

宫、腹腔镜在剖宫产瘢痕妊娠治疗中的应用

陈玉清 常亚杰 冯劭婷

(中山大学附属第一医院妇产科, 广州 510080)

【摘要】 目的 探讨宫、腹腔镜治疗剖宫产瘢痕妊娠 (cesarean scar pregnancy, CSP) 的可行性及价值。 **方法** 回顾性分析 2003 年 1 月 ~ 2009 年 11 月我院行宫、腹腔镜下 CSP 病灶切除的 10 例资料, 术前均用甲氨蝶呤 (MTX) 化疗或子宫动脉栓塞预处理。2 例子宫前壁下段内不均质混合性包块向宫外突出, 近突破子宫浆膜层, 包块直径 > 3 cm, 采用腹腔镜下病灶切除, 余 8 例宫腔镜下病灶切除。 **结果** 10 例均治疗成功, 无并发症发生。术后血 β -hCG 恢复正常时间 14 ~ 36 d, 正常月经来潮时间 20 ~ 40 d。5 例宫腔镜手术者再次妊娠, 其中 1 例再次 CSP, 行 MTX 保守治疗治愈。 **结论** 宫、腹腔镜下 CSP 病灶切除, 是 CSP 微创治疗的可行方法。

【关键词】 子宫瘢痕妊娠; 宫腔镜; 腹腔镜

中图分类号: R713.8

文献标识: A

文章编号: 1009 - 6604 (2012) 02 - 0112 - 03

Laparoscopy or Hysteroscopy for Cesarean Scar Pregnancy Chen Yuqing, Chang Yajie, Feng Shaoting. Department of Gynecology and Obstetrics, First Affiliated Hospital, Sun Yat-sen University, Guangzhou 510080, China

【Abstract】 Objective To analyze the feasibility and value of hysteroscopy or laparoscopy for the treatment of cesarean scar pregnancy (CSP). **Methods** We retrospectively analyzed the data of 10 cases of CSP who received hysteroscopy or laparoscopy in our hospital since January 2003 to November 2009. Preoperative chemotherapy or uterine artery embolization with MTX were carried out in all the patients. Among the cases, laparoscopy were performed on 2 patients, who had unhomogeneous mixed mass in the anterior lower uterus shown by B-ultrasonography; the other 8 patients underwent hysteroscopy. **Results** The procedures were completed successfully in all the cases without complications. The level of serum β -hCG decreased to a normal range in 14 to 36 days postoperation, and the patients recovered normal menses in 20 to 40 days. In the 8 cases of hysteroscopy, 5 patient had pregnancy again, and one of them showed CSP, which was then cured by conservative treatment with MTX. **Conclusion** Hysteroscopic and laparoscopic excision is feasible for CSP.

【Key Words】 Cesarean scar pregnancy; Hysteroscopy; Laparoscopy

剖宫产切口瘢痕妊娠 (cesarean scar pregnancy, CSP) 是一种罕见而危险的异位妊娠, 严重者可引起子宫破裂、大出血等严重并发症, 危及生命。近年来, 随着剖宫产率的增加, B 超等诊断水平及临床医师对 CSP 认识的提高, 报道逐渐增多, 其发病率从 1: (2400 ~ 4500) 逐年升高至 1: 1800^[1]。目前对其治疗方案尚无统一的标准。本研究通过收集 2003 年 1 月 ~ 2009 年 11 月我院腔镜治疗的 10 例 CSP 病例, 探讨宫、腹腔镜手术治疗 CSP 的可行性及价值。

1 临床资料与方法

1.1 一般资料

本组 10 例, 年龄 21 ~ 35 岁, (26.7 ± 5.5) 岁。8 例有一次剖宫产史, 2 例有 2 次剖宫产史。末次剖宫产距此次妊娠时间 5 个月 ~ 5 年, (2.2 ± 2.6) 年。停经时间 32 ~ 68 d, (43.0 ± 15.9) d; 阴道流血时间 19 ~ 45 d, (32.3 ± 12.2) d。入院时血 β -hCG 6509 ~ 97 466 IU/L, (29 438.8 ± 36 483.6) IU/L。

6 例外院误诊为宫内妊娠行人流术, 其中 2 例术

中大出血, 4 例术后持续阴道流血转入我院治疗。10 例我院经阴道彩超均见子宫前壁下段内不均质混合性包块, 其中 3 例包块内见妊娠囊 (图 1), 2 例探及心管搏动; 2 例包块向宫外突出, 8 例包块未达子宫浆膜层, 有部分突向宫腔; 包块内部及周边血流信号均丰富; 子宫下段与膀胱之间肌层变薄, 距浆膜层距离最薄的 1 例仅 2 mm; 子宫腔及宫颈管内未见妊娠囊。B 超均提示 CSP。病例选择标准: CSP 诊断明确, 要求保留子宫, 没有急性大出血、危急生命情况。



