

·国内论著·

膀胱子宫内膜异位症 20 例临床诊断及治疗

高学林, 苏醒, 郭凡, 王福利*

(西京医院 泌尿外科, 陕西 西安 710032)

摘要: **目的** 探讨20例膀胱子宫内膜异位症患者的临床诊断和治疗。**方法** 回顾性分析2016年1月至2019年12月西京医院泌尿外科收治的20例膀胱子宫内膜异位症患者的临床诊疗资料和随访结果。**结果** 20例患者术后病理均确诊为膀胱子宫内膜异位症, 平均年龄(31.41±6.50)岁; 肿瘤平均直径(3.87±1.33)cm; 妇科手术史17例, 其中剖宫产15例、子宫肌瘤手术2例; 行开放性膀胱部分切除术17例, 行经尿道膀胱电切术3例。术后随访8~48个月, 术后复发2例, 无复发18例。**结论** 膀胱子宫内膜异位症的确诊需病理学诊断, 治疗方法以膀胱部分切除术为主, 同时辅助药物治疗, 但仍有复发概率。

关键词: 膀胱子宫内膜异位症; 临床诊断; 手术治疗

中图分类号: R711.71

文献标识码: A

文章编号: 1674-7410(2021)03-0055-03

Clinical Diagnosis and Treatment of 20 Cases of Bladder Endometriosis

Gao Xuelin, Su Xing, Guo Fan, Wang Fuli*

(Department of Urology, Xijing Hospital of the Air Force Medical University, Xi'an, Shanxi, 710000, China)

Abstract: Objective This study aimed to investigate the clinical diagnosis and treatment of 20 cases of bladder endometriosis. **Methods** The clinical data and follow-up results of 20 patients with bladder endometriosis in our hospital from January 2016 to December 2019 were retrospectively analyzed. **Results** All 20 patients were diagnosed with bladder endometriosis by postoperative pathology. The average patient age was (31.41±6.50) years. There were 15 cases of cesarean section, and the average tumor diameter was (3.87±1.33) cm. There were 17 cases with a gynecological operation history, including 15 with cesarean section and two with hysteromyoma. Open partial cystectomy was performed in 17 cases, and transurethral resection of the bladder was performed in three cases. The patients were followed up for 8-48 months. Two cases had recurrence, and 18 cases did not have recurrence. **Conclusion** Bladder endometriosis is a rare disease requiring pathological diagnosis. The treatments are mainly partial cystectomy and adjuvant drug treatment, but a possibility of recurrence remains.

Keywords: Bladder endometriosis; Clinical diagnosis; Surgical treatment

泌尿系统子宫内膜异位症的发病率低, 约占子宫内膜异位症的1.2%, 膀胱为泌尿系统最常累及的器官, 约占83%~90%。因其发病症状隐匿, 具有可缓解、间隙性和反复性, 常常漏诊或误诊为妇科和/或泌尿系炎症, 甚至膀胱肿瘤, 增加患者的身心负担。本研究分析膀胱子宫内膜异位症20例患者的临床资料, 总结报道如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料 回顾性分析2016年1月至2019年12月西京医院泌尿外科收治的20例膀胱子宫内膜

异位症患者的临床资料。20例患者年龄29~45岁, 平均年龄(31.41±6.50)岁; 既往有流产病史7例, 其中药物流产3例、清宫术4例; 妇科手术史17例, 其中剖宫产术15例、子宫肌瘤术2例; 无妇科手术史3例, 均有生育史, 顺产。经典的周期性血尿3例, B超提示膀胱内新生物, 位于膀胱后壁2例, 位于膀胱顶壁1例。与经期相关的慢性盆腔痛、膀胱刺激症状17例, 其中伴排尿困难1例、无排尿困难16例。术前完善尿常规、B超、CT/MRI、膀胱镜检查+组织活检。MRI提示瘤体大小1.5~6.0 cm, 平均(3.87±1.33) cm。膀胱镜下黏膜异常于膀胱后壁13例, 膀胱顶壁2例, 膀胱侧壁2例; 侵犯其他器官3例, 其

