

# 子宫内 膜癌术后合并布加氏综合征1例

刘路莎<sup>1</sup> 王菊荣<sup>2</sup>

(1河北北方学院研究生部 张家口 075000 2邯郸市 中心医院妇一科 056000)

**摘要:** 总结报导1例子宫内 膜癌术后合并布加氏综合征。方法阐述 1 例布加氏综合征临床表现、术前检查及术后病理结果,并对其进行详细分析。结果 布加氏综合征临床表现不典型容易与其他病症混淆,不易发现,腹部B超、CT增强扫描、MRI等辅助检查可有效提高其诊断结果,早发现早治疗提高患者生存率。

**关键词:** 子宫内 膜癌;布加氏综合征;个案

1 病例简介:患者女,51岁,主因阴道淋漓出血1年,下腹不适1月入院。入院妇科检查子宫如孕50天大小,无压痛,右侧附件区可触及一大小约7\*4cm囊肿,活动可,轻压痛。余未见明显异常。子宫附件彩超提示:子宫增大,子宫内 膜增厚(约1.5cm,未见异常回声),右侧附件区囊肿(大小约7.0\*3.5cm);腹部彩超提示肝实质回声稍粗欠均匀(门静脉内径1.19cm);胆囊壁欠光滑。双下肢彩超、心脏彩超、心电图等结果及化验结果均未见明显异常。术前行宫腔镜下诊刮术,术后病理结果回报:(宫腔)子宫内 膜样腺癌。遂行腹腔镜筋膜外全子宫+双附件切除术+盆腔淋巴结切除术,术后予以抗感染、抗凝等治疗,术后病理结果:中分化子宫内 膜样腺癌IA期。患者术后前5天腹腔血性渗液每天约500ml左右,此后每天淡黄色渗液约1000ml左右;考虑淋巴渗液,予以阿托品肌注、腹腔加压等措施减少盆腔淋巴液的渗出,并3次检查腹腔引流液肌酐未见异常。术后28天拔除引流管,观察渗液情况。观察期间出现腹胀,行腹腔镜穿刺引流术,每日淡黄色引流液约1000ml,间断发热,复查血常规白细胞及血小板偏低,给予抗炎等治疗效果欠佳。查体:腹部膨隆,移动性浊音+;妇科检查未见明显异常。术后60天复查盆腔彩超:左侧髂窝处可见大小约3.2\*2.1cm的囊性回声,边界清,外形规则。提示:下腹部可见深约6.7cm的液性暗区。急诊生化:白蛋白27.0g/L,总蛋白,57.2g/L;白细胞 $2.85 \times 10^9/L$ ;D-二聚体测定,1.96mg/L;腹腔引流液肌酐正常。遂予抗凝、腹腔穿刺放水治疗。术后77天复查腹部彩超:1肝脏弥漫性病变(肝脏大小形态正常,轮廓清,实质回声增粗不均,肝包膜凹凸不平。肝内管道系欠清,门静脉宽约1.1cm);2肝周积液;3胆囊壁增厚、毛糙;4胆囊偏强回声团考虑:泥沙样结石?;5脾大;6脾周积液。并检查上腹部CT增强扫描结果示:1、下腔静脉出肝段管腔局限纤细影淡,考虑布加氏综合征;下腔静脉、肝右静脉内充盈缺损影,依其强化方式,考虑血栓形成可能;2、肝硬化、脾大、腹腔少量积液;3、胆囊结石、胆囊炎;4、左侧胸腔积液。补充临床诊断:布加氏综合征,遂转入介入科,治疗后症状好转。

