· 病例报告 ·

重复剖宫产瘢痕妊娠 1 例

梅松原* 魏金花 韩秋丽 石 岩

(哈尔滨 242 医院妇科,哈尔滨 150066)

文献标识:D **文章编号**:1009 - 6604(2018)03 - 0285 - 04

doi:10.3969/j.issn.1009 - 6604.2018.03.025

剖宫产瘢痕妊娠(cesarean scar pregnancy, CSP)是指受精卵着床于既往剖宫产瘢痕处的异位妊娠,较为罕见,可导致胎盘植入、子宫破裂甚至孕产妇死亡,是剖宫产术后远期潜在的严重并发症。CSP 的临床表现多样,目前尚缺乏统一的治疗规范。随着二胎政策放开,CSP 患病率明显增加。本文报道同一患者 2 次 CSP,从病例特点、诊断和治疗方案及 2 次介入的对比等多角度进行分析总结,现报道如下。

1 临床资料

患者 2007 年子宫下段剖宫产术,分别于 2010、2015 年因 CSP 入我院治疗,报道如下。

第 1 次入院:34 岁,因“停经 44 d,药物流产后阴道流血 9 h”于 2010 年 8 月 5 日入院。患者平素月经规律,经期 3 ~ 5 d,周期 28 d。末次月经:2010 年 6 月 22 日。生育史:G_2P_1,2007 年剖宫产 1 次。停经 42 d 超声检查提示宫腔内子宫下段见妊娠囊,大小 2.0 cm × 1.8 cm,药物流产失败,刮宫后出现持续阴道流血,经缩宫素静点止血对症治疗,阴道流血增多无改善,转入我院。我院超声检查提示:宫底内膜清晰,厚约 0.5cm,子宫下段内膜不清晰,子宫下段可见一低回声区,2.9 cm × 2.7 cm,边界尚清晰,内部回声尚均匀,其前缘距离前壁浆膜层 4.3 mm。查体:血压 86/50 mm Hg,脉搏 74 次/min,体温 36.3 ℃,呼吸 19 次/min。贫血貌,心肺无异常,腹平软,无压痛反跳痛。妇科检查:阴道大量血凝块,宫颈常大,自宫颈口活动性出血,子宫增大,质软,余无异常。血常规:Hb 70g/L,Hct 21.7%。血 β-hCG 21 244 IU/L,肝肾功及凝血象均未见异常。入院诊断:CSP,药物流产术后继发中度贫血。鉴于患者出血较多,入院后给予输血止血对症宫腔压迫治疗,行双侧子宫动脉栓塞术(uterine artery embolization,UAE),见图 1,术中使用甲氨蝶呤 25 mg。术后患者阴道流血量明显减少,监测血 β-hCG 成阶梯性下降。8 月 22 日血 β-hCG 284 IU/L。超声检查:子宫下段宫腔内可见 2.6 cm × 1.4 cm 低至无回声,延续至宫颈内口,形态欠规则,内见少许强回声条索(图 2)。宫腔镜检查:宫腔内前壁下段剖宫产瘢痕处陈旧机化组织,呈不规则团块状,剖宫产瘢痕缺陷(cesarean scar defect, CSD)。与患者沟通病情行,局麻宫腔镜下妊娠病灶切除术,切除机化妊娠组织约 15 g,出血 30 ml。术后病理:妊娠机化,坏死及瘢痕组织(图 3)。8 月 29 日复查阴式超声宫腔线清晰,内膜 0.5 cm,未见异常,患者出院。出院后 3 周血 hCG 降至正常,继续随访 3 个月,月经恢复正常规律。

