

# 宫腔镜联合 B 超及腹腔镜在剖宫产切口憩室诊治中的应用

郭银树<sup>①</sup> 段 华 张 颖 彭燕蓁 李长东 王 燕\*<sup>①</sup>

(首都医科大学附属北京妇产医院妇科微创中心, 北京 100006)

【内容提要】 2008 年 6 月 ~ 2009 年 10 月收治 5 例剖宫产切口憩室, 均表现为末次剖宫产复经后经期延长至 15 ~ 26 d。5 例均经宫腔镜联合 B 超检查确诊, 宫腔镜见宫颈内口上方子宫下段剖宫产切口部位局部缺损呈拱形穹隆样改变, 凸向子宫浆膜面, 伴局部血管增生, 腔内可见陈旧积血, 联合超声下可见子宫下段前壁剖宫产切口部位浆膜层连续而肌层不连续, 出现“断裂”现象, 其内出现无回声区。行腹腔镜下憩室切除子宫缝合修补术。手术时间  $(60.0 \pm 7.9)$  min。术中出血量 10 ~ 20 ml。无中转开腹及手术并发症。术后随访 3 ~ 19 个月, 异常阴道出血症状均消失, 月经规律, 宫腔镜联合 B 超二探测量子宫下段剖宫产处肌壁厚度由术前  $(2.6 \pm 0.5)$  mm 增至术后  $(10.5 \pm 1.3)$  mm。

【关键词】 腹腔镜; 宫腔镜; 剖宫产切口憩室

中图分类号: R713.4

文献标识: A

文章编号: 1009 - 6604(2011)11 - 1019 - 03

## Hysteroscopy Combined with Ultrasonography and Laparoscopy in the Diagnosis and Treatment of Cesarean Scar Dehiscence

Guo Yinshu, Duan Hua, Zhang Ying, et al. Department of Minimally Invasive Gynecology, Beijing Obstetrics and Gynecology Hospital, Capital Medical University, Beijing 100006, China

【Summary】 The aim of this retrospective study was to analyze 5 cases of scar dehiscence after cesarean section, who accepted the operation in our department from June 2008 to October 2009. All the cases had suffered from abnormal uterine bleeding and extended menstrual period to 15 to 26 days. These cases were diagnosed by hysteroscopy combined with B-ultrasonography, which showed an arched dome-like defect in the cesarean scar protruding to the uterine serosa, with local angiogenesis and dark-red blood inside. Ultrasonography discovered “fracture” phenomenon in the lower anterior uterine wall in each of the patients. Laparoscopic operation was finished in  $(60.0 \pm 7.9)$  min with less than 20 ml intraoperative blood loss. All the cases recovered without perioperative complications. After a 3 to 19 months followed-up, abnormal vaginal bleeding symptoms disappeared, menstrual returned to regularity in all the cases, and hysteroscopic examination combined with B-ultrasonography in 3 months showed that the lower anterior uterine wall was thickened from the preoperative  $(2.6 \pm 0.5)$  mm to postoperative  $(10.5 \pm 1.3)$  mm in the original dehiscence.

【Key Words】 Laparoscopy; Hysteroscopy; Cesarean scar dehiscence

从国际趋势看剖宫产率不断提高, 大多数医院报道大约在 40%, 少数 60%<sup>[1]</sup>。剖宫产切口憩室是剖宫产远期并发症之一, 随着剖宫产率逐步升高, 近年来剖宫产切口憩室时有报道, 但目前尚缺少理想的、统一的诊断及治疗标准。2008 年 6 月 ~ 2009 年 10 月, 我们通过宫腔镜联合 B 超及腹腔镜诊治 5 例剖宫产切口憩室, 取得满意治疗效果, 报道如下。

## 1 临床资料与方法

### 1.1 一般资料

本组 5 例, 年龄 28 ~ 39 岁, 平均 33.8 岁。剖宫产 1 次 2 例, 2 次 3 例。本手术距末次剖宫产 6 ~ 9 年,  $(7.5 \pm 1.1)$  年。均表现为末次剖宫产复经后经期延长至 15 ~ 26 d,  $(19.8 \pm 4.5)$  d。月经周期规则, 28 ~ 32 d。1 例伴有下腹部隐痛不适。5 例均在