2 讨论:布加氏综合征(BCS)是由于各种原因所致的肝静脉和邻近的下腔静脉狭窄闭塞,临床表现为下腔静脉高压及门静脉高压症候群。表现为肝大及疼痛、腹水、发热、血小板减少、肝脏功能障碍等一系列症状。虽病因分型存在争议,但张小明<sup>[1]</sup>的分型获得了较为广泛的认可,分别为: 型为下腔静脉病变型,此型可细分为3个亚型即a 隔膜型, b 短段闭塞型(闭塞段小于5cm), c 长段闭塞型(闭塞段大于5cm); 型为肝静脉型,也可分为a 隔膜型, b 肝静脉广泛闭塞型; 型为混合型,即同时存在下腔静脉和肝静脉病变者。其诊断有关研究认为肝静脉、下腔静脉彩色多普勒超声检查为首选检查方式,其次依次为CT、MRI、血管造影,必要时行肝脏穿刺活检。肖安岭等人<sup>[2-4]</sup>认为MRI在BCS的诊断中能够准确进行分型,准确显示肝静脉病变、肝实质改变和肝内支循环,正确率较高,能够为BCS的诊断提供有价值的影像学信息。介入治疗已被公认为是BCS首选的治疗方法<sup>[5]</sup>,BCS常有血栓或因血管狭窄闭塞的情况,排除合并出血性疾病,均应首先立

即给予抗凝治疗<sup>[6-7]</sup>。肝静脉或下腔静脉短段狭窄者,首选微创经皮血管成形术<sup>[8]</sup>。若上述疗法失败,有研究认为可行经颈静脉肝内门体分流术。对于上述治疗方案均无效者,可考虑行肝脏移植术,肝移植术成功后五年生存率提高至80%。

恶性肿瘤淋巴清扫术后淋巴渗液主要为切除盆腔淋巴结后导致淋巴管断端未结扎或不牢固引起淋巴液外溢或者是淋巴侧支循环尚未完全形成时导致淋巴液循环回流障碍,临床表现为盆腔淋巴囊肿、腹水等表现。易于与术后血栓、BCS等症混淆,延误诊断。本例子宫内 膜癌患者术后出现顽固性腹水,同时伴有间断发热、白细胞及血小板减低的情况。笔者认为,该患者间歇性发热与患者BCS后导致的肝硬化、低蛋白血症引起整体营养状况低有关。由BCS引起的脾功能亢进导致白细胞和血小板减少。清扫淋巴结术后淋巴液渗出增多导致机体血液浓缩,高凝状态并应结合术后表现考虑BCS的可能性,并进行相应的检查,明确诊断。上腹部增强CT能明确病变性质、梗死部位、长度范围及侧支循环。本例最终也是经此检查最终确诊为布加氏综合征。

目前有资料表明:肿瘤性BCS其临床表现不典型,易于其他常见病混淆,确诊时患者往往已错过治疗最佳时机。BCS极少数可自行缓解,绝大多数病情呈进行性加重,预后恶劣。随着腹部B超、CT增强扫描、MRI等辅助检查技术的发展,更多BCS患者将得到及时有效的治疗,预后及生活质量相比过去将会得到大幅度提高。参考文献:

[1]张小明. 布加综合征的治疗现状和争议[J].中国血管外科杂志(电子版),2015,03:131-133+136+130.

[2]Roberto de Franchis,et al.Expanding consensus in portal hypertension Report of the Baveno VI Consensus Workshop:Stratifying risk and individualizing care for portal hypertension[J].Journal of Hepatology 2015 vol.63:743-752

[3]European Association for the Study of the Liver,et al.EASL Clinical Practice Guidelines:Vascular diseases of the liver[J]; Journal of Hepatology 2016 vol.64:179-202

[4]肖安岭,王啸,王海涛,尹桂涛. 磁共振在布加氏综合征的诊断及分型中的价值[J]. 中国地方病防治杂志,2018,03:299-300.

[5]ZHANG W ,QI X ,ZHANG X ,et al . Budd - Chiari syndrome inChina: a systematic analysis of epidemiological features based on theChinese literature survey [ J ] .Gastroenterol Res Pract , 2015 .

[6]European Association for the Study of the Liver. EASL clinical practice guidelines: vascular diseases of the liver [J]. J Hepatol, 2016, 64(1): 179-202.

[7]Tripathi D, Sunderraj L, Vemala V, et al. Long-term outcomes following percutaneous hepatic vein recanalization for Budd-Chiari syndrome [J]. Liver Int, 2017, 37(1): 111-120.

[8]Fagioli S, Bruno R, Debernardi Venon W, et al. Consensus conference on TIPS management: techniques, indications, contraindications [J]. Dig Liver Dis, 2017, 49(2): 121-137.