. French.
- [6] OMACHI N, KAWAGUCHI T, SHIMIZU S, et al. Life-threatening and rapidly growing teratoma in the anterior mediastinum [J]. Intern Med, 2015,54(19):2487-2489.
- [7] 王芳. 小儿卵巢肿瘤窗的特点与治疗[J]. 山西医药杂志, 2011,40(4):349-350.
- [8] 张丽. 234 例儿童及青春期卵巢肿瘤临床分析[D]. 长春:吉林大学, 2013.
- [9] GUTHRIE B D, ADLER M D, POWELL E C. Incidence and trends of pediatric ovarian torsion hospitalizations in the United States, 2000-2006 [J]. Pediatrics, 2010,125(3):532-538.
- [10] SPINELLI C, STRAMBI S, MASONI B, et al. Surgical management of ovarian teratomas in childhood: A multicentric study on 110 cases and a literature review[J]. Gynecol Endocrinol, 2021,37(10):950-954.
- [11] BRAUNGART S, SMITH C V. Recurrence and metachronous disease in children with benign ovarian tumors: A systematic review of the literature[J]. Eur J Pediatr Surg, 2022,32(1):98-104.
- [12] 肖一平. 小儿畸胎瘤 299 例临床回顾性分析研究[D]. 重庆:重庆医科大学, 2009.
- [13] BADRU F, SAXENA S, MUNOZ-ABRAH AM A S, et al. Peritoneal nodules in a pediatric patient with benign teratoma. A case report and

review of literature[J]. J Pediatr Adolesc Gynecol, 2018, 31(6): 632-636.

- [14] CHINCHILLA G C, FACI C M, CRUZ M G. Pediatric ovarian tumors: A 10-year review in a pediatric service [J]. Arch Argent Pediatr, 2021, 119(2): e149-152.

[15] TAKAYASU H, MASUMOTO K, TANAKA N, et al. A clinical review of ovarian tumors in children and adolescents[J]. Pediatr Surg Int, 2020, 36(6): 701-709.

(收稿日期: 2022-12-01 修回日期: 2023-04-28)

• 案例分析 •

高强度聚焦超声发生骶丛神经 D 级损伤 1 例

王嘉怡¹, 罗爽^{2△}, 唐辰典², 黄国华², 刘欣¹

(1. 成都中医药大学医学与生命科学学院, 四川 成都 610075; 2. 遂宁市中心医院妇科, 四川 遂宁 629099)

[摘要] 高强度聚焦超声(HIFU)目前被广泛应用于妇科子宫肌瘤的治疗,但其术后存在一些不良反应,如腹部疼痛、皮肤损伤、阴道流血、骶尾部疼痛等。绝大部分的不良反应经观察或药物对症治疗后即可缓解,仅少数病例临床处理较为棘手。该文报道了 1 例 43 岁的女性患者接受 HIFU 治疗后发生的骶丛神经 D 级损伤,经 3 个月余的营养神经、促排小大便及综合治疗后,患者康复出院。同时,该文结合国内外文献,对 HIFU 治疗及术后并发症的康复治疗进行了总结。另,充分了解 HIFU 不良反应发生的原因,完善术前准备,做好术前手术风险的预判,及时发现并发症可能,早期积极干预,均需要临床医师严格把握。

[关键词] 高强度聚焦超声; 骶丛神经; 损伤; 子宫肌瘤; 病例报告

DOI: 10.3969/j.issn.1009-5519.2023.17.040

中图法分类号: R713.1

文章编号: 1009-5519(2023)17-3058-03

文献标识码: B

高强度聚焦超声(HIFU)是一种热消融的治疗方法,因其无创的特点,逐渐被广泛应用于妇科子宫肌瘤的治疗^[1],其效果确切,可有效缩小病灶体积。但回顾近 10 年的文献,发现术后存在一些不良反应,如腹部疼痛、皮肤损伤、阴道流血、骶尾部疼痛等。根据国际介入放射学会(SIR)的不良反应分级系统进行评价^[2],大多数属于 A~B 级,仅需观察或药物对症治疗,症状即可缓解,而属于 C、D 级及以上的病例较少,临床处理较为棘手,甚至可能出现不可逆伤害,需要临床医师积极预防并早期发现处理,其相关报道更为罕见。本文介绍了 1 例 43 岁的患者因子宫肌瘤接受 HIFU 治疗后发生的骶丛神经 D 级损伤。

1 临床资料

患者,女,43 岁,因“发现子宫肌瘤 9 年,月经紊乱 2 年”于 2020 年 4 月 22 日入院。专科查体:子宫后位,体积增大如孕 2 个月余,表面光滑,活动可,形态不规则,无压痛。既往史无特殊。末次月经时间:2020-04-01,孕 3 产 1。经阴道彩色多普勒超声:肌壁回声欠均匀,肌壁间多发异常回声结节,最大位于子宫前壁约 4.8 cm×3.5 cm×5.0 cm,边界清楚,未见明显异常血流信号。盆腔磁共振成像(MRI):子宫前底部子宫肌瘤并变性(图 1)。入院诊断:子宫肌瘤。排除手术绝对禁忌证后,于 2020 年 4 月 22 日行聚焦超声消融术治疗,治疗时间 100 min,辐照时间

1 545 s,治疗总能量 618 000 J,治疗强度 634.42 s/h,治疗功率 400 W。术中患者生命体征平稳,但出现会阴及阴道坠胀痛,共计 4 次,骶尾部、臀部及肛门坠胀痛数次,均可忍受,经调整焦点位置后未见明显改善,立即暂停治疗,经休息上述症状好转后继续治疗。治疗至 1 545 s,超声造影提示病灶内充盈缺损范围为 60%,考虑术中出现多次多部位疼痛,故结束治疗(图 2)。术后 4 h 患者出现持续会阴、右侧臀部及股后部麻木和排便排尿障碍,立即采取以下措施。(1)术后感觉异常处理。予以患者神经查体示,触觉:右侧骶 3 平面减退,左侧正常,右侧骶 4/5 平面消失,左侧骶 4/5 平面减退,右侧股后部中上段麻木,左侧正常。针刺觉:右侧骶 3 平面减退,左侧正常,双侧骶 4/5 平面消失,右侧股后部中上段减退,左侧正常。直肠深感觉存在,肛门括约肌有收缩,肛门反射未引出。腰椎 MRI 示:①腰椎骨质增生。②扫及。腰 4/5 椎间盘 T2W1 信号略降低,考虑为椎间盘变性可能;腰 4/5、腰 5/骶 1 椎间盘膨出。下肢肌电图示未见明显异常。给予地塞米松、甲钴胺、维生素 B₁、腺苷钴胺营养神经等对症治疗。治疗 20 d 余后,患者上述症状逐渐转为阵发性跳痛,仍影响生活,故又给予联合针灸、推拿、盆底康复理疗等治疗。术后 2 个月余,跳痛症状逐渐减轻。术后 3 个月余,感觉异常症状基本消失。(2)术后排便排尿障碍处理。予以患者尿动力学检测示,

△ 通信作者, E-mail: 79622499@qq.com。