

腹壁子宫内异位症的诊疗进展*

胡尚英 综述 彭松** 王智彪 审校

(重庆医科大学生物医学工程学院 省部共建国家重点实验室培育基地——重庆市超声医学工程重点实验室 重庆市生物医学工程学重点实验室,重庆 400016)

中图分类号:R711.71

文献标识:A

文章编号:1009-6604(2015)02-0182-03

doi:10.3969/j.issn.1009-6604.2015.02.027

子宫内异位症是指有活性的子宫内膜组织出现在子宫内以外的部位,为育龄期妇女常见疾病之一,病灶多见于盆腔脏器和腹膜,盆腔外较少见。腹壁子宫内异位症(abdominal wall endometriosis, AWE)是最常见的盆腔外子宫内异位症,是指任何发生于腹壁的异位内膜病灶,最常见于剖宫产术后切口瘢痕处,随着近年来剖宫产率的增高,AWE 日趋增多。目前该病在诊断、治疗方面尚无统一规范。因此,如何早期发现并确诊该病,如何个体化治疗等仍是值得探讨的问题。本文就此综述相关文献。

1 发病机制

目前 AWE 发病机理尚不明确,涉及医源性种植、体腔上皮化生、免疫因素、血行转移及淋巴播散等学说。目前认可度较高的是医源性种植学说,该学说认为 AWE 可能是手术操作将子宫内膜碎片种植到切口而形成的医源性子宫内异位症^[1,2],剖宫产术后 AWE 的发生率为 0.03%~0.8%^[1,3,4],且呈上升趋势。然而,对部分未进宫腔的肌瘤剔除术甚至无腹部手术史的 AWE 病例,医源性种植的观点并不能完全解释此症的发病机理,故对该病的发病机制仍待进一步研究^[2,4]。

2 诊断

2.1 病史、症状及体征

AWE 一般发生在 20~45 岁的育龄期女性,剖宫产术后多久发生,各家报道不一,多数 AWE 继发于剖宫产术后 2~5 年,平均为 22~72 个月^[2]。AWE 典型的临床表现为腹壁切口下方或周围出现

随月经发作的周期性疼痛,疼痛程度轻重不一,大部分呈进行性加重。多数病例可于瘢痕附近扪及圆形或椭圆形实性肿块,质韧,与周围组织分界欠清,活动度差。

2.2 辅助检查

超声是 AWE 的首选检查手段。有腹部手术史者超声见腹壁皮下组织圆形或椭圆形不均质中低回声,伴或不伴囊性或液性回声,脉冲多普勒提示为低速高阻动脉血流者,应高度怀疑为 AWE^[5]。通过超声检查可以判断病灶的大小、浸润深度及其与周围组织的关系,有利于术前诊断。而对于 AWE 的诊断是否需要辅以 MRI、CT 检查以及局部细针穿刺细胞学检查尚存争议。Busard 等^[6]的研究显示部分临床表现不典型者或肿块>4 cm 者,通过上述 3 种方式辅助诊断,可以确定病灶的性质、位置、浸润深度,以便于术者制定手术方案。姜忠彩等^[7]报道 MRI 对 AWE 诊断的直观可视性最强,在 T1WI 及 T2WI 上以等信号或稍高信号为主,尤其是合并有子宫腺肌症、卵巢巧克力囊肿等其他部位的异位症患者,MRI 能检测出小的出血病变,能分辨病灶是囊性还是实性,并能清楚检测到病灶边缘,较超声有优越性。CT 上 AWE 病灶表现为实性或混合密度影,但 CT 因缺乏软组织对比度且对人体有辐射,临床上很少用于 AWE 的诊断^[6]。从经济角度来讲,CT、MRI 价格均较昂贵,在临床上不易被患者接受。局部包块穿刺细胞学检查可辅助术前诊断并能排除恶变可能,但因其可能增加转移和复发的风险,需慎用^[6]。由于腹壁异位病灶较局限,对体内激素和各种因子表达的影响不大,故血清学中对子宫内异位症诊断价值较大的 CA125 对本病的诊断价值不大^[4]。

* 基金项目:重庆市重点实验室专项经费自主科研课题;2011 年高等学校博士学科点专项科研基金联合资助课题(20115503110014);重庆市教委科技项目(KJ130329);重庆市自然科学基金(cstc2012jjA10083)

