

# 异位脾种植误诊为深部浸润型子宫内膜异位症 1 例

许阡, 叶红\*, 成九梅, 安圆圆

作者单位: 100006 北京, 首都医科大学附属北京妇产医院/北京妇幼保健院妇科微创中心

作者简介: 许阡, 毕业于首都医科大学, 硕士研究生, 主治医师, 主要研究方向为宫腔粘连及平滑肌瘤病

\* 通信作者, E-mail: yehong@ccmu.edu.cn

【关键词】 异位脾; 盆腔子宫内膜异位症; 诊断; 鉴别; 病例报告

【中图分类号】R 711.71

【文献标志码】B

【文章编号】1674-4020(2025)02-032-03

doi: 10.3969/j.issn.1674-4020.2025.02.11

异位脾种植(ectopic splenosis, ES)是一种良性疾病,表现为脾脏组织的异位自体种植,1896年Albrecht首次报道异位脾种植的病例,1939年Buchbinder和Lipkoff首次使用异位脾种植的术语<sup>[1-2]</sup>。ES最常见的病因可能是外伤性脾破裂或医源性因素<sup>[2]</sup>。ES患者多无明显临床症状,常为影像学检查或其他手术中偶然发现<sup>[3]</sup>。异位脾组织可发生于盆腹腔的任何位置,表现为孤立性或多发性结节,外形类似于子宫内膜异位症,种植于卵巢时,可表现为卵巢肿瘤样改变<sup>[4-5]</sup>。因此ES需引起妇科医生的重视,尤其是当ES与卵巢肿瘤、盆腔子宫内膜异位症同时存在时,应避免误诊及过度治疗。现报告1例ES合并卵巢子宫内膜异位囊肿、盆腔子宫内膜异位症的患者,结合文献复习,以期为该病的诊治提供依据。

## 1 病例资料

患者,女,40岁,主因“发现盆腔肿物19年,痛经进行性加重7年”,于2022年08月17日收入首都医科大学附属北京妇产医院。患者19年前体检发现左卵巢囊肿,约2cm,定期复查。7年前痛经进行性加重,伴性交痛。近4年左卵巢囊肿进行性增大,1月前于我院门诊行超声检查,提示子宫左前方偏囊性回声,约10.2cm×9.8cm×8.5cm,内见多个分隔,囊腔内可见细点状回声,余未提示异常,门诊以“左卵巢囊肿”收入院。既往史:患者2001年因车祸外伤脾破裂行开腹脾切除术。患者生命特征平稳,心肺未见异常,腹部平软,左上腹可见一长约7cm的纵行手术瘢痕;妇科检查:阴道后穹隆触及片状触痛结节,骶韧带质硬、增粗,子宫常大,无压痛,左附件区可及偏囊性肿物,直径约10cm,活动差,无压痛,右附件区无明显异常。入院诊断:盆腔肿物性质

待查:左卵巢子宫内膜异位囊肿?深部浸润型子宫内膜异位症;开腹脾切除术史。

入院后完善相关检查,排除手术禁忌,于2022年8月19日行腹腔镜探查术。术中见:左卵巢囊性增大,约10cm×9cm×9cm,表面未见外生乳头,其与周围组织广泛粘连以致子宫直肠陷凹部分封闭,分离粘连后,见右侧骶韧带与子宫附着处紫蓝色子宫内膜异位病灶,左侧骶韧带外侧腹膜后可及一质软肿物,大小约2.5cm×2.0cm,无明显根蒂(见下页图1A、B),术中考虑为深部浸润型子宫内膜异位病灶,行腹腔镜下左卵巢囊肿剔除术+盆腔子宫内膜异位病灶切除+后腹膜肿物切除术,手术过程顺利。台下剖检后腹膜肿物,均质实性,色红,质软,无明显包膜。术后组织病理学检查示:左卵巢子宫内膜异位囊肿;盆腔腹膜子宫内膜异位病灶符合子宫内膜异位;后腹膜肿物为脾组织。修正临床诊断:ES。患者术后体温、血象正常,术后第6日平稳出院。