*通信作者: 王福利, E-mail: wangfuli98@163.com

中自子宫侵犯膀胱及腹壁1例、侵犯输尿管1例、侵犯一侧卵巢1例。单发结节自膀胱外浸润膀胱顶部或后壁14例；膀胱腔内单发结节3例；腔外型17例，腔内型3例；术前行组织活检确诊3例，术后病理确诊17例。

1.2 手术方法 依据是否需要妇科同台手术决定手术体位。需妇科同台手术，取法式体位，不需妇科同台取平卧位。术前留置三腔尿管，取下腹部正中切口，进入腹腔，打开盆底腹膜，游离膀胱顶部、后壁及子宫膀胱间隙，探查子宫、子宫膀胱间隙及膀胱壁病变组织及范围，钝性+锐性游离病变组织，将病变组织及侵犯膀胱壁组织切除，期间注意分辨和保护输尿管，2-0可吸收线缝合膀胱。其中1例侵犯输尿管，将病变输尿管切除后行膀胱输尿管再植术。1例因病变范围较大，行子宫根治性切除术+膀胱病变切除术+部分腹壁切除术。1例行一侧卵巢切除术。

涉及妇科手术，请妇科医生同台手术。经尿道膀胱电切术，患者取截石位，使用F26膀胱电切镜置入膀胱，设置电切140 W，电凝60 W，切除膀胱内新生物，深达膀胱肌层，未切穿膀胱壁。冲洗器吸出切除组织，创面仔细止血，未见出血后，留置F22三腔尿管，持续膀胱冲洗。

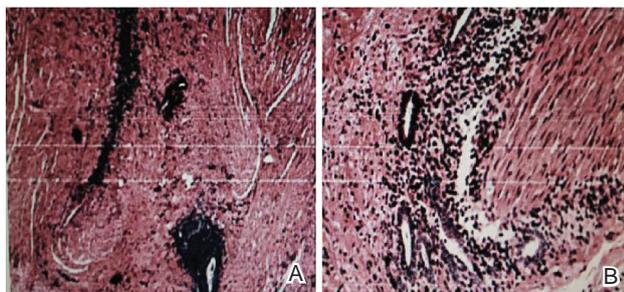


图1 膀胱子宫内膜异位症术后病理
注：A：HE染色×10；B：HE染色×20

3 讨论

子宫内膜异位症是有活性的子宫内膜组织异位到子宫腔黏膜以外的组织器官的一种疾病^[1-2]。异位内膜组织随体内雌激素水平周期性变化而出现周期性出血，引起周围组织炎性反应、组织吸收修复、纤维化等病理改变，周而复始导致器官结构异常、肿块形成、组织粘连、功能减退或丧失。该病多见于育龄期女性，可在全身各个器官组织发病，如胸膜、肺、肝、鼻黏膜等^[3]，盆腔脏器是最常见的累及器官，如卵巢、肠管、膀胱、输尿管等^[4]。虽然子宫

2 结果

20例患者术后病理均提示子宫内膜异位症（见图1、图2）。行保留卵巢子宫全切除1例，输尿管再植1例，一侧卵巢切除1例，膀胱部分切除14例，经尿道膀胱子宫内膜症切除术3例。17例术手术患者术后伤口愈合可，7 d后拔除尿管，10 d后拔除盆腔伤口引流管，术后均无漏尿、血尿、肠管损伤等并发症。18例患者术后复查未见伤口及盆腔子宫内膜异位症复发，下腹部和尿路刺激症状均不同程度缓解。经尿道膀胱镜电切患者术后膀胱冲洗，7 d后拔除尿管。2例患者术后复发，给予内分泌治疗，具体用药为醋酸戈舍瑞林缓释植入剂（阿斯利康制药有限公司，批准文号：H20100314，规格：3.6 mg）3.6 mg，1次/28 d，疗程不超过6个月。