图 1 经阴道超声检查 (箭头所指为子宫前壁下段妊娠囊)

1.2 方法

1.2.1 术前预处理 入院后完善肝肾功能、血尿常规、心电图等常规检查,无手术及化疗禁忌证。3 例血 β -hCG 大于 10 000 IU/L,病灶局部血供丰富,未见胎心搏动,患者情况稳定,术前先予甲氨蝶呤(MTX)50 mg/m² 单次肌内注射化疗,3~7 天复查 β -hCG,1~2 周复查超声,1 例 β -hCG 下降不满意,间隔 1 周重复剂量治疗,至 β -hCG 降至 5000 IU/L 或以下后准备手术。2 例病灶内见胎心搏动,则先予子宫动脉栓塞加子宫动脉灌注 MTX 化疗,栓塞后 2 周内准备手术。

1.2.2 手术方法 2 例子官前壁下段内不均质混合性包块向宫外突出,近突破子宫浆膜层,包块直径 >3 cm,选择腹腔镜下 CSP 病灶切除术;其余 8 例选择宫腔镜下 CSP 病灶切除术。手术均采用全麻。

宫腔镜下 CSP 病灶切除:用单极电切镜,切割功率 35~50 W,凝固功率 30~40 W。灌流液为 5% 甘露醇。宫颈扩张器扩张宫颈至 11 号,置入宫腔镜,首先观察宫腔形态,确定妊娠病灶部位、周边情况,以环形电极轻柔剥离及切除妊娠病灶,如有出血点予定点电凝止血。清除妊娠组织后,再环状电极适当切除修整妊娠物着床处的子宫壁局部凹陷的底部及此凹陷下缘组织,以去除微管道及可能存在的子宫切口憩室。点状电凝止血。术中予垂体后叶素 10 IU 宫颈注射。

腹腔镜下 CSP 病灶切除:于脐下正中及两侧腹壁穿刺置入腹腔镜器械,气腹压 10~15 mm Hg(1 mm Hg=0.133 kPa)。见子宫下段膀胱下方有突起的肿块,先在肿块旁子宫肌层注射 10 IU 垂体后叶素,再推离膀胱,在肿块最隆起处切开子宫浆肌层,清除其内的血块及组织物后,适当切除种植处子宫瘢痕组织。子宫创面用 2-0 可吸收线全层连续缝合。

1.2.3 随诊 门诊监测血 β -hCG 恢复情况,了解月经恢复时间及月经情况,术后是否再孕及再孕情况。无生育要求的建议长期避孕,有生育要求的建议避孕 3 个月以上。

2 结果

2 例行腹腔镜下 CSP 病灶切除时,术中推开膀胱后,均见子宫下段有肿块从子宫浆膜层鼓出,1 例肿块约 6 cm×5 cm×4 cm,包块部分透出紫红色,在最鼓起部位切开子宫壁,取出血块及陈旧妊娠物约 80 g,另 1 例肿块约 4 cm×4 cm,切开后见新鲜的绒毛样组织及血块。术中出血分别约 50、100 ml,手术时间分别为 60、75 min,术后血 β -hCG 恢复正常时间分别为 23、28 d,术后恢复正常月经来潮时间分别为 28、34 d,未出现月经淋漓现象。均无再次妊娠。

8 例行宫腔镜下 CSP 病灶切除时,术中均见子宫前壁下段瘢痕处有新鲜白色绒毛样组织或淡黄色

陈旧性组织种植,组织物部分突向宫腔。此处子宫瘢痕组织局部凹陷,宫腔其余部位内未见妊娠样组织。术中出血 30~50 ml。手术时间 20~50 min。术后血 β -hCG 恢复正常时间 14~36 d,(24.1±13.2)d,术后正常月经来潮时间 20~40 d,(30.4±2.3)d,术后未出现月经淋漓现象。5 例再孕,2 例正常宫内妊娠行人工流产;1 例再次 CSP,行 MTX 保守治疗治愈;1 例正常待产,现孕 27 周;1 例足月剖宫产分娩。另 3 例无生育要求,术后避孕药避孕。

10 例手术均一次成功,无并发症发生。住院时间(16.3±9.2)d。术后病理均提示见绒毛组织,或瘢痕组织内有绒毛组织着床。

3 讨论

3.1 诊断

本病诊断困难,常被误诊为流产、宫颈妊娠、清宫不全等。本组 10 例中就有 6 例外院误诊为宫内妊娠。高分辨率的经阴道彩超是诊断 CSP 很重要的工具。其诊断敏感性为 86.4%^[2]。B 超下诊断标准^[3]:①宫腔内无妊娠依据;②子宫颈管内无妊娠依据;③子宫峡部前壁见孕囊生长发育;④孕囊与膀胱壁间的子宫肌层组织有凹陷。复杂病例可辅以 MRI、宫腔镜或腹腔镜检查帮助诊断^[4]。本组 10 例术前超声均提示 CSP,经宫、腹腔镜及病理确诊。但对 β -hCG 较高者,宫腔镜检查需慎重^[4],至少应在有中转手术准备的前提下进行,防止检查时发生大出血。