\* 通讯作者, E-mail: wangyan@bjmu.edu.cn

① (北京大学公共卫生学院, 北京 100191)

外院接受诊断性刮宫、间断抗炎及内分泌治疗,症状无改善。均行盆腔 B 超检查,子宫体各径线大小及肌壁间回声正常,3 例宫腔内无异常回声,2 例子宫下段低回声不能明确性质。血清 FSH、LH、 $E_2$ 、P、PRL、T 均正常。

## 1.2 方法

1.2.1 诊断方法 患者适当憋尿。先行宫腔镜,见宫颈管形态正常,颈管黏膜无异常,宫腔内未见占位性病变,子宫内膜无异常,宫颈内口上方子宫下段剖宫产切口部位局部缺损呈拱形穹隆样改变,凸向子宫浆膜面,伴局部血管增生,腔内可见陈旧积血(图 1);再行宫腔镜联合超声检查获得满意的三相超声影像,见子宫下段前壁剖宫产切口部位浆膜层连续而肌层不连续,出现“断裂”现象,其内出现无回声区,诊断为剖宫产切口憩室(图 2)。宫腔镜检查中,膨宫压力稳定在 80 mm Hg,联合超声测量憩室的三维径线,长度及宽度测量以憩室内侧缘为界,深度测量下端以子宫内膜线为界,上端以憩室穹隆顶部黏膜层为界,并测量憩室穹隆顶

部子宫肌壁厚度,同时行子宫内膜活检以排除子宫内膜病变。5 例憩室长( $8.0 \pm 1.1$ ) mm,宽( $8.6 \pm 1.3$ ) mm,深度( $11.6 \pm 1.6$ ) mm,憩室穹隆顶部子宫肌壁厚( $2.6 \pm 0.5$ ) mm。诊刮子宫内膜病理均为分泌期子宫内膜。

1.2.2 治疗方法:均行腹腔镜手术,气管插管静脉复合麻醉,气腹压力 15 mm Hg,三孔法。腹腔镜分离盆腔粘连,探查子宫及双侧附件外观,单极电切打开子宫膀胱腹膜反折,充分下推膀胱,暴露子宫下段。行宫腔镜检查,明确憩室大小及部位后,助手 Hegar 扩宫棒扩张宫颈至 11 号,放置举宫器,再于宫颈口置入探棒,放置于剖宫产切口憩室最薄弱处。腹腔镜下可清楚直视探棒位置,于此处完全切除憩室薄弱瘢痕组织,暴露子宫腔并可直视到子宫下段后壁,甲硝唑注射液冲洗创面,以 1 号 Dexon 线间断全层缝合黏肌层,连续缝合子宫膀胱腹膜反折,切除组织送病理检查。术后评定症状,并于术后 3 个月行宫腔镜二探了解宫腔情况。

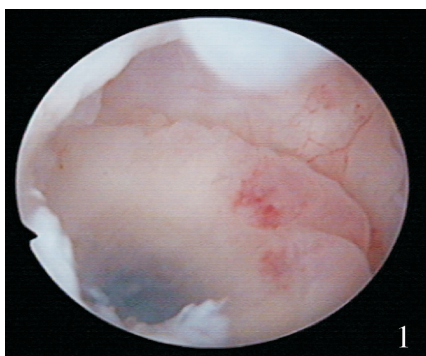


图 1 宫腔镜见剖宫产切口部位拱形穹隆样改变

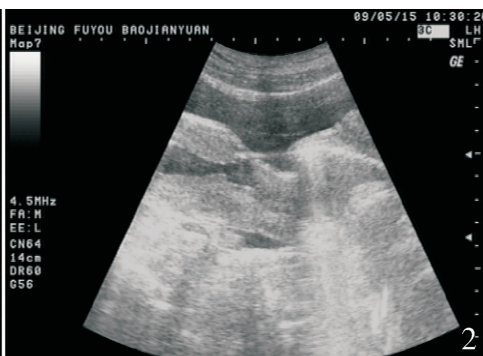


图 2 B 超见剖宫产切口部位肌层“断裂”现象

## 2 结果

5 例手术均顺利完成,无中转开腹,无手术并发症。手术时间 50 ~ 70 min, ( $60.0 \pm 7.9$ ) min。术中出血量 10 ~ 20 ml。术后均恢复良好,病理回报均为瘢痕组织。