20例患者均术后随访8~48个月，术后复查血常规、肾功能离子、B超、CT/MRI、膀胱镜等检查。术后1年，每3个月复查1次，术后2~3年，每6个月复查1次，术后>3年，每年复查1次。术后复发2例，术后复发时间为6~14个月，中位时间8个月，术后辅助给予内分泌药物治疗，1例建议二次手术，但患者拒绝。



图2 膀胱子宫内膜异位症膀胱镜图

内膜异位症的病理结果为良性病变，却有恶性肿瘤播散、复发、浸润、种植等特点。目前，关于子宫内膜如何播散种植到异位组织器官的发病机制尚不明确，有经血逆流、免疫力异常、医源性等多种学说。

膀胱是泌尿系子宫内膜异位症最常见的累及器官，约占泌尿系子宫内膜异位症的83%^[5]，病变部位多位于膀胱后壁和顶壁^[6]，其中膀胱后壁较顶壁多见，可能是因为膀胱与子宫毗邻有关。有研究报告，膀胱内膜异位症多数有妇科手术病史^[3,7]，开放的子宫创面或腔隙为子宫内膜播散创造了条件。本研究中的20例膀胱子宫内膜异位症患者，有妇科手

术史17例。

膀胱子宫内位症可分为盆腔子宫内位症浸润膀胱的腔外型 and 种植于膀胱黏膜的腔内型。临床表现依据病变大小、部位、数量、浸润膀胱壁深度,以及是否处于经期而表现不同。典型的临床表现为与经期相关的镜下或肉眼血尿、下腹部疼痛不适及下尿路刺激症状。腔内型多因经期血尿,或B超检查提示膀胱新生物而就诊,临床常误诊为膀胱肿瘤。而腔外型因自膀胱外浸润膀胱壁,若未浸润膀胱全层多不伴有血尿,而以下腹部疼痛或尿频、尿急等尿路刺激症状为主^[8];但若浸润膀胱全层,则会破坏膀胱逼尿肌协调性,导致排尿困难,甚至尿潴留,并且腔外型常合并盆腔其他部位的异位症^[9],症状较腔内型明显。本研究腔外型中有3例合并盆腔及其他子宫内位症,有1例侵犯膀胱全层伴有排尿困难。

膀胱子宫内位症的临床症状于月经前1~2 d症状明显,后逐渐缓解,因症状有间歇性,并且该类患者常有长期痛经病史,常被患者误以为痛经而延误病情或漏诊,影响患者的生活质量。专科体检多为阴性,实验室检查尿常规,经期提示血尿或感染,并无特异性的指标。影像学检查如B超、CT、MRI等可提供一定临床参考,但各有利弊。B超作为筛查项目,有快速、便捷和无辐射等优点,但最大的缺点为敏感度和特异度差,容易误诊或漏诊。膀胱子宫内位症的典型表现为异位内膜组织大小、形态随经期而出现周期性改变,需动态观察,因而其诊断价值受限。CT有辐射性,敏感度高,可了解盆腔病变部位、大小、数量及周围组织情况,但其特异度不高。MRI无辐射,对子宫内位症诊断特异度高,可达98%^[10],敏感度约为68%^[11],典型图像为抑脂信号T1WI和非抑脂信号T2WI表现为高信号的出血病灶。

膀胱子宫内位症的确诊需病理学诊断,而膀胱镜是术前获取组织标本最常用的检查方式。但其在诊断中也有局限性,腔内型和腔外型浸润膀胱全层,可在膀胱镜下观察到隆起新生物(见图2),并取组织活检。但腔外型未累及膀胱黏膜,膀胱镜诊断价值受限。膀胱病变黏膜可见局部隆起,若距黏膜较远,膀胱黏膜多为正常;若距膀胱黏膜较近,可为紫色、蓝紫色、蓝褐色、褐色结节,组织活检提示黏膜急慢性炎症^[1]。本研究术前膀胱镜活检明确诊断仅3例,余17例均术后病理提示膀胱子