第 2 次入院:38 岁,因“停经 77 d,流产后阴道大量流血 2 h”于 2015 年 2 月 6 日入院。末次月经:2014 年 11 月 21 日。2015 年 2 月 6 日行药物流产未见妊娠囊排出,遂行刮宫术,术中出血约 500 ml,刮出组织未见妊娠囊,阴道填砂压迫止血后来我院。超声检查示子宫下段异常回声,可见稍强回声 6.0 cm × 3.8 cm,其内可见孕囊 1.9 cm × 1.0 cm,形态略欠规则,子宫下段肌层连续性尚完整,最薄处 2.7 mm(图 4)。查体:生命体征平稳,心肺无异常,腹平软,无压痛反跳痛。妇科检查:阴道填纱状态,无明显出血,宫颈口未开,子宫稍增大,质软,余无异常。心电胸片,肝肾功及凝血象均未见异常。Hb 121g/L。血 β-HCG 11 080 IU/L。既往 2012 年 4 月 5 日妊娠 43 d,孕囊位置正常,成功行人工流产术。入院诊断:CSP,人工流产术后。入院后完善相关检查,再次行局麻下双侧子宫动脉栓塞术(图 5),输液,备止血药、缩宫素及抢救设备,超声引导下刮宫术,术中

* 通讯作者,E-mail:msy242@163.com

出血 300 ml。术后病理:蜕膜组织,少量滋养细胞绒毛(图 6)。2 月 10 日血 β-hCG 8020 IU/L,予甲氨蝶呤 50 mg 分臀肌注。2 月 13 日血 β-hCG > 5804 IU/L,2 月 17 日血 β-hCG > 3777 IU/L。2 月 22 日复查阴式超声宫腔线清晰,内膜 0.6 cm,未见异常,血 β – hCG > 1025 IU/L,患者出院。出院后 3 周血 hCG 降至正常。随访 3 个月,月经恢复正常。

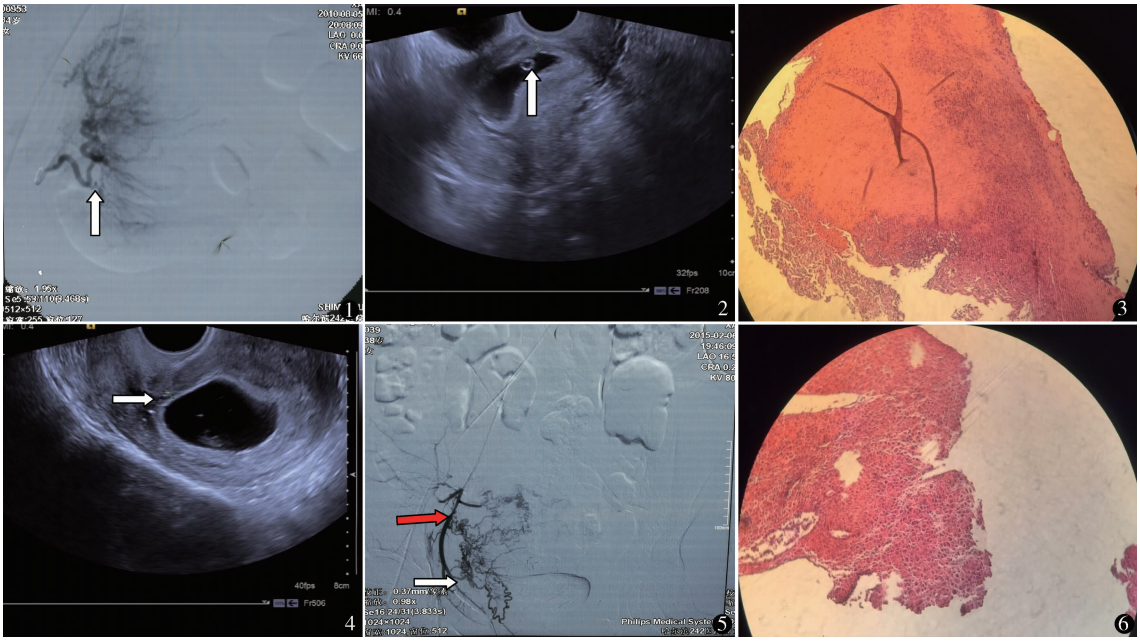


图 1　子宫动脉造影,箭头所示为子宫动脉主干　图 2　超声示宫腔内可见 2.6 cm × 1.4 cm 低至无回声,延续至宫颈内口,形态欠规则低回声　图 3　妊娠机化,坏死及瘢痕组织(HE 染色　×100)　图 4　超声示子宫下段异常回声,肌层连续性尚完整,最薄处 2.7 mm　图 5　子宫动脉造影,白色箭头为子宫动脉主干,与图 1 对比,子宫动脉主干变细,黑色箭头为开放的侧支循环　图 6　蜕膜组织,少量滋养细胞绒毛(HE 染色　×100)