3.2 宫、腹腔镜治疗 CSP 的可行性及优势

单纯 MTX 化疗或单纯子宫动脉栓塞治疗 CSP 治疗时间长,患者恢复慢,治疗后随访瘢痕处异常低回声或混合性包块消失时间长,需 2 个月~1 年,血 β -hCG 下降慢,需 4~16 周转为正常^[4]。治疗及随诊中随时都有可能发生大出血及子宫穿破需急诊子宫切除。即使药物保守治疗成功,也因瘢痕处绒毛植入而使得子宫瘢痕缺损,未修复的瘢痕有破裂的危险,可能影响以后的妊娠^[5],有再次发生 CSP 的可能。为此,人们一直在尝试更理想的治疗 CSP 方法。1999 年首次报道采用腹腔镜治疗 CSP 后^[6],国内外采用腔镜下手术成功治愈 CSP 病例的报告逐渐增多^[7-14],在这方面的研究也渐深入。本组 10 例行宫、腹腔镜下 CSP 病灶切除,手术均一次成功,无术中术后并发症,术中出血不多,住院时间短,术后血 β -hCG 下降快,正常月经恢复快。随访有 4 例再次成功正常妊娠,与报道相似^[7,9]。这些均提示,宫、腹腔镜可能是治疗 CSP 的一种可供选择的理想方式。

宫腔镜治疗 CSP 主要用于妊娠组织向宫内生长的病例。2005 年 Wang 等^[10]首次报道宫腔镜治疗 CSP 以来,迄今已有多篇报道^[7,9,11-13]用宫腔镜手术成功治疗 CSP,患者术后再次正常妊娠。宫腔

镜手术能够更好地观察妊娠囊位置及周围情况,周边血管分布,帮助进一步明确诊断。宫腔镜直视下环形电极电切或搔刮,将妊娠囊及陈旧机化的组织从子宫壁分离清除,即时清除病灶,减少了盲目刮宫引起的大出血,同时避免了对宫腔其他部位内膜的损伤,减少宫腔粘连的可能,并通过定点电凝止血,减少和预防术中、术后出血,手术结束同时可明确宫腔内是否有残留组织,而且可适当修整子宫切口瘢痕局部缺陷,防止再次发生 CSP 及子宫切口憩室存在可能,最大限度地保留子宫完整性,是目前 CSP 病灶切除术式中最微创的途径。本文用宫腔镜成功治疗 8 例,其中 4 例术后再次正常妊娠。Deans 等^[9]对比观察行 MTX 全身用药、MTX 妊娠囊局部注射治疗及行宫腔镜手术治疗 CSP,证明宫腔镜手术安全,治疗时间短,出血少,术后恢复快(血 β -hCG 下降快),不影响再次正常妊娠。

腹腔镜主要用于治疗妊娠组织向腹腔和膀胱生长的 CSP^[4,12,14]。腹腔镜术式主要是根据剖腹子宫切开取胚术而演变的一种方法,1999 年 Lee 等^[6]首次报道后,陆续有文献报道腹腔镜成功治疗 CSP^[13~15]。腹腔镜手术可完全清除 CSP 病灶,使血 β -hCG 迅速下降,同时切除旧瘢痕,缝合加固子宫下段组织,修复切口。本组 2 例用腹腔镜成功治疗 CSP 的结果与报道相似^[14,16]。越来越多报道^[14,15]均显示腹腔镜治疗 CSP 具有安全、有效、恢复快、成功保留子宫的优势。腹腔镜手术有望逐渐替代开腹手术治疗 CSP。

3.3 宫、腹腔镜治疗 CSP 的风险及对策

宫、腹腔镜手术风险主要来自出血和电损伤及术后再次 CSP 的预防。我们的体会是:①宫、腹腔镜检查明确病灶后,在切割前,宫壁或宫颈注射 10 IU 垂体后叶素,可大大减少术中出血。对术后出血者可用 Foley 管压迫 24 h。②结合患者情况,采用合适的宫腔镜或腹腔镜途径。B 超提示孕囊部分突出宫腔,血 β -hCG 偏低,包块直径 < 3 cm 者可考虑选择宫腔镜治疗。否则采用腹腔镜途径更安全。③术前采用 MTX 化疗或子宫动脉栓塞预处理,为腔镜手术成功提供更有力的安全保障。本组 10 例 CSP 手术者,术前均先予 MTX 化疗,对有胎心搏动者行子宫动脉栓塞后才手术,这样可降低绒毛活性,减少局部血供,减小手术过程中出现难以控制的大出血的风险。近年多篇成功治疗的报道也都采用相似的术前预处理^[7,11]。④宫腔镜下手术时,尽量用环形电极刮取和切割病灶,只在见明显出血点时才采用点状电极短暂电凝止血。妊娠物着床的底部子宫壁不要切割过深。腹腔镜下手术时,要充分推离膀胱,完全暴露子宫下段包块及部分周围正常宫壁组织,以减少对膀胱等周围组织电损伤。⑤手术中除了清除妊娠组织及血块外,还应至少切除妊娠组织着床处的子宫瘢痕组织,修整周边组织,一方面保

