

阴道斜隔综合征误治 1 例

孔令丹¹ 雷方² 李微² 姚守润² (通讯作者)

1.北京市东城区交道口北二条 36 号北京市第六医院妇产科, 北京 100010

2.陕西省西安市雁塔区大雁塔街道办南二环东段 88 号武警陕西省总队医院, 陕西 西安 710054

摘要: 目的:阐述阴道斜隔综合征(obliquevaginalseptumsyndrome, OVSS)的临床表现特点, 提高临床对 OVSS 的认识, 以减少误诊误治。方法:讨论分析 1 例 OVSS 的临床资料。结果:本文 1 例阴道斜隔综合征患者因经期腹痛就诊于外院, 误诊为残角子宫, 行左侧残角子宫切除术, 6 年后因月经周期延长就诊于某院, 诊断为 OVSS, 行阴道斜膈切除术。结论:OVSS 发生率低, 临床极易漏诊、误诊误治, 切开斜膈充分引流是治疗本病的根本方法^[1], 临床医师应提高对本病的认识, 明确诊断, 正确治疗。

关键词: 阴道; 斜隔综合征; 1 例

阴道斜隔综合征(oblique vaginal septum syndrome, OVSS)是指双子宫、双宫颈、双阴道, 一侧阴道完全或不完全闭锁的先天性畸形, 伴有斜膈侧肾缺如或发育不良。是一种非对称性的女性生殖系统先天性畸形, 发生率为 0.1%~0.5%。由于患者有一侧正常的子宫及阴道, 外生殖器外观正常, 且月经初潮及周期正常, 临床表现多样, 症状复杂多变, 无特异性, 影像学改变不典型, 使得 OVSS 的诊断变得困难, 且临床大夫对此病缺乏认识, 容易误诊、漏诊、误治^[2]。造成不必要的手术创伤及心理负担, 所以, 加强对此病的认知至关重要, 现将阴道斜膈综合征误治 1 例报道如下:

1 临床资料

患者生育期女性, 27 岁, 已婚, G0P0。

2015 年 11 月 2 日因“残角子宫切除术后 9 年, 月经周期延长 1 年”入院。

患者初潮 14 岁, 行经天数 5 天, 月经周期 37~45 天, 经量正常, 末次月经 2015 年 11 月 1 日。

2006 年因经期腹痛 6 年, 月经淋漓不净于北京某 1 院就诊, 于 2006 年 8 月 16 日行腹腔镜探查术:术中见右侧子宫稍小, 连接右附件, 左侧子宫稍大, 与右侧宫体相连, 与左附件相连, 双侧附件均正常。转开腹手术探查, 探查见左侧宫体下方可及 4cm 肿物, 有张力, 囊性。术中经阴道检查, 单宫颈, 与右侧子宫相通, 未见左侧宫颈级阴道, 左侧穹窿不突, 考虑左侧残角子宫, 行左侧残角子宫切除, 其下方肿物囊腔内可见陈旧性积血, 为一内壁光滑空腔, 断端消毒缝合。术后月经恢复正常, 周期 30 天, 经期 5 天, 经量中等。

2007 年复查超声提示:子宫 4.1×3.8×2.5cm, 宫颈 4.1×5.1×2.4cm, 回声不均匀。

2015 年年初开始无诱因出现月经周期延长, 由平素 30 天延长至 37~45 天, 周期 5 天, 经量同平素, 痛经 VAS 评分 7 分, 于 2015 年 7 月 20 日就诊某 2 院, 8 月 6 日全科讨论后建议月经后手术治疗。病程中无腰腹痛, 无阴道异常流血, 饮食、睡眠良好, 体重近半年无增减, 二便无明显改变。入院后查患者生命体征平稳, 体温正常范围内, 约 36.3 摄氏度左右、呼吸指数 21 次/分, 心率 90 次/分、测量血压 123/76 毫米汞柱。神志清楚, 精神正常, 心脏听诊未闻及明显杂音, 双肺听诊呼吸音清, 腹部触诊软, 无压痛, 无反跳痛, 阴道目前无流血。双下肢活动自如。膝反射及肌张力好。

专科情况:外阴:双侧大小阴唇及肛周色素减退; 阴道畅, 未见穹窿部明显异常, 阴道黏膜未见明显异常; 宫颈:光, 偏右侧, 质中; 子宫:中位, 正常大小, 质中, 活动可, 无压痛; 双侧:左侧宫旁可及一大大小为 5.0cm×6.0cm 囊性包块, 右侧未触及异常。

辅助检查:2015-07-21 双肾、输尿管、膀胱超声检查 左侧肾区未探及肾脏回声, 右侧肾脏及输尿管正常, 未见扩张积水。膀胱处未见明显异常。提示:左侧肾缺如。2015-07-21 子宫双附件(经阴道)结果如下:子宫 4.9×4.8×3.5cm, 内膜厚度 1.5cm, 回声不均。肌层回声均。宫颈见无回声, 4.4×4.0×2.8cm, 内壁不整伴分隔, 透声差。左侧卵巢 3.4×2.2cm, 右侧卵巢 3.2×2.0cm。盆腔未见明显游离液性暗区。提示:宫颈后唇囊性包块, 余未见明显异常。2015-8-1 盆腔常规+增强 MRI 结果:

膀胱充盈可,形态正常,壁光整,未见明显增厚。子宫正常大小,内膜略增厚,结合带完整。宫颈处偏左侧见类圆形信号减低回声,DWI未见高信号,增强扫描未见强化。双侧附件区未见明显异常信号,直肠壁未见明显增厚。双侧髂骨骨质信号无异常。双侧臀大肌及髂腰肌信号无异常改变。盆腔及腹股沟区未见异常肿大淋巴结。印象:宫颈左侧异常信号,倾向良性。

入院后于2015-11-10在全麻下行“腹腔镜监视下阴道斜隔切开+盆腔粘连松解+宫腔镜检查术”,术中镜下所见:子宫:偏于盆腔右侧,大小、形态尚可,与右侧卵巢相连。左侧附件:与左侧盆壁粘连,近端连于盆腔左侧包块处。右侧附件:外观未见明显异常。子宫直肠窝及宫骶韧带:(-)。转台下,于宫颈左侧穹隆略凸起处以穿刺针穿入盆腔左侧包块内,抽出黄褐色粘液。于穿刺处横行切开阴道斜隔,可见一光滑囊腔,其内可见黄褐色粘液流出。吸净粘液,腹腔镜下见原盆腔左侧囊肿逐渐变小、消失。行宫腔镜检查,囊腔内表面为阴道粘膜,囊腔顶端似可见宫颈样结构,发育不良,可见粘液自其中央孔流出,其周可见纳囊。扩张阴道斜隔切口至足够大。将缝合3根碘仿纱条填部分塞于斜隔腔内,尾端留于阴道内预防粘连。

术后恢复良好。术后2周取出碘仿纱条,患者如期出院。3个月的随访显示阴道隔膜未再生,也未出现阴道狭窄。手术后VAS评分显著降低,术后症状明显缓解。

2 讨论分析

阴道斜膈综合征在女性生殖器畸形中较罕见。该病多具有双子宫双宫颈双阴道、一侧阴道闭锁及泌尿系统发育畸形等几种先天异常^[1]。副中肾管和中肾管均起源于泌尿生殖嵴,两中肾管于胚胎第4周发育成泌尿生殖窦,形成肾脏诱导副中肾管融合,自胚胎第6周开始,两侧副中肾管(即Muller管)融合发育产生内生殖器,至阴道上部。副中肾管的发育依赖于中肾管的发育^[4]。因此,任何因素妨碍了中肾管发育,同侧副中肾管亦受影响,从而形成一系列不对称性生殖道合并泌尿系统畸形。阴道斜膈的发生可能是副中肾管向下延伸时未达泌尿生殖窦而形成一盲端^[5]。

OVSS所产生的临床表现源于梗阻的基础,为膈后腔积血和积脓阻塞或引流不畅诱发急腹症。初潮后至育龄

期症状及体征常突发或相继出现:①突发或继发性痛经。

②月经失调或阴道排液。③盆腔包块。

本病确诊主要依据临床表现、专科和超声检查,并应注意与盆腔炎性包块、卵巢良性肿瘤及恶性肿瘤相鉴别。误诊原因主要是临床及超声医师对本病认识不足。国内文献报道,OVSS初诊误诊率可达98%,在求医3年后才得到正确诊治者占90%^[6]。

本例患者因经期腹痛就诊,时因临床医师对本病缺乏认识,诊断思维局限,误诊为残角子宫行左侧残角子宫切除,术中清理膈上腔。但是有部分宫颈组织保留,术中未发现,此后宫颈组织缓缓分泌粘液,再次形成一大小约5.0cm×6.0cm囊性包块。时未将斜隔打开,若完全切除宫颈组织,患者无粘液分泌也可不再发病。

处理OVSS最理想的方式是经阴道切开斜膈,使膈后子宫颈与阴道腔接通^[7,8,9],解除梗阻,症状自然消失。

参考文献:

- [1]马哲,巩文辰,张虹.阴道斜膈综合症诊治分析[J].现代诊断与治疗.2011,22(1):17-18.
- [2]刘丹萍,曾友玲.阴道斜膈综合征二例误诊讨论[J].临床误诊误治.2010,23(2):114-115.
- [3]ZHOU Xi, CHEN Zhongdong, WEN Peiyan. Hysteroscopy lapa-roscopy combined clinical analysis of congenital uterine malfor-mation[J].China Journal of Endoscopy,2010,16(1):82-84.
- [4]仇燕飞.阴道斜膈综合征1例及诊治分析[J].中国医药指南.2013,11(6):622-623.
- [5]符淳,张洪文,方小玲.阴道斜膈综合征28例临床分析[J].中南大学学报(医学版).2011,36(8):809-812.
- [6]王娟,李亚里,邹杰.阴道斜膈综合征诊治分析[J].中华现代妇产科学杂志,2005,2(6):484-486.
- [7]孙志华.阴道斜膈综合征早期诊断与治疗[J].工作探讨,2012,9(24):150-151.
- [8]陈燕.阴道斜膈综合征22例临床分析及文献复习[J].长江大学学报(自科版),2013,10(30):9-12.
- [9]卞美璐,马莉.阴道斜膈综合征分型和诊治[J].中国实用妇科与产科杂志,2013,10(10):767-769.

作者简介:孔令丹(1990—),女,汉族,硕士,妇产科。通讯作者:姚守润(1976—),女,汉族,本科,妇产科。