随访 3 ~ 19 个月,术后 1 个月起月经经期恢复至 6 ~ 7 天,月经均规律,1 例原有下腹隐痛不适症状亦消失。

4 例于术后 3 个月、1 例于术后 6 个月接受宫腔镜联合 B 超检查,术中见宫腔恢复正常形态,子宫下段原憩室部位拱形穹隆样改变消失,宫腔平坦,子宫下段手术创面愈合好,B 超探查宫腔无异常影像,内膜线流畅,子宫浆膜面回声连续完整。测量原剖宫产切口部位子

宫肌壁厚度增至 9 ~ 12 mm, ( $10.5 \pm 1.3$ ) mm。

## 3 讨论

### 3.1 剖宫产切口憩室的成因及对其临床危害

憩室是指腔隙样脏器的黏膜层向壁层外突出的局限性扩张或囊样突出<sup>[2]</sup>,常见于食管、十二指肠、空肠等,很少见于子宫。子宫憩室分为先天性和后天性两种,先天性憩室和胚胎发育异常有关,剖宫产切口憩室属于后天憩室,位于子宫峡部,少数位于宫颈上段,主要与原剖宫产切口部位及行剖宫产时是否临产、宫颈有无缩短和扩展<sup>[3]</sup>有关。患者主要症状为经期延长伴或不伴下腹部疼痛不适。由于憩室与正常宫腔经阴道相通,憩室内膜周期性剥脱出血需经宫腔排出,但憩室与子宫的通道较小,出血排出

不畅,常表现为经后阴道出血淋漓不尽,经期延长;部分患者切口异位囊肿形成,可伴腹痛症状<sup>[4]</sup>。此外,因剖宫产切口憩室处肌壁薄弱,可导致妊娠晚期子宫破裂;亦有见报道剖宫产切口妊娠大出血危及生命者<sup>[5,6]</sup>。

### 3.2 宫腔镜联合 B 超检查在剖宫产切口憩室诊断中的价值

剖宫产切口憩室目前临床无统一的诊断标准。对于有临床症状的患者,需排除内分泌原因,进一步选择辅助检查明确诊断。Donnez 等<sup>[7]</sup>为患者依次行超声、子宫碘油造影(HSG)、MRI、宫腔镜检查进一步明确诊断并测量憩室的相关数据,认为通过宫腔镜可以发现宫腔内憩室改变图像,超声及 MRI 可测量憩室的长度、深度及其上方子宫肌壁厚度,HSG 可确定憩室宽度。但为患者依次行多种检查经济负担重,反复宫腔操作增加感染机会。Fischer<sup>[8]</sup>认为阴道超声是确诊憩室的可靠方法,但单纯行超声检查敏感度及特异度不高,且不能排除宫腔占位性病变,不能了解宫腔憩室改变图像,亦不能获得内膜病理。我们使用宫腔镜联合超声检查,充盈膀胱并使用膨宫液膨胀宫腔,首先行宫腔镜检查,所有患者均可辨认出剖宫产切口,切口局部均呈拱形穹隆样改变,伴局部血管增生,憩室内可见陈旧积血,常规刮刮子宫内膜送病理。宫腔镜检查的同时使用超声,可见子宫前壁下段肌层“断裂”现象,通过改变超声探头方向即可测得憩室大小径线。在宫腔镜检查过程中同时超声检查,可以发挥宫腔镜及超声检查的优势,弥补单纯使用其中一种检查的不足之处,具有微创、经济、方便、诊断明确等优势,是全面评估及诊断剖宫产切口憩室的有效方法。

