

• 论著 •

盆腔结核误诊为卵巢癌 11 例分析

马珂 冯兆亿 朱丽荣 温宏武

【摘要】 目的 探讨女性盆腔结核误诊为卵巢癌的原因及预防误诊的措施。方法 回顾分析北京大学第一医院 1994 年 12 月至 2011 年 1 月误诊为卵巢癌的 11 例盆腔结核患者的临床资料。结果 女性盆腔结核多以腹胀、纳差、消瘦、月经紊乱为主诉就诊；结核菌素试验 10 例阴性；腹水查抗酸杆菌均阴性；6 例 CA₁₂₅ 高于正常；B 超检查提示盆腔中到大量积液，9 例盆腔可探及包块；6 例 CT 表现为附件区囊实性肿物。初步诊断考虑卵巢癌可能性大，经腹腔镜或开腹探查及活检证实为盆腔结核。结论 结合病史，综合运用各种辅助检查手段，必要时通过腹腔镜检查或开腹探查术进行诊断，可提高女性盆腔结核的正确诊断率。

【关键词】 结核；卵巢癌；误诊

Analysis of 11 cases of pelvic tuberculosis misdiagnosed as ovarian cancer

MA Ke, FENG Zhaoyi, ZHU Lirong, WEN Hongwu.

(Department of Obstetrics and Gynecology, Peking University First Hospital, Beijing 100034, China)

【Abstract】 Objective To investigate the reasons and prevention measures of female pelvic tuberculosis misdiagnosed as ovarian cancer. **Methods** Eleven cases with pelvic tuberculosis misdiagnosed as ovarian cancer were included in this retrospective study between December 1994 and January 2011. **Results** Abdominal distension, anorexia, weight loss and menstrual disorders were chief complaints of female pelvic tuberculosis. Tuberculin tests were negative in 10 cases; Acid-fast bacilli in ascites were negative in all cases; CA₁₂₅ level was above the normal in 6 cases; Pelvic ultrasound prompted to a large number of effusion, and pelvic mass can be explored in 9 cases; CT showed cystic masses of annex in 6 cases. Misdiagnosed as ovarian cancer, pelvic tuberculosis was confirmed by laparoscopy or laparotomy and biopsy. **Conclusion** Combination with history, comprehensive use of various auxiliary examination methods, and if necessary, diagnostic laparoscopy or laparotomy, the diagnostic accuracy of pelvic tuberculosis can be improved.

【Key words】 tuberculosis; ovarian cancer; misdiagnosis

Chin J Clin Obstet Gynecol, 2012, 13; 33-35

近年来结核病在全球发病率呈回升趋势，全世界每年有 800 万新发结核病例，其中盆、腹腔结核发病率为 0.1%~0.79%^[1]。盆腔结核性包块与卵巢癌存在许多相似症状，当盆腔结核临床症状不典型、实验室检查缺少依据以及 CT 表现缺乏典型特征时易误诊为卵巢癌，特别是盆腔结核性包块合并腹水者更难鉴别。北京大学第一医院 1994 年 12 月至 2011 年 1 月共收治盆腔结核 47 例，其中盆腔结核合并腹水误诊为卵巢癌的患者 11 例，占 23.4%，现分析如下。

资料与方法

一、一般资料

1994 年 12 月至 2011 年 1 月北京大学第一医院误诊为卵巢癌的 11 例盆腔结核患者平均年龄 (32±10.0) 岁 (15~53 岁)，平均孕次 (0.8±1.5) 次 (0~5 次)，平均产次 (0.4±0.9) 次 (0~3 次)。病程不一 (2 周~4 个月)，与患者对疾病的重视程度及症状严重程度相关。11 例患者均表现为腹胀、纳差、消瘦，2 例合并下腹痛，2 例合并发热，1 例合并月经改变，3 例有不孕症病史。均否认既往有结核病史或结核病密切接触史。

doi: 10.3969/j.issn.1672-1861.2012.01.010

作者单位：100034 北京大学第一医院妇产科

通信作者：朱丽荣 Email: lirongzhu16@hotmail.com

二、相关检查

① 11 例患者均腹部膨隆，有中到大量腹水。其中 6 例患者在妇科检查时可触及盆腔包块，囊性或囊实性，直径 5~15 cm，边界不清，活动差，2 例触痛阳性；② 结核菌素试验 1 例阳性，其他 10 例均阴性；③ 11 例患者中 9 例行 CA₁₂₅ 检测，6 例高于正常 (288~809 U/ml)，平均 470 U/ml；④ 腹水检查抗酸杆菌均阴性；腹水涂片未找到癌细胞；腹水常规及生化检查为渗出液，蛋白定性阳性，葡萄糖 < 3.3 mmol/L，淋巴细胞占优势；⑤ 11 例均行 B 超检查，提示盆腔内有中到大量积液，9 例盆腔内可探及囊性或囊实性包块，直径 4~15 cm，提示卵巢癌可能；⑥ 11 例均行胸部 X 线检查，提示肺内陈旧性钙化灶 1 例，胸腔积液 1 例，正常 9 例。其中 9 例行盆腹部 CT 检查，6 例 CT 表现为附件区囊实性肿物，其中 5 例肿物边缘模糊，内部密度不均匀，实性部分似索条形互相缠绕而成，1 例呈巨大囊实性改变，占据盆腹腔，以囊性为主。另外 3 例 CT 表现为附件区卵巢周围出现片絮状软组织影，边缘模糊不清，肿物实性部分及片絮状物增强后有明显强化。4 例 CT 扫描显示网膜成絮状增厚，边缘模糊，有强化。9 例