证手术彻底,另一方面可去除子宫壁的微管道,预防子宫切口憩室存在的可能,预防术后月经淋漓不尽,降低 CSP 复发的风险。这在宫腔镜手术治疗 CSP 时更要注意。本组 1 例宫腔镜治疗 CSP 术后再次发生 CSP,可能与术中未彻底切除子宫壁局部的微管道有关。

以上观点还有待更多病例的积累和讨论,在 CSP 治疗方法选择没达成共识之前,微创的宫、腹腔镜下病灶切除手术对避免急诊大出血,保留子宫完整性,保存再生育能力也许是一种理想选择。

参考文献

- 1 Tinelli A, Tinelli R, Malvasi A. Laparoscopic management of cervical-isthmic pregnancy: a proposal method. *Fertil Steril*, 2009, 92 (2): 829. e3 - e6.
- 2 Maymon R, Halperin R, Mendlovic S, et al. Ectopic pregnancies in Caesarean section scars: the 8 year experience of one medical center. *Hum Reprod*, 2004, 19 (2): 278 - 284.
- 3 Godin PA, Bassil S, Donnez J. An ectopic pregnancy developing in a previous caesarian section scar. *Fertil Steril*, 1997, 67 (2): 398 - 400.
- 4 Wang CJ, Chao AS, Yuen LT, et al. Endoscopic management of cesarean scar pregnancy. *Fertil Steril*, 2006, 85 (2): 494. e1 - e4.
- 5 Holland MG, Bienstock JL. Recurrent ectopic pregnancy in a cesarean scar. *Obstet Gynecol*, 2008, 111 (2 Pt 2): 541 - 545.
- 6 Lee CL, Wang CJ, Chao A, et al. Laparoscopic management of an ectopic pregnancy in a previous caesarean section scar. *Hum Reprod*, 1999, 14 (5): 1234 - 1236.
- 7 龙丽霞, 栾 桦, 柳肃芬. 剖宫产术后瘢痕处妊娠 15 例临床分析. *实用妇产科杂志*, 2009, 25 (4): 243 - 245.
- 8 Demirel LC, Bodur H, Selam B, et al. Laparoscopic management of heterotopic cesarean scar pregnancy with preservation of intrauterine gestation and delivery at term: case report. *Fertil Steril*, 2009, 91 (4): 1293. e5 - e7.
- 9 Deans R, Abbott J. Hysteroscopic management of cesarean scar ectopic pregnancy. *Fertil Steril*, 2010, 93 (6): 1735 - 1740.
- 10 Wang CJ, Yuen LT, Chao AS, et al. Caesarean scar pregnancy successfully treated by operative hysteroscopy and suction curettage. *BJOG*, 2005, 112 (6): 839 - 840.
- 11 Yang Q, Piao S, Wang G, et al. Hysteroscopic surgery of ectopic pregnancy in the cesarean section scar. *J Minim Invasive Gynecol*, 2009, 16 (4): 432 - 436.
- 12 Ash A, Smith A, Maxwell D. Caesarean scar pregnancy. *BJOG*, 2007, 114 (3): 253 - 263.
- 13 Lee JH, Kim SH, Cho SH, et al. Laparoscopic surgery of ectopic gestational sac implanted in the cesarean section scar. *Surg Laparosc Endosc Percutan Tech*, 2008, 18 (5): 479 - 482.
- 14 王克芳, 王菊荣, 李 斌. 腹腔镜手术治疗剖宫产术后子宫瘢痕部位妊娠. *中国微创外科杂志*, 2011, 11 (6): 496 - 497, 501.
- 15 Wang YL, Su TH, Chen HS. Operative laparoscopy for unruptured ectopic pregnancy in a caesarean scar. *BJOG*, 2006, 113 (9): 1035 - 1038.
- 16 Robinson JK, Dayal MB, Gindoff P, et al. A novel surgical treatment for cesarean scar pregnancy: laparoscopically assisted operative hysteroscopy. *Fertil Steril*, 2009, 92 (4): 1497. e13 - e16.

(收稿日期: 2011 - 05 - 10)

(修回日期: 2011 - 08 - 26)

(责任编辑: 王惠群)