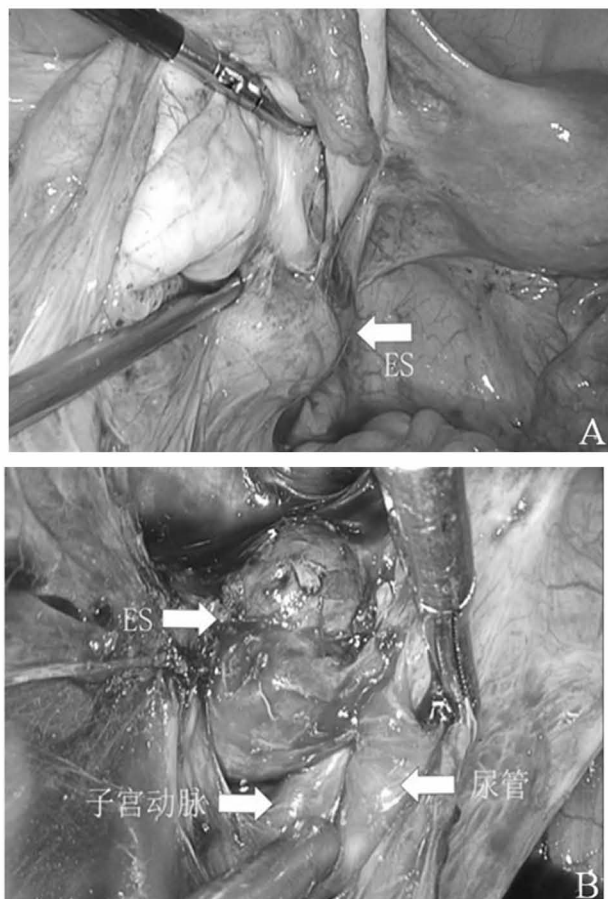
## 2 讨论

### 2.1 ES发病机制

ES是自体脾脏组织种植到其他位置,其原因可能是外伤性脾破裂或医源性因素<sup>[2]</sup>。外伤性因素如车祸、刺伤、枪伤等;医源性因素如脾切除术或进行其他手术中造成脾脏损伤<sup>[5]</sup>。

ES发病机制包括直接种植和脾髓质的血源性播散,前者更为常见<sup>[3]</sup>。脾脏损伤后,脾组织播散到盆腹腔脏器表面,可通过周围血管重新建立循环并持续生长<sup>[6-7]</sup>。直接种植通常见于盆腹腔,腹膜后ES罕见,可能是外伤导致腹膜后腔隙开放,脾组织种植其间所致<sup>[8]</sup>。ES另一个机制是脾脏造血干细胞的血源性播散,这种机制解释了患者肝脏内、颅内、皮下组织等部位

的异位脾种植的原因<sup>[9]</sup>。本例患者 21 年前因车祸造成脾外伤并行开腹脾切除术,考虑异位脾组织碎片播散到盆腔后腹膜,持续性生长,与文献描述相符。



注:A 左侧骶韧带外侧腹膜后可及一质软肿物,大小约 2.5 cm × 2.0 cm;B 后腹膜肿物,均质实性,色红,质软,无明显包膜

图 1 腹腔镜探查

## 2.2 ES 临床特点

ES 多无明显临床症状,生长缓慢,常为影像学检查或因其他脏器手术中偶然发现,其发现时间可从外伤后 5 个月到 32 年不等<sup>[3,6,10]</sup>。随着 ES 进行性增大,可表现为腹痛、腹胀等非特异性压迫症状<sup>[10]</sup>。根据 ES 种植位置不同,少数患者可能出现严重并发症:如尿路梗阻、肾盂积水、消化道出血、肠梗阻、呼吸急促、胸膜炎、咯血,甚至呼吸衰竭等<sup>[2,3,10]</sup>。当其异位种植于直肠子宫陷凹时,可表现为严重性交痛或后穹窿触痛结节,更易误诊为深部浸润型子宫内膜异位症<sup>[4]</sup>。本例 ES 直径 2.5 cm,肿物较小,尚未引起明显临床症状,但如不及时发现并处理,可能进行性增大压迫左侧输尿管,造成严重并发症。

## 2.3 ES 诊断及鉴别诊断

实验室和影像学检查有助于 ES 诊断。脾切除后,实验室检查中血涂片可见特异性的染色质小体(howell-Jolly bodies),当异位脾组织存在时,血涂片不存在染色质小体<sup>[11]</sup>。ES 可于影像学检查中偶然发现<sup>[10]</sup>。其在