均有中到大量腹水。1 例提示有腹膜后淋巴结肿大。

结 果

一、治疗情况

11 例患者入院全部诊断为盆腔肿物，首先考虑卵巢癌诊断。其中开腹手术 7 例，腹腔镜手术 4 例。术后病理诊断为盆腔结核。4 例行腹腔镜手术，术中见盆腹腔内大量腹水，肠管及腹膜表面散在大小不等的粟粒样结节，子宫及双附件外观正常，行腹膜活检快速冰冻切片病理报告为腹膜结核。7 例术前拟诊为卵巢癌，行开腹探查术，术中见腹膜、肠管、盆腹腔表面布满粟粒样结节，肠管水肿粘连，子宫与附件、肠管形成不规则包块及包裹性积液，术中快速冰冻病理报告为盆腔结核，其中 4 例为大网膜与肠管、子宫、附件粘连形成囊实性包块，2 例为双卵巢结核干酪样坏死形成囊实性包块，1 例为盆腔结核灶形成包裹性囊肿。其中 1 例合并子宫腺肌症行子宫切除术，1 例大网膜中有干酪样团块行大网膜部分切除活检术，2 例合并输卵管积水行双输卵管切除术。11 例术后均接受了抗结核治疗 (表 1)。

表 1 11 例盆腔结核患者的临床特征和治疗情况

例序	年龄(岁)	主要症状	体征	B 超	血清 CA ₁₂₅ (U/ml)	确诊依据
1	29	腹胀 2 个月	左附件包块 5 cm×5 cm， 腹水征(+)	左附件囊实性肿物 59 mm× 58 mm，腹水大量		腹腔镜探查病理为 干酪增殖性结核
2	40	腹痛腹胀 2 周	左附件包块 6 cm×6 cm， 腹水征(-)	左附件囊实性肿物 87 mm× 61 mm×54 mm，腹水中量	298	开腹探查，粟粒样结核
3	23	腹胀 4 个月	腹水征(+)	双卵巢偏大，腹水大量	288	腹腔镜探查，粟粒样结核
4	32	腹胀 3 个月	子宫前方囊实性包块 15 cm×15 cm，腹水征(-)	左附件囊性肿物 98 mm× 87 mm，腹水中量	6.3	开腹探查，病理为干酪样结 核
5	38	月经紊乱 3 个 月	腹水征(-)	右附件囊实性肿物 50 mm× 50 mm	10.4	腹腔镜探查，粟粒样结核
6	29	腹痛腹胀发 热 2 周	腹水征(+)	盆腔囊实性肿物 40 mm× 40 mm，腹水大量	809	开腹探查，干酪样结核
7	53	腹胀 1 个月	腹水征(+)	左附件囊实性肿物 40 mm× 40 mm，腹水大量	501	开腹探查，粟粒样结核
8	42	腹胀 3 个月	子宫后囊实性肿物，腹水征 (+)	盆腔囊性肿物 40 mm× 40 mm，腹水大量	305	开腹探查，粟粒样结核
9	24	腹胀 4 年	腹水征(+)	盆腔包块 67 mm×77 mm× 57 mm，腹水大量		开腹探查，粟粒样结核
10	15	腹痛发热 1 个月	右附件区包块 7 cm× 5 cm×5 cm，腹水征(+)	腹水中量	32	腹腔镜探查，粟粒样结核
11	31	下腹肿物 2 个月	右附件区包块 15 cm× 15 cm×10 cm，腹水征(-)	盆腔囊实性肿物 15 cm× 10 cm，腹水中量	458.8	开腹探查，大网膜部分切 除，病理干酪样结核

二、随访情况

11 例患者共随访了 3~96 个月, 平均 22.3 个月, 9 例症状明显好转, 2 例失访。

讨 论

女性生殖器结核是由结核杆菌引起的女性生殖器特异性炎症, 占肺外结核的 11.9%^[2]。病理分三型: 渗出型(腹水型)、粘连型、干酪型。随着病情进展, 纤维组织增生, 腹膜增厚, 肠管粘连, 腹腔液体被包裹及局限; 当纤维粘连广泛, 腹腔内结构及肠管被粘连时, 则形成块状干酪样物。病变多数为慢性, 各型混合存在^[2]。发病以中青年女性多见, 临床常表现为腹胀、纳差、低热、盗汗等症状。当盆腔结核临床症状不典型、实验室检查不支持、B 超及 CT 表现无特征, 尤其合并腹水时, 很难与晚期卵巢癌鉴别, 易被误诊, 应引起重视。