** 通讯作者,E-mail:945261860@qq.com

2.3 病理学检查

AWE 的病理学特点为异位内膜的周期性出血及其周围组织的纤维化。病灶大体切面灰黄,局部呈红褐色,质韧,无包膜;镜下可见增生的纤维组织内有子宫内膜上皮、腺体、内膜间质及出血,以及吞噬含铁血黄素的巨噬细胞^[7]。极少数病灶可发生组织学改变,甚至癌变,目前 AWE 癌变仅见个案报道^[2,8]。

3 鉴别诊断

腹壁切口子宫内膜异位症结合病史、临床症状、体征及辅助检查等一般不难诊断,但对于一些无特异症状的腹部肿块应注意与切口疝、缝线瘤、脓肿、血肿、脂肪瘤、肉瘤及淋巴瘤等相鉴别^[1]。

4 治疗方式及疗效判定

AWE 的治疗以减轻症状,防止病灶进一步进展及发生恶变为主要目的。治疗的方法主要包括药物治疗、手术局部切除、高强度聚焦超声治疗和射频消融治疗。

关于 AWE 治疗后的疗效判定,目前尚无统一论,廖秀媚^[9]将治愈的标准定义为术后患者临床症状及体征消失,但也未明确症状及体征消失的时限。袁蕾等^[10]将 AWE 治疗后腹壁周期性疼痛较术前减轻定义为缓解;术后腹壁周期性疼痛缓解 3 个月后又出现且加重至术前水平,或者再次手术切除腹壁病灶病理证实为 AWE 者定义为复发。

4.1 药物治疗

目前临床上治疗子宫内膜异位症常用的有促性腺激素释放激素类似物(GnRH-a)、高效孕酮、米非司酮等药物,但单用药物治疗 AWE 的效果往往不理想,对于内异症的治疗研究表明,各种药物对不同部位内异症的治疗效果中以腹壁切口病灶效果最差,分析原因可能是由于病灶内反复出血、渗出形成致密瘢痕,药物不能渗透至病灶,进而不能很好发挥药效^[2]。

有学者提倡术前或术后运用激素类药物,术前用药一般以缩小病灶为目的,通过药物缩小病灶,降低内膜活性,增加手术切除的可能性及减少手术并发症^[9,11]。而术后用药则可以改善患者预后和减少复发,袁蕾等^[10]随访手术治疗 151 例,88 例术后未用药,53 例术后加用戈舍瑞林等药物治疗,术后随访 16~97 个月,术后药物治疗者复发率为 3.8% (2/53),显著低于未用药者(10.2%, 9/88),差异有统计学意义($P < 0.05$)。

此外,也有采用局部注射孕激素(黄体酮)治疗 AWE 的报道。宋春蕾等^[12]报道采用该方法治疗 10

例患者,随访 1~6 年均无复发。该方法操作简便、经济,但因病例少,其有效性有待大量数据证实。

4.2 手术治疗

针对 AWE,局部病灶切除为现阶段临床上首选治疗方案。赵学英等^[4]回顾性分析北京协和医院 57 例腹壁内异症患者:包块切除术 55 例,术后包块再发 5 例,复发率为 9.1%;非手术治疗 21 例(2 例仅用药物治疗,19 例药物治疗无效而最终选择手术治疗),用棉酚、达那唑、醋酸亮丙瑞林等药物治疗,仅 5 例用药后痛经缓解,但均因不能耐受药物不良反应而停药,且停药后痛经症状复发。作者认为手术治疗的效果优于药物治疗($P < 0.001$)。

在手术时机的选择上,目前仍无统一的认识,成宁海等^[2]认为手术宜选择在月经期或月经刚过,此时病灶相对较大,呈紫蓝色或褐色,与周围组织界限明显,有利于手术彻底清除病灶。手术切除疗效确实,但存在复发、发生切口疝、增加腹壁瘢痕组织等风险,尤其是多发、位置较深和体积较大的病灶。林琳等^[13]对 112 例 AWE 术后随访 1~5 年,112 例症状完全消失,95 例腹壁局部虽有不明显包块但无相应的临床症状。袁蕾等^[10]对 151 例 AWE 术后随访 16~97 个月,症状缓解率为 93.4%。一般认为,保证病灶外 0.5~1 cm 的切缘距离是防止复发的关键点,复发原因可能与病灶大、位置深、切除不彻底有关^[2]。关于术后复发率,包书楷^[14]报道为 5.3%,Horton 等^[1]报道为 4.3%。北京协和医院妇产科一项回顾性分析结合前瞻性研究^[15]显示,大于 3 cm 的病灶切除后常有较大腹壁缺损,术中加用补片缝合可有效防止切口疝的形成。