超声下的表现是非特异性的,为边界清楚的低/等回声结节,超声造影可见病灶轻度团状强化,周边可见低增强环绕<sup>[8]</sup>。ES 在 CT 和 MRI 的表现与正常脾组织相似,CT 平扫表现为低密度结节,增强后均匀强化,动脉期强化程度最高,门静脉期及延迟期强化程度稍低<sup>[12]</sup>。MRI 具有更高识别度,在 T1WI,ES 表现为均匀低信号结构,边缘较薄,T2WI 则表现为均匀的高信号结构,弥散加权成像时,弥散明显受限<sup>[11,13]</sup>。99mTc-热变性红细胞脾显像(99mTc-DRBC)是术前诊断 ES 的最佳成像技术,可作为影像学诊断的金标准,有助于定位和标记异位脾组织<sup>[13-14]</sup>。本例术前行盆腔超声检查,异位脾肿物位于腹膜后且较小,超声未及时发现,妇科医生对于脾切除术后 ES 的认识不足,术中误诊,术后通过病理明确诊断。这提示我们,对于有脾切除术史的患者,术前需根据情况酌情加查血涂片、CT 或 MRI 检查,若缺乏脾切除术后典型的特点或在盆腹腔其他部位发现类似脾组织的成像时,有条件患者的建议行 99mTc-DRBC 检查,以提高术前诊断率。

没有条件行 99mTc-DRBC 检查或怀疑恶性肿瘤时,穿刺活检或手术探查是明确诊断的方式。异位脾结节最常见的位置是腹膜、网膜和肠系膜,以腹部左上象限为著,腹膜后较少见<sup>[6,15-16]</sup>。术中探查异位脾结节可表现为孤立性的或多发圆形或椭圆形、红色光滑结节(从几个结节到 400 多个结节不等),大小从几毫米到 10 余厘米不等,但由于血液供应有限,结节很少超过 3 cm,常无包膜或包膜多不完整,可存在根蒂<sup>[9,13,17-18]</sup>。但子宫内异位的病灶内子宫内周期性出血,也可表现为鲜红色或暗红色,可能导致术中误将 ES 误诊为深部浸润型子宫内膜异位病灶,这也是本例患者术中误诊的原因。最终的明确诊断需依靠组织病理学,异位的脾结节具有典型的白髓和红髓结构<sup>[7]</sup>。

ES 的鉴别诊断与脾组织异位种植部位相关,位于盆腔的 ES 需与子宫内膜异位症、卵巢肿瘤等鉴别,其很少在术前明确诊断<sup>[8,19]</sup>。Ferreira 等<sup>[4]</sup>报道了 1 例 40 岁女性,有脾切除术史,伴有严重性交痛,妇科检查阴道后穹窿触痛结节,MRI 提示直肠子宫陷凹有数个软组织结节,遂行腹腔镜探查,子宫后方骶韧带内侧及子宫直肠陷凹处可见多枚暗红色结节,切除后经组织病理学证实为 ES。因此,对于有脾切除术史的患者,盆腔有类似子宫内膜异位结节时,应考虑 ES 的可能性。本例同时合并盆腔深部浸润型子宫内膜异位症,术中发现左侧骶韧带外侧腹膜后肿物,忽视 ES 可能。异位的脾组织亦可能误诊为卵巢子宫内膜异位囊肿或卵巢恶性肿瘤。Gheonea 等<sup>[20]</sup>报道了 1 例 38 岁女性,有脾切除术史,左下腹痛就诊,影像学检查提示左卵巢纤维瘤可能,行腹腔镜左卵巢切除,术后病理提示为异位的脾组织。结合文献,对于有脾切除术史的患者,若发现卵巢肿物,除考虑卵巢肿瘤外,需将 ES 纳入鉴别,术前 MRI 可帮助鉴别。

## 2.4 ES 治疗

目前针对 ES 的治疗尚无标准化的指南。ES 是一种良性疾病,无症状患者无需治疗<sup>[6]</sup>。且有学者认为,残存的脾组织可能在一定程度上提供免疫保护,是有益的<sup>[16]</sup>。但对于有症状、出现并发症、诊断不明的患者,尤其是不能判断良恶性病变的,建议手术切除<sup>[15]</sup>。术中偶然发现异位的脾组织时,对于可轻松切除的结节,手术切除是合理的;若切除可能导致严重出血、邻近器官损伤或术后出现肠梗阻等并发症时,不建议进一步手术<sup>[2]</sup>。本例患者的异位脾组织为妇科手术中偶然发现,鉴于其同时合并盆腔子宫内膜异位结节,不能明确诊断,且其位置可能导致未来输尿管梗阻,因此将该结节完整切除。

综上,ES 是一种良性疾病,为脾脏创伤后,脾组织碎片直接播散或血源性播散到其他位置,获得血液供应后继续生长。多无明显症状,为影像学或其他手术中偶然发现。当脾组织异位于盆腔时,需与盆腔子宫内膜异位症、卵巢肿瘤等鉴别,避免误诊及过度治疗。治疗需根据患者的实际情况制定个体化方案,无症状患者无需治疗,有症状、出现并发症或不能明确诊断的患者,可行手术治疗。术中偶然发现的异位脾组织需综合评估手术风险,酌情行手术切除。