### 3.3 腹腔镜手术在剖宫产切口憩室治疗中的优势

对于剖宫产切口憩室的治疗手段报道不一,一旦确诊,手术治疗仍应为主要治疗手段。Donnez 等<sup>[7]</sup>提出憩室深度 $\geq 80\%$ 子宫肌壁厚度或憩室上方子宫肌壁厚度 $\leq 2.5\text{ mm}$ 为手术治疗指征。我们认为憩室大小不应是惟一手术指征,对于有症状的患者,亦应积极手术治疗,通过手术可以切除憩室部位瘢痕,重新缝合肌壁,从而去除憩室,改善临床症状。对未行手术治疗的患者,应指导避孕。手术方式报道不一,Klemm 等<sup>[9]</sup>报道 5 例阴式或腹腔镜辅助阴式手术修复剖宫产切口憩室;Fabres 等<sup>[10]</sup>用宫腔镜治疗 24 例取得良好效果,但认为手术风险大,易引起子宫穿孔、膀胱损伤等手术并发症;Donnez 等<sup>[7]</sup>使用腹腔镜手术治疗 3 例。随着对剖宫产切口

憩室认识的不断深入,临床观察剖宫产切口憩室有着不同的类型,手术方式应根据憩室的不同类型进行选择。我们认为如果憩室宽而且深大,局部呈拱形穹隆样改变,超声下可见子宫前壁下段肌层“断裂”现象,且憩室上方的子宫肌层非常薄弱时,需要手术切除薄弱的肌壁组织,可采用阴式或腹腔镜手术。与阴式途径相比,腹腔镜手术具备以下优势:①腹腔镜术中可全面探查盆腹腔情况,视野清晰,尤其对于盆腔粘连者更具优势;②在腹腔镜下可充分下推膀胱,降低膀胱损伤的风险;③术中联合宫腔镜检查,准确确定憩室的位置和范围;④因手术视野清晰,术中同时使用宫腔探棒指示,可彻底切除瘢痕,手术疗效确切。本组 5 例采用腹腔镜手术,疗效满意。

随着宫、腹腔镜技术的日臻成熟以及对剖宫产切口憩室认识的深入,宫腔镜联合 B 超检查可作为剖宫产切口憩室诊断的较佳方法,腹腔镜切除憩室具有微创、有效、经济等优点,不失为有效治疗手段之一,但仍需不断积累临床经验。

### 参考文献

- 1 张坚,李 萍,谢静燕,等. 5 年剖宫产手术指征变迁的因素分析. 实用妇产科杂志,2007,23(1):60-61.
  - 2 陈忠年,沈铭昌,郭慕依,主编. 实用外科病理学. 上海:上海医科大学出版社,1997. 351.
  - 3 Gubbini G, Casadio P, Marra E. Resectoscopic correction of the “isthmocele” in women with postmenstrual abnormal uterine bleeding and secondary infertility. J Minim Invasive Gynecol, 2008, 15:172-175.
  - 4 聂 玲,伍琼芳,陈晶晶,等. 7 例剖宫产子宫憩室 IVF-ET 治疗临床分析. 现代妇产科进展,2010,19(12):953-954.
  - 5 王克芳,王菊荣,李 斌. 腹腔镜手术治疗剖宫产后子宫瘢痕部位妊娠. 中国微创外科杂志,2011,11(6):496-497,501.
  - 6 孙媛媛,赵冬梅. 剖宫产瘢痕妊娠的诊断及治疗. 中国微创外科杂志,2011,11(8):673-675,679.
  - 7 Donnez O, Jadoul P, Squifflet J, et al. Laparoscopic repair of wide and deep uterine scar dehiscence after cesarean section. Fertil Steril, 2008, 89(4):974-980.
  - 8 Fischer RJ. Symptomatic cesarean scar diverticulum: a case report. J Reprod Med, 2006, 51(9):742-744.
  - 9 Klemm P, Koehler C, Mangler M, et al. Laparoscopic and vaginal repair of uterine scar dehiscence following cesarean section as detected by ultrasound. J Perinat Med, 2005, 33(4):324-331.
  - 10 Fabres C, Arriagada P, Fernández C, et al. Surgical treatment and follow-up of women with intermenstrual bleeding due to cesarean section scar defect. J Minim Invasive Gynecol, 2005, 12(1):25-28.
- (收稿日期:2011-05-18)  
(修回日期:2011-09-13)  
(责任编辑:王惠群)