

促排卵后的不同步双侧输卵管妊娠 1 例 报告及文献复习

戴 凌* 汤艳秋 邓 伟^①

(南京中医药大学附属昆山医院妇科, 昆山 215300)

文献标识: D 文章编号: 1009-6604(2017)10-0954-03

doi: 10.3969/j.issn.1009-6604.2017.10.028

双侧输卵管妊娠是一种罕见的异位妊娠, 在接受辅助生殖技术及促排卵治疗的女性中发生率高。与单侧输卵管妊娠相比, 双侧输卵管妊娠的临床表现没有特异性, 术前难以确诊。治疗方式取决于异位妊娠的部位、输卵管病变的程度、患者的生育要求。本文报道 2016 年 7 月 1 例手术确诊的促排卵后的不同步双侧输卵管妊娠, 并讨论对双侧输卵管妊娠患者的管理与治疗。

1 临床资料

患者 27 岁, 因“停经 39 天, 外院促排卵治疗后 26 天, 下腹隐痛伴阴道少量出血 2 天”于 2016 年 7 月 23 日急诊入院。身高 160 cm, 体重 70 kg, 既往月经规律, 经期 3~4 天, 周期 30~40 天, 经量中, 无痛经。孕 0 产 0。2016 年 3 月 30 日曾因“未避孕半年余未孕”至上海某医院诊断为“多囊卵巢综合征”。末次月经 6 月 14 日。6 月 27 日上海某医院给予醋酸曲普瑞林注射液(达必佳)、注射用绒促性素等治疗。7 月 18 日查血 β -hCG 1028 mIU/ml, 予口服地屈孕酮片(达芙通)。7 月 23 日我院查血 β -hCG 10 761 mIU/ml。阴道 B 超: 子宫前位, 子宫形态正常, 肌层回声均匀, 宫腔内见 37 mm×11 mm 液性暗区, 形态不规则; 右卵巢 33 mm×22 mm, 内见 15 mm×12 mm 液性暗区, 左卵巢 38 mm×33 mm, 内见 26 mm×23 mm 液性暗区, 前陷窝积液 29 mm, 后陷窝积液 18 mm; 提示宫腔内囊性结构, 宫腔积液? 请结合临床, 盆腔积液, 双卵巢内囊性结构。阴

道后穹窿穿刺抽出 3 ml 暗红色不凝血。妇科检查: 外阴: 已婚型; 阴道: 畅, 见少量暗红色血; 宫颈: 轻度炎症, 举痛(2+); 宫体: 前位, 正常大小, 边界清, 无压痛, 活动度可; 附件区: 左侧附件区压痛(+), 未触及明显肿块; 右侧附件区未触及明显异常。入院诊断: 腹痛待查, 异位妊娠?

入院后腹痛无缓解。7 月 25 日复查阴道 B 超: 子宫前位, 子宫体 49 mm×41 mm×56 mm, 形态正常, 肌层回声均匀, 宫腔液性分离 4 mm, 单层内膜厚 5 mm, 宫内未见孕囊; 右卵巢 36 mm×23 mm, 内见 17 mm×16 mm 混合性结构, 边缘见环形彩色血流信号, 阻力指数 0.36, 左卵巢 36 mm×28 mm, 内见 25 mm×18 mm 混合性回声, 边缘见环状彩色血流信号, 阻力指数 0.58, 左卵巢旁见 69 mm×50 mm 混合性回声, 边缘见点条状彩色血流信号, 阻力指数 0.71, 前陷窝积液 25 mm, 后陷窝积液 24 mm; 提示左卵巢旁混合性包块伴盆腔积液, 考虑异位妊娠, 宫腔少量积液, 双卵巢混合性结构, 考虑黄体。诊断: 异位妊娠破裂内出血。急诊行腹腔镜探查术。术中见: 盆腔积血及凝血块约 500 ml, 子宫前位, 正常大小, 表面充血, 见纤维素性粘连束带; 左侧输卵管壶腹部明显增粗, 大小约 4 cm×3 cm, 表面呈暗紫色, 输卵管伞端见凝血块, 右侧输卵管及双侧卵巢表面充血, 形态未见明显异常(术中未留影像资料)。行腹腔镜下左侧输卵管切除术。术后病理诊断: (左侧) 输卵管妊娠(图 1)。