宫内膜异位症。因膀胱子宫内位症症状、体征及辅助检查随着疾病的进展,以及是否处于经期而临床表现各异,并且疾病缓解、进展缺乏特异性,易被误诊或漏诊。因此,对于有与月经周期相关的血尿、尿潴留、膀胱刺激症状或慢性盆腔疼痛,影像学检查发现膀胱占位或膀胱周围病变,应高度怀疑膀胱子宫内位症,可考虑膀胱镜检查,必要时行组织活检。病理提示岛状或串状分布的子宫内位腺体或基质即可明确诊断。

膀胱子宫内位症的治疗原则是彻底清除病变组织,必要时辅助内分泌药物,防止复发。依据患者年龄、有无生育要求、病变的程度和范围,以及是否合并组织器官病变制定合理的治疗方案。手术要求为清除异位子宫内位组织,防止复发。对于腔内型膀胱内孤立结节患者,组织活检明确子宫内位症,MRI提示未浸润膀胱全层患者可考虑应用经尿道膀胱镜下病变组织切除术,该术式具有创伤小、恢复快的特点。本研究中3例孤立性结节即是采用经尿道膀胱镜电切术。而腔外型子宫内位症,不推荐经尿道膀胱镜下病变切除,因腔外型侵犯膀胱全层至膀胱黏膜,经尿道手术不能彻底切除病灶,且易切穿膀胱,导致漏尿或膀胱壁无法愈合。腔外型需根据病变部位及有无合并其他脏器病变,而选择合适的手术方式。随着腹腔镜技术发展,建议腹腔镜下病损+膀胱部分切除术,具有视野清、出血少、恢复快特点。但本院仍建议开放手术大范围切除病灶及合并病变的盆腔组织。若范围较大,需行子宫根治性切除术^[12],年轻患者需保留卵巢维持激素分泌。无论何种手术方式,术前均应全面检查,充分评估、预测手术难度和风险,因子宫内位症盆腔粘连严重,组织结构和界限不清,常合并妇科手术或其他盆腔子宫内位症,情况复杂,提高了手术难度和风险,增加术后并发症,这也是本院建议开放手术的原因之一。FRANCISC等^[13]研究得出,虽然术后可获得满意的治疗效果,但仍有25%术后并发症的可能,如出血、漏尿、输尿管损伤、输尿管狭窄、子宫内位症复发等。术后复发患者给予内分泌药物治疗可使新生的异位子宫内位组织退化,缓解症状,但对已经形成的新生物或组织基本无效,盆腔已形成肿块,仍建议手术切除。常用内分泌治疗药物包括促性腺激素释放激素类似物,如戈舍瑞林、孕激素、雄激素等。对年轻

(下转第62页)

- mour [J]. *Surg Endosc*, 2018,32(12):4923-4931.
- [17] TERRITO A, Bevilacqua G, Meneghetti I, et al. En bloc resection of bladder tumors: indications, techniques, and future directions [J]. *Curr Opin Urol*, 2020,30(3):421-427.
- [18] 许生,吴挺明,吴淑龄,等.经尿道膀胱肿瘤整块切除术治疗初发非肌层浸润性膀胱癌的安全性及疗效分析[J].*中国肿瘤外科杂志*,2020,12(6):504-507.
- [19] WANG W, LIU H, XIA S. Thulium laser treatment for bladder cancer [J]. *Asian J Urol*, 2016,3(3):130-133.
- [20] PASTUSZAK A, ZDROJOWY R, POLETAJEW S, et al. Technical developments in transurethral resection of bladder tumours [J]. *Contemp Oncol (Pozn)*, 2019,23(4):195-201.
- [21] WOLTERS M, KRAMER MW, BECKER JU, et al. Tm:YAG laser enbloc mucosectomy for accurate staging of primary bladder cancer: early experience [J]. *World J Urol*, 2011,29(4):429-432.
- [22] XU H, MA J, CHEN Z, et al. Safety and Efficacy of En Bloc Transurethral Resection With 1.9 μm Vela Laser for Treatment of Non-Muscle-Invasive Bladder Cancer [J]. *Urology*, 2018,113:246-250.

