

同步性橫結腸及直腸之子宮內膜異位症

李京鐔 醫師/王照元 教授

高雄醫學大學附設醫院 大腸直腸外科

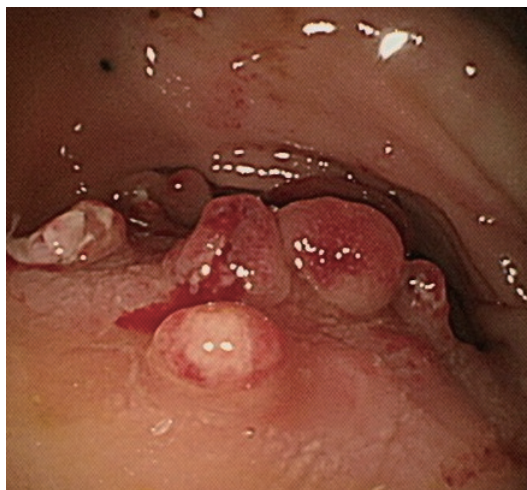
簡介

許多腸道疾病會引起血便，除了痔瘡與肛裂外，還包括瘻肉、憩室症、腸炎與大腸直腸癌等。年齡小於 30 歲的患者，因為罹患大腸直腸癌的風險較低，往往會輕忽疾病的嚴重性。如果在身體檢查、肛門檢查及肛門鏡檢查無發現潛在的出血源（如痔瘡或肛裂），則可能需要進一步評估，如乙狀結腸鏡檢查或大腸鏡檢查，以釐清出血原因。

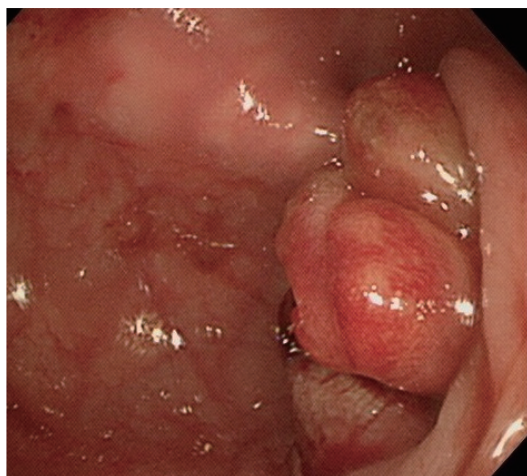
本案為一年輕女性因結腸子宮內膜異位症所導致間歇性血便時間長達半年，至本院求診，後經手術治療後確定病因症狀已獲得改善。

個案報告

一名 29 歲女性因間歇性血便長達半年，至本院大腸直腸外科求診，自述有輕微暈眩及間段性腹痛的症狀，血紅素檢驗值為 10.6 g/dL。大腸鏡檢查下，在直腸位置（距肛門口



圖一：大腸鏡檢查，距肛門口 10 公分處，可見一黏膜腫瘤樣病灶。

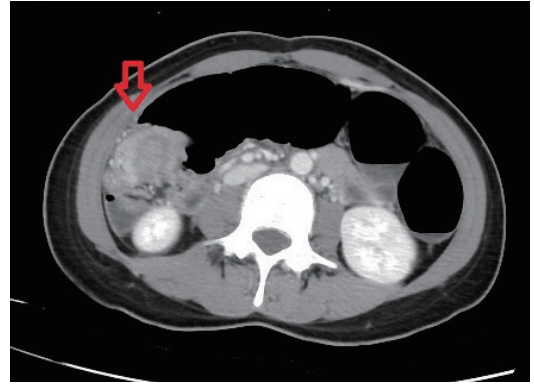


圖二：大腸鏡檢查，橫結腸距肛門口約 55 公分處，多發性息肉樣病灶，且有黏膜充血紅腫。

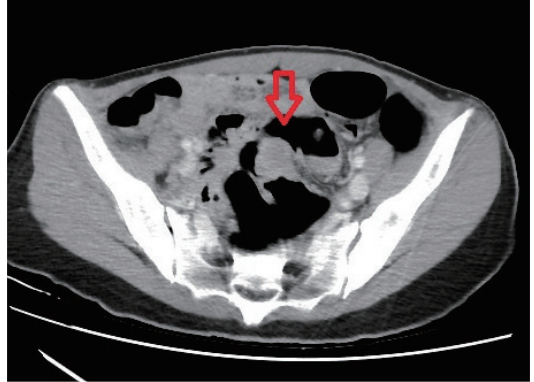
10 公分)，可見黏膜腫瘤樣病灶(如圖一)。此外在橫結腸處(距肛門口約 55 公分)，有另一多發性息肉樣病灶，且有黏膜充血紅腫(如圖二)。由於位置切片不易，為確定病因我們總共施行了三次大腸鏡檢併切片檢查，切片報告分別為管狀腺瘤(tubular adenoma)、慢性發炎併組織細胞浸潤(chronic inflammation with histiocytes infiltrate)、潰瘍及肉芽組織(ulcer with granulation tissue)。