4.3 超声消融治疗

超声消融是一种非侵入性治疗方法,将体外发射的超声波聚焦到体内的病变组织,使局部组织内的温度瞬间升高至 65℃ 以上,导致靶组织凝固性坏死,而周围正常组织及超声波通过的组织没有损伤^[16]。近年来,该技术已用于临床治疗子宫、乳腺、胰腺、肝脏等部位或器官的良、恶性实体肿瘤,其临床价值逐步得到认可,应用也愈加广泛^[17,18]。超声消融作为一种非侵入性治疗,不会造成病灶的种植或转移,在消融过程中靶组织内的焦点随治疗头的移动而移动,对异位的内膜可以做到适形治疗,不受病灶大小的限制^[19]。Wang 等^[19]对 21 例 AWE 采用高强度聚焦超声治疗,术后随访 3~31 个月,所有患者周期性疼痛消失,6 例超声随访病灶完全吸收,2 例复查 MRI 病灶增强无明显强化。近年来的临床初步报道^[19,20]显示:超声消融治疗 AWE 具有较好的疗效,副作用少,可保证皮肤及腹壁结构的完整性,对残留结节或复发病灶可进行重复治疗;消融治

疗过程相对简单、快速,在门诊即可进行,病人接受度好。理论上,该治疗方式有皮肤烫伤、消融不理想致术后复发等风险,病灶离皮肤越近,皮肤烧伤的可能性越大,特别是已经侵犯皮肤的病灶;超声消融也存在因消融范围不够致术后复发的可能。因病例较少,临床随访时间较短,尚需积累更多临床数据和随访资料。

4.4 电化学疗法

电化学疗法即电针疗法,治疗时将特制的铂金电极置入肿瘤内,通过直流电的电离、电解及电凝作用破坏肿瘤细胞,造成非手术切除性去除肿瘤的效果。目前仅有关于射频消融治疗 AWE 的个案报道^[21,22]。孙霭萍等^[22]报道电化学治疗切口子宫内膜异位症较手术具有一定的优势,但方案仍需要大样本、长时间随访以证实其效果。此外,射频消融需插针治疗,该治疗方式可能导致出血、内膜异位灶再次种植等风险,其安全性和有效性尚需更多的临床数据证实。

5 预防

由于 AWE 多数继发于剖宫产术,Horton 等^[1]对 445 例病人的回顾性分析显示,AWE 继发于剖宫产者占 57%,而国内多篇文献报道^[13,23]其比率达 100%。其发生与手术本身存在一定的关系,故该病的预防可以从以下几方面入手:首先,严格把握剖宫产指征,减少社会因素剖宫产率;其次,需提高手术质量及防范意识,术中宫腔操作所用器械及纱布做到一次性使用,缝合创口仔细冲洗以免子宫内膜种植。同时,由于产后哺乳期雌激素下降至较低水平种植的子宫内膜不易生长,故提倡产后母乳喂养至少 6 个月以减少本病的发生^[11,23]。

6 小结

AWE 结合病史、临床症状、体征及必要的辅助检查一般不难诊断。临床上治疗 AWE 的方法众多,但由于病灶位置及性质的特殊性,药物治疗效果不佳,局部病灶切除为临床治疗该病的首选方案,但其可能造成组织缺损、皮下血肿、切口裂开或腹壁切口疝等并发症。超声消融为 AWE 的治疗开辟了新的途径,但其存在不能确定病灶的组织病理学诊断、皮肤灼伤等弊端。射频消融技术治疗 AWE 具有一定的优势,但其尚需开展长期的临床随机对照试验。因 AWE 同剖宫产关系密切,故该病的关键在于严格掌握剖宫产指征,提高手术质量及防范意识。

参考文献

1 Horton JD, Dezee KJ, Ahnfeldt EP, et al. Abdominal wall

endometriosis: a surgeon's perspective and review of 445 cases. *Am J Surg*, 2008, 196(2): 207-212.