(上接第57页)

且有生育要求的患者,初始治疗可用内分泌药物治疗,但有效率低且停用药物后易复发,待其再孕后症状可缓解^[14-15],但需密切随访,若未孕期间疾病进展,则仍需考虑手术。本研究中2例复发患者术后给予内分泌治疗,其中1例术后症状、体征均已消失,但6个月后症状再次出现,复发的子宫内膜异位症是旧病灶重新生长还是新病灶很难区分,建议患者手术,患者拒绝后给予其内分泌治疗。

综上所述,膀胱子宫内膜异位症缺乏典型的症状、体征及辅助检查,常被误诊或漏诊,延误病情。对于有痛经病史,影像学提示盆腔占位侵犯膀胱,需高度怀疑膀胱子宫内膜异位症,但仍需要病理学进行确诊。

参考文献:

- [1] BEEK JJ. Bladder endometriosis, a remarkable resemblance in a monozygotic twin [J]. *Gynecol Surg*, 2010,7(4):375-378.
- [2] SKAANE P, ISACHSEN MM, HØISETH A. Computed tomography of mucin-producing adenocarcinoma of the appendix presenting as a bladder tumor [J]. *J Comput Assist Tomog*, 1985,9(3):566-567.
- [3] BOURGIOTI C, PREZA O, PANOURGIAS, E et al. MR imaging of endometriosis: Spectrum of disease [J]. *Diagnost Intervent Imaging*, 2017,98(11):751-767.
- [4] AJAO MO, EINARSSON JI. Management of Endometriosis Involving the Urinary Tract [J]. *Semin Reprod Med*, 2017,35(1):81-87.
- [5] WONG YOU CHEONG JADE J, WOODWARD PAULA J, MANNING MARIA A, et al. From the archives of the AFIP: Inflammatory and nonneoplastic bladder masses: radiologic-pathologic correlation [J]. *Radiographics*, 2006,26(6):1847-1868.
- [6] HUDELIST G, BALLARD K, ENGLISH J, et al. Transvaginal sonography vs. clinical examination in the preoperative diagnosis of deep infiltrating endometriosis [J]. *UOG*, 2011,37(4):480-487.
- [7] GABRIELE C, KAROLINA A, JOAO A, et al. Effect of anterior compartment endometriosis excision on infertility [J]. *JSLs*, 2018,22(4):e2018.00067.
- [8] DONNEZ J, SPADA F, SQUIFFLET J, et al. Bladder endometriosis must be considered as bladder adenomyosis [J]. *Fertil Steril* 2000,74(6):1175-1181.
- [9] YOHANNES P. Ureteral endometriosis [J]. *J Urol*, 2003,170(1):20-25.
- [10] 荣建红,张岩,李学松,等.泌尿系子宫内膜异位症的诊断及治疗(附22例报告)[J].*北京大学学报(医学版)*,2010,42(4):461-464.
- [11] 朱珍,赵婷婷,梁宗辉.膀胱壁实性肿物的影像诊断思维[J].*影像诊断与介入放射学*,2018,27(2):165-167.
- [12] VESSEY MP, VILLARD-MACKINTOSH L, PAINTER R. Epidemiology of endometriosis in women attending family planning clinics [J]. *BMJ*, 1993,306(6871):182-184.
- [13] FRANCISC R, HORACE R, BENOIT R, et al. Outcomes of surgical management of deep infiltrating endometriosis of the ureter and urinary bladder [J]. *JSLs*, 2011,15(4):439-447.
- [14] 臧光辉,杜广辉,郭小林.膀胱子宫内膜异位症的诊断和治疗[J].*现代泌尿外科杂志*,2008,(3):209-210.
- [15] 梁博,刘晓强,王一,等.膀胱子宫内膜异位症的诊断与治疗[J].*中华泌尿外科杂志*,2012,(12):922-924.