7 月 30 日(术后 4 天)复查血 β -hCG 升高至

* 通讯作者, E-mail: dailing9530@sina.com

① 病理科

34 814 mIU/ml, 复查阴道 B 超: 右卵巢 24 mm × 24 mm, 外侧见妊娠囊回声, 大小约 26 mm × 18 mm, 内见胚芽及胎心血管搏动, 左卵巢大小 41 mm × 30 mm, 内见 29 mm × 21 mm 混合回声, 周边见环状彩色血流信号, 子宫后陷窝积液 15 mm, 肝肾间隙未见积液, 右侧髂窝见液性暗区, 深度约 14 mm, 提示: 右卵巢旁混合性包块, 考虑异位妊娠, 宫腔少量积液, 宫颈囊肿, 左卵巢内混合性结构, 考虑黄体可能, 盆腔积液。分析患者为促排卵治疗后不同步双侧输卵管妊娠, 与患者及家属充分沟通后, 行腹腔镜探查术, 术中见: 盆腔内淡黄色积液约 50 ml, 子宫前位,

正常大小, 表面光滑; 左侧输卵管缺如, 右侧输卵管壶腹部增粗, 大小约 3 cm × 2 cm, 表面色泽正常, 伞端无出血(图 2); 双侧卵巢外观未见异常。行腹腔镜下右侧输卵管开窗取胚术, 术后病理诊断: (右侧输卵管) 送检物为绒毛组织(图 3)。

术后监测血 β -hCG, 8 月 1 日 5770 mIU/ml, 8 月 5 日 1813 mIU/ml, 于 8 月 5 日出院, 出院诊断: 多部位异位妊娠(左侧输卵管妊娠, 右侧输卵管妊娠); 促排卵治疗后。9 月 9 日月经来潮, 无特殊不适。10 月 7 日入院复查阴道 B 超, 提示子宫、卵巢声像图未见明显异常, 血 β -hCG 0.83 mIU/ml。

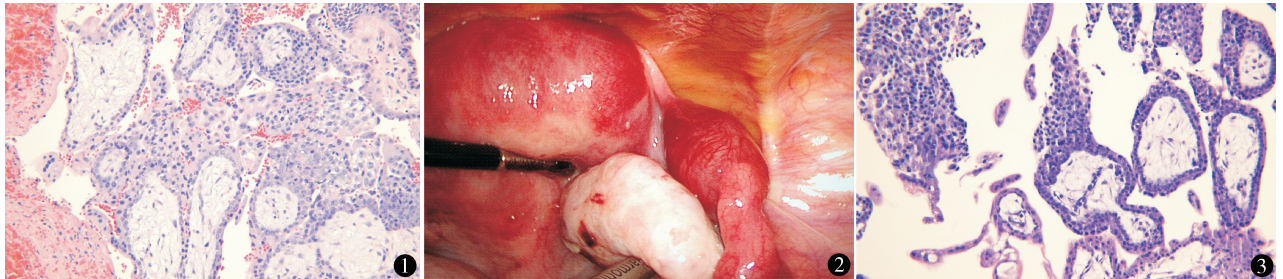


图 1 左侧输卵管腔内胎盘绒毛组织(HE 染色 ×200) 图 2 再次腹腔镜探查见右侧输卵管壶腹部增粗
图 3 右侧输卵管腔内胎盘绒毛组织(HE 染色 ×200)

2 讨论

双侧输卵管妊娠是一种罕见的异位妊娠, 据报道其发生率占异位妊娠的 1/(725 ~ 1580)^[1]。双侧输卵管妊娠的高危因素有盆腔炎性疾病、性传播疾病、促排卵治疗以及输卵管手术史。其发生机制有卵巢排卵数目增加、受精卵游走、异期复孕等^[1]。2013 年袁宝花报道 1 例自发性双侧输卵管同时妊娠破裂^[2]。促排卵可能会增加双侧输卵管妊娠风险, 一侧输卵管妊娠发生后, 需要注意对侧输卵管是否也存在异位妊娠。国内首例促排卵后的不同步双侧异位妊娠于 2014 年由浙江大学医学院附属妇产科医院报道^[3]。

Fishback^[4]于 1939 年首次提出双侧输卵管妊娠的诊断标准为: 双侧输卵管内均有胎儿、胚胎或胎盘组织。Norris^[5]于 1953 年认为只要在显微镜下于双侧输卵管内发现绒毛即可做出诊断。因此, 双侧输卵管妊娠需经手术确诊。临床表现及血 β -hCG 均不能鉴别双侧输卵管妊娠与单侧输卵管妊娠。术前超声也很难判断双侧输卵管妊娠, 由于单侧输卵管妊娠或附件区包块与双侧输卵管妊娠有相同的临