2 成宁海, 朱 兰, 郎景和, 等. 101 例腹壁子宫内膜异位症临床分析. *生殖医学杂志*, 2007, 16(2): 82-85.

3 梅秀云, 朱凤仪. 腹壁子宫内膜异位症的临床特点及复发相关因素研究. *中外医学研究*, 2013, 11(30): 32-33.

4 赵学英, 郎景和, 冷金花, 等. 腹壁子宫内膜异位症的临床特点及复发相关因素. *中华妇产科杂志*, 2004, 47(2): 456-461.

5 Savelli L, Manuzzi L, Di Donato N, et al. Endometriosis of the abdominal wall: utasonographic and doppler characteristics. *Ultrasound Obstet Gynecol*, 2012, 39(3): 336-340.

6 Busard MP, Mijatovic V, van Kuijk C, et al. Appearance of abdominal wall endometriosis on MR imaging. *Eur Radiol*, 2010, 20(5): 1267-1276.

7 姜忠彩, 周 琦, 任玉嫒. 腹壁切口子宫内膜异位症 56 例临床病理分析. *航空航天医学杂志*, 2013, 24(2): 129-131.

8 Hayashi M, Shoda A. Endometrioid adenocarcinoma arising from abdominal wall endometriosis in the appendectomy scar: a case report. *Open Journal of Obstetrics and Gynecology*, 2013: 556-560.

9 廖秀媚. 米非司酮联合手术治疗剖宫产术后腹壁切口子宫内膜异位症的疗效分析. *中国当代医药*, 2013, 20(8): 54-55.

10 袁 蕾, 张金花, 刘惜时. 腹壁内异症 151 例临床分析. *中华妇产科杂志*, 2013, 48(2): 113-117.

11 路光升, 林婉君, 周 丽. 腹壁切口子宫内膜异位症 65 例临床分析. *国际妇产科学杂志*, 2010, 37(4): 291-293.

12 宋春蕾, 任冬秀. 局部注射孕激素治疗腹壁切口子宫内膜异位症. *实用医学杂志*, 2004, 20(10): 1180.

13 林 琳, 王 平. 腹壁切口子宫内膜异位症 112 例临床分析. *四川大学学报(医学版)*, 2009, 40(3): 568-封三.

14 包书楷. 剖宫产术后腹壁子宫内膜异位症手术 150 例临床分析. *医药前沿*, 2013, (4): 129.

15 邓 姗, 冷金花, 郎景和, 等. 腹壁子宫内膜异位症术前预测补片的可行性分析. *国际妇产科学杂志*, 2013, 40(4): 364-368.

16 王智彪, 李发琪, 冯 若. 治疗超声原理与应用. 南京: 南京大学出版社, 2008. 6.

17 Jin C, Zhu H, Wang Z, et al. High intensity focused ultrasound combined with transarterial chemoembolization for unresectable hepatocellular carcinoma: long-term follow-up and clinical analysis. *Eur Radiol*, 2011, 80(3): 662-669.

18 Al-Bataineh O, Jenne J, Huber P. Clinical and future applications of high intensity focused ultrasound in cancer. *Cancer Treat Rev*, 2012, 38(5): 346-353.

19 Wang Y, Wang W, Wang L, et al. Ultrasound-guided high-intensity focused ultrasound treatment for abdominal wall endometriosis: preliminary results. *Eur Radiol*, 2011, 79(1): 56-59.

20 左巧富. 超声引导高强度聚焦超声治疗腹壁子宫内膜异位症(附 28 例报告). *医学临床研究*, 2011, 28(11): 2142-2143.

21 Carrafiello G, Fontana F, Pellegrino C, et al. Radiofrequency ablation of abdominal wall endometrioma. *Cardiovasc Intervent Radiol*, 2009, 32(6): 1300-1303.

22 孙霭萍, 李京宏, 辛育龄. 电化学治疗腹壁会阴切口子宫内膜异位症疗效观察. *中国妇幼保健*, 2007, 22(17): 2424-2427.

23 刘 影, 韩忠宇, 李 辉, 等. 腹壁子宫内膜异位症发病相关因素分析. *中国实验诊断学*, 2013, 17(9): 1711-1712.

(收稿日期: 2014-06-15)

(修回日期: 2014-10-28)

(责任编辑: 王惠群)