一、误诊的原因

盆腔结核多为血性播散形成的继发感染病灶, 而继发病灶往往在原发病灶消失后 12 个月至 10 余年才被发现, 当发现盆腔结核性包块时, 肺内病灶可能已被吸收, 患者胸部 X 线检查正常率高达 90% 以上, 故易误导临床而排除结核病的诊断^[3]。本组胸部 X 线检查均未发现病灶, 结核菌素试验多阴性, 腹水细胞学检查也无太大鉴别意义, 再加上 CA₁₂₅ 升高, 这些均导致临床作出了卵巢癌的诊断。

近年来 CA₁₂₅ 作为肿瘤标记物一直用于卵巢上皮性癌的诊断和随访, 但其他疾病也有 CA₁₂₅ 升高的现象, 较常见的有子宫内膜异位症、腹腔感染、结核等。Sharma 等^[4]报道了 26 例误诊为卵巢癌的盆腔结核患者, CA₁₂₅ 升高平均达 594 U/ml。本组行 CA₁₂₅ 检查的 9 例中即有 6 例 (66.7%) 升高, 平均 470 U/ml, 最高达 809 U/ml, 所以 CA₁₂₅ 作为卵巢癌或结核鉴别诊断价值不大。

关于 PPD 试验, 许多因素可影响 PPD 试验结果, 如急性病毒感染或疫苗注射、营养不良、存在其他感染、迟发变态反应衰退等均可使 PPD 试验出现假阴性。有少数患者即使在结核活动期, PPD 试验仍可阴性。因此不能因 PPD 试验阴性而否定结核诊断^[5]。本组 11 例仅 1 例 PPD 阳性。

B 超和 CT 检查用于鉴别盆腔结核和卵巢癌也是困难的, 一般来说, 盆腔结核附件受累时, B 超下可见囊实性肿物, 广泛的粘连, 分隔状或散在的腹水, 腹膜增厚和大网膜饼状改变^[6]。本组行 CT

检查的 9 例中, 6 例为附件区囊实性肿物, 边缘模糊, 3 例为片絮状物。对照术中所见, 其形成的原因是纤维素渗出, 腹膜增厚, 网膜与肠管、增粗扩张的输卵管、卵巢相互粘连形成的肿物, 并非实性肿块, 故边缘模糊。9 例患者全部出现腹水, 且分布不均, 有学者认为^[7], 腹水分布不均匀, 被纤维粘连形成包裹, 表现为聚积改变, 是盆腔结核性腹水的特点; 除了假黏液瘤外, 进展期卵巢癌及其他癌性腹水多为游离的大量腹水。

二、预防误诊的措施

① 诊断时要注意患者的年龄, 盆腔结核多发生于中青年女性, 卵巢癌多发生于 50 岁以上女性; ② 血清 CA₁₂₅、甲胎蛋白 (AFP)、癌胚抗原 (CEA)、CA₁₉₉ 等仅可作为鉴别良恶性腹水的辅助手段。腺苷脱氨酶作为结核的特异性生化指标, 可被用来作为诊断结核的依据; ③ 卵巢癌晚期腹水中可以找到癌细胞, 但盆腔结核腹水中却很难找到结核杆菌, 当腹水细胞学检查未发现癌细胞时要考虑到盆腔结核的可能; ④ 当临床出现与卵巢癌不易鉴别的盆腔肿块时, 应尽早行腹腔镜检查, 术中做好扩大手术范围及快速冰冻切片病理检查的准备^[8]。

参 考 文 献

- [1] Hassoun A, Jacquette G, Huang A, et al. Female genital tuberculosis: uncommon presentation of tuberculosis in the United States. *Am J Med*, 2005, 118: 1295-1333.
- [2] 张翠兰, 张壤之. 女性生殖器结核 28 例临床分析. *临床误诊误治*, 2007, 20: 77-78.
- [3] 周焰焰. 盆腔结核误诊原因分析. *临床误诊误治*, 2008, 21: 62-63.
- [4] Sharma JB, Jain SK, Pushparaj M, et al. Abdomino-peritoneal tuberculosis masquerading as ovarian cancer: a retrospective study of 26 cases. *Arch Gynecol Obstet*, 2010, 282: 643-648.
- [5] 张晓薇, 全晓广. 结核病的流行现状及防治. *中国实用妇科与产科杂志*, 2003, 19: 193-194.
- [6] Yaper EG, Ekici E, Gokmen O. Sonographic features of tuberculous peritonitis with female genital tract tuberculosis. *Ultrasound Obstet Gynecol*, 1995, 6: 121-125.
- [7] Koc S, Beydilli G, Tulunay G, et al. Peritoneal tuberculosis mimicking advanced ovarian cancer: a retrospective review of 22 cases. *Gynecol Oncol*, 2006, 103: 565-569.
- [8] Tinelli A, Malvasi A, Vergara D, et al. Abdominopelvic tuberculosis in gynaecology: laparoscopic and new laboratory findings. *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 2008, 48: 90-95.

(收稿日期: 2011-09-24)