在電腦斷層下，在橫結腸有一多發性息肉樣病灶，約為 4.2 公分合併有部分腸阻塞情形(如圖三)。在直腸位置有另黏膜腫瘤樣病灶，約為 3.2 公分(如圖四)。我們根據大腸鏡檢和電腦斷層的結果，初步診斷是同步性結直腸子宮內膜異位合併出血，進一步決定手術切除兩處腫瘤，送檢後的病理報告也證實了我們的診斷。

正式的病理報告中，直腸處子宮內膜異位組織為 2.5 x 2.0 cm，橫結腸處為 4 x 2.5 cm。兩者在漿膜下層(subserosa)、固有肌層(muscularis propria)、黏膜下層(submucosa)、黏膜(mucosa)都呈現子宮內膜線體的存在。甚至在獲取的 31 顆淋巴結中，其中有 4 顆出現子宮內膜組織。而該名患者術後也恢復良好，再無胃腸道出血的情況發生。



圖三：在電腦斷層影像中，在橫結腸有一多發性息肉樣病灶(箭頭處)，約為 4.2 公分合併有部分腸阻塞。



圖四：在電腦斷層影像中，在直腸位置有另一息肉樣病灶(箭頭處)，約為 3.2 公分。

討論

子宮內膜異位是本來長在子宮腔內的子宮內膜組織，跑到子宮腔以外的地方生長，並隨著每個月經血來潮，在不正常生長的地方引發一連串的慢性發炎反應。子宮內膜異位症常發生在骨盆腔的器官或組織上，如：卵巢、子宮後凹陷、及子宮薦骨韌帶等，較少發生在胃腸道。

胃腸道子宮內膜異位症的臨床

表現主要是腹部絞痛、直腸出血、腸阻塞、少數會有胃腸道穿孔或惡性病變。胃腸道子宮內膜異位症對臨床醫生來說是一種診斷性挑戰，因為它可能被誤認為是腫瘤、缺血性結腸炎、炎症性腸病、放射性結腸炎、憩室病、或感染。最常發生胃腸道子宮內膜異位症的腸段是直腸乙狀結腸連接和直腸，其次是乙狀結腸和升結腸（包括盲腸和闌尾）。而橫結腸很少受到影響。值得一提的是，回顧過去文獻並無同時兩處胃腸道子宮內膜異位的論文發表，本案應是首位發生並經手術治療成功的案例。

診斷胃腸道子宮內膜異位是有其難度，不像直腸或結腸惡性腫瘤來自結腸粘膜，可以很容易地通過大腸鏡檢查進行切片。子宮內膜異位因為其病變來自腹腔內部，所以結腸鏡檢查通常是陰性的。如同本案，大腸鏡檢併行切片檢查總共三次，都無法正確診斷出子宮內膜異位症。而大多數胃腸道子宮內膜異位症，是經由腹腔鏡或剖腹手術來診斷。

胃腸道子宮內膜異位症的治療包括手術、疼痛控制或荷爾蒙治療 (hormonal manipulations)。由於其復發率高，特別是在年輕患者和症狀嚴重如發生腸阻塞的患者中，手術切除被認為是首選治療方法。

結論

血便在身體檢查、肛門檢查及肛門鏡檢查無發現潛在的出血源時，則可能需要進一步評估，如乙狀結腸鏡檢查或大腸鏡檢查，以釐清出血原因。雖然胃腸道子宮內膜異位症發生率低，且不易診斷，但仍應列入考慮，以免錯失治療的良機。

參考資料

1. Remorgida V, Ferrero S, Fulcheri E, Ragni N, Martin DC. Bowel endometriosis: presentation, diagnosis, and treatment. *Obstet Gynecol Surv.* 2007;62:461 – 470.
2. Chapron C, Fauconnier A, Dubuisson JB, Barakat H, Vieira BreartG (2003) Deep infiltrating endometriosis: relation between severity of symptoms and extent of disease. *Hum Reprod* 18:760 – 766
3. Yantiss RK, Clement PB, Young RH. Endometriosis of the intestinal tract: a study of 44 cases of a disease that may cause diverse challenges in clinical and pathologic evaluation. *Am J Surg Pathol.* 2001;25:445 – 54.
4. Weed JC, Ray JE (1987) Endometriosis of the bowel. *Obstet Gynecol* 69:727 – 730
5. Minelli L, Fanfani F, Fagotti A, et al. Laparoscopic colorectal resection for bowel endometriosis: feasibility, complications, and clinical outcome. *Arch Surg.* 2009;144:234 – 239