**利益冲突** 作者均声明无利益冲突。

## 【参考文献】

- [1] McNamara MA, Posid T, Dason S. Incidental splenosis discovered during robotic assisted radical prostatectomy: a case report [J]. Urol Case Rep, 2022, 45: 102209.
- [2] El-Helou E, Alimoradi M, Sabra H, et al. Small bowel obstruction due to splenosis 30 years after splenectomy [J]. Ann R Coll Surg Engl, 2020, 102(9): e1-e3.
- [3] Alberto RG, Eliana LZ, Mauricio TM, et al. Cecal splenosis mimicking gastrointestinal stroma tumor. case report and review of the literature [J]. Int J Surg Case Rep, 2021, 83: 105992.
- [4] Ferreira H, Maciel C, Morgado A, et al. Rectovaginal splenosis: an unexpected cause of dyspareunia approached by laparoscopy [J]. J Minim Invasive Gynecol, 2017, 24(5): 715-716.
- [5] Tikvica LA, Habek D, Berberovi Ć E, et al. Letter to the editor: laparoendoscopy in diagnostic and treatment of a rare case of pelveoperitoneal splenosis mimicking adnexal tumors [J]. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol, 2022, 278: 197-198.
- [6] Braga J, Pereira F, Fernandes C, et al. Abdominal splenosis mimicking a colon tumour [J]. Eur J Case Rep Intern Med, 2021, 8(1): 002219.
- [7] Braun T, De Gregorio A, Baumann L, et al. Coincidence of intra-abdominal splenosis in a patient with advanced ovarian cancer: case report and review of the literature [J]. Surg J (NY), 2021, 7(2): e116-e120.
- [8] Vernuccio F, Dimarco M, Porrello G, et al. Abdominal splenosis and its differential diagnoses: what the radiologist needs to know [J]. Curr Probl Diagn Radiol, 2021, 50(2): 229-235.
- [9] Maggialelli N, Ciaccia M, Rubini D, et al. Multimodal study of pelvic splenosis: a rare cause of abdominal pain [J]. Radiol Case Rep, 2022, 17(10): 3601-3606.
- [10] Ajala O, Yoe L, Decatur T, et al. Thoracic splenosis in the setting of abdominal trauma [J]. Cureus, 2022, 14(8): e27851.
- [11] Sawhney H, Gandhi D, Parmar G, et al. Post-traumatic intrathoracic splenosis and role of Tc-99m Sulfur colloid scintigraphy in confirmation [J]. Radiol Case Rep, 2021, 16(9): 2742-2745.
- [12] Ma X, Gao J, Li Y, et al. Transplantation of splenic tissue after splenectomy: a case report [J]. Exp Ther Med, 2022, 24(4): 612.
- [13] Gandhi D, Sharma P, Garg G, et al. Intrahepatic splenosis demonstrated by diffusion weighted MRI with histologic confirmation [J]. Radiol Case Rep, 2020, 15(5): 602-606.
- [14] AlSahli AM, AlGhamdi R, AlAbeidi F. Subcutaneous splenosis presenting 37 years post-traumatic splenectomy: a case report [J]. Int J Surg Case Rep, 2022, 94: 107018.
- [15] Chorbńska J, Krajewski W, Sroczynski M, et al. Splenosis mimicking lymphadenopathy [J]. J Surg Case Rep, 2020, 2020(10): rjaa425.
- [16] Ananthan K, Yusuf GT, Kumar M. Intrahepatic and intra-abdominal splenosis: a case report and review of literature [J]. World J Hepatol, 2019, 11(12): 773-779.
- [17] Tandon YK, Coppa CP, Purysko AS. Splenosis: a great mimicker of neoplastic disease [J]. Abdom Radiol (NY), 2018, 43(11): 3054-3059.
- [18] Lin YC, Liao CC, Lai HC. Intraperitoneal splenosis mimics peritoneal carcinomatosis of leiomyosarcoma and ovarian cancer [J]. Taiwan J Obstet Gynecol, 2020, 59(5): 773-776.
- [19] Kruger R, Freeman S. An unusual pelvic mass: contrast-enhanced sonographic diagnosis of pelvic splenosis [J]. J Clin Ultrasound, 2019, 47(3): 172-174.
- [20] Gheonea IA, Săndulescu SM, Firulescu SC, et al. A rare case of ovarian splenosis [J]. Rom J Morphol Embryol, 2016, 57(2 Suppl): 811-816.

(收稿日期: 2024-05-27 编辑: 杨叶)