床表现, 所以超声不能作为双侧输卵管妊娠的诊断标准。

双侧输卵管妊娠的处理方式取决于患者发病时的情况、输卵管病变的范围、患者的生育要求等^[1]。可以采用阴道超声引导下双侧输卵管内注射甲氨蝶呤(MTX)^[6], 但是, 如果术前不能准确诊断双侧输卵管妊娠, 将会导致单侧注射 MTX 而治疗失败^[7]。MTX 50 ~ 75 mg/m² 肌注可以治疗双侧输卵管妊娠以及双侧输卵管开窗取胚术后的持续性异位妊娠^[6]。手术可以选择一侧输卵管切除及另一侧输卵管开窗取胚术, 选择保留输卵管的手术方式时要权衡将来发生重复异位妊娠的风险^[7], 首选腹腔镜手术^[8]。如果患者生命体征不稳定, 也可以选择开腹手术^[9]。医生要有双侧输卵管妊娠的意识, 以防在腹腔镜手术中漏诊双侧输卵管妊娠。本例 1 周内经历 2 次腹腔镜手术, 与患方经过充分细致的沟通, 患方能够理解并配合治疗。但面对该类促排卵治疗后发生的异位妊娠, 在第一次手术前沟通时, 并未提及“双侧输卵管妊娠”的可能, 暴露了我们对“双侧输卵管妊娠”缺乏认识和警惕性。第一次手术选择

(下转第 960 页)

(上接第 955 页)

直接切除妊娠之左侧输卵管,却未留存右侧输卵管外观正常的影像,这也有所欠缺。所幸术后复查血 β -hCG 异常升高提示了妊娠的持续存在。

术后需随访血 β -hCG 至少 4 周,尤其是在输卵管开窗取胚术后,以发现持续性异位妊娠。如果血 β -hCG 没有下降或临床症状持续无缓解,可以再次行腹腔镜探查或剖腹探查,也可以选择肌注 MTX 杀灭残留的滋养细胞而避免再次手术^[9]。

参考文献

- 1 Andrews J, Farrell S. Spontaneous bilateral tubal pregnancies; a case report. J Obstet Gynaecol Can, 2008, 30(1): 51 - 54.
- 2 袁宝花. 双侧输卵管同时异位妊娠破裂 1 例. 包头医学院学报, 2013, 29(2): 3, 9.
- 3 Bo ZHU, Gu-feng XU, Yi-feng LIU, 等. 促排卵后的不同步双侧异位妊娠. 浙江大学学报(英文版)(B 辑: 生物医学和生物技术), 2014, 15(8): 750 - 755.
- 4 Fishback HR. Bilateral simultaneous tubal pregnancy. Am J Obstet Gynecol, 1939, 37(6): 1035 - 1037.
- 5 Norris S. Bilateral simultaneous tubal pregnancy. Can Med Assoc J, 1953, 68(4): 379 - 381.
- 6 Sentilhes L, Bouet PE, Jalle T, et al. Ultrasound diagnosis of spontaneous bilateral tubal pregnancy. Aust NZJ Obstet Gynaecol,

2009, 49(6): 695 - 696.

- 7 Marcovici I, Scoccia B. Spontaneous bilateral tubal ectopic pregnancy and failed methotrexate therapy: a case report. Am J Obstet Gynecol, 1997, 177(6): 1545 - 1546.
- 8 Mol F, van Mello NM, Strandell A. European Surgery in Ectopic Pregnancy (ESEP) study group. Salpingotomy versus salpingectomy in women with tubal pregnancy (ESEP study): an open-label, multicentre, randomised controlled trial. Lancet, 2014, 383(9927): 1483 - 1489.
- 9 Fukuda T, Inoue H, Toyama Y, et al. Bilateral tubal and intrauterine pregnancies diagnosed at laparoscopy. J Obstet Gynaecol Res, 2014, 40(10): 2114 - 2117.

(收稿日期: 2016 - 10 - 09)

(修回日期: 2017 - 02 - 07)

(责任编辑: 王惠群)

编者按 本文报道双侧输卵管妊娠 1 例值得促排卵治疗后严密观察的危重并发症, 作者认为本例是不同步双侧输卵管妊娠, 有待商榷。第一次术后 4 天复查 B 超提示右卵巢外侧见妊娠囊回声 26 mm × 18 mm, 内见胚芽及胎心血管搏动, 这是停经 7 ~ 8 周表现, 表明第一次术前 B 超漏诊, 术中漏诊, 其原因有待分析。