2　讨论

CSP 于 1978 年由 Larsena 和 Solomon 首次报道并提出概念,CSP 发病率逐年上升,国外发病率 1∶2216 ~ 1∶1800,占有剖宫产史妇女的 1.15%[1]。2010 年世界卫生组织的一份报告指出,中国的剖宫产率已达 46.2%,国内发病率近十年从 7∶100 000 升至 36.2∶100 000[2]。伴随我国二胎政策放开,CSP 检出率也成上升状态。二次 CSP 时有发生,Maymon 等[3]研究显示,CSP 再次妊娠生育结局多数是良好的,孕期和分娩时发生并发症的风险并不比正常有剖宫产史的孕妇高,重复发生 CSP 的风险为 25%。由于 CSP 出现症状的早晚不一,与剖宫产术后时间无关,易于误诊,早期诊断存在困难。血 hCG 能够辅助评估滋养细胞活性及子宫破裂风险,经阴道超声(transvaginal ultrasonography, TVS)和 MRI 可以提高诊断准确性,逐渐成为诊断 CSP 的金标准。CSP 发病机制尚不明确,诊断也无国际统一标准,治疗没有统一的循证医学指南[4]。治疗多样化,可选择的方法多达 12 余种:局部血管硬化技术、UAE、药物保守治疗、保留生育功能的阴式手术、宫腹腔镜手术、全子宫切除术、高强度聚焦超声等[5],多种方法各有优点。李正子等[6]报道外突型 CSP 行阴式手术效果良好。依据 2016 年 CSP 诊断与治疗共识[7],根据临床表现及超声特点我国将 CSP 分为 3 型:Ⅰ型,瘢痕处宫腔内孕囊存活型;Ⅱ型,瘢痕处肌层内孕囊型;Ⅲ型,包块型或类滋养细胞疾病型。专家共识突出 CSP 治疗应清除妊娠组织,减少出血,保留生育功能,结合患者意愿,权衡利弊选择更加微创化、个体化、精准化的治疗方式。

本例的特点:①CSP 易于误诊。应该对医源性疾病给予早期高度重视。CSP 的临床表现呈多样性,孕早期的临床经过可与正常宫内妊娠一样,如停经、子宫增大及血 β-hCG 升高等,也可表现为孕早期出血及下腹痛,所以误诊率较高。李苏萍等[8]报道 53 例首诊的 CSP 33.9%(18/53)误诊为宫内早孕;30.2%(16/53)诊断为阴道出血原因待查和子宫下段混合性包块待查;3.8%(2/53)分别误诊为先兆流产和滋养细胞肿瘤;只有 28.3%(15/53)首次诊断为 CSP。本例初诊依据患者病史及超声检查

未明显提示 CSP,入院诊断为Ⅰ型 CSP,行 UAE 联合药物及宫腔镜病灶切除术,转归良好,再次妊娠仍为 CSP,门诊仍没有完全重视,导致误诊误治。②早期诊断是处理 CSP 的关键。TVS、MRI 可作为首选筛查诊断依据。对于血流动力学异常及持续性阴道出血者应急诊手术,避免期待治疗和盲目刮宫。③同为介入治疗,2 次均有效,但效果不同。患者入院前诊断不明,盲目刮宫,持续出血,经子宫动脉血管介入达到稳定血液动力安全,结合药物及手术达到终止妊娠目的,而再次入院时进行血管介入,见子宫动脉主干变细,侧枝循环建立开放,栓塞效果欠佳,介入后刮宫失血较多。④CSP 是剖宫产术后概率事件,再次 CSP 介入治疗有效。该患者首次 CSP 术后 2 年曾有过一次活胎人工流产,说明孕囊绒毛附着位置极为关键。患者于 4 年后重复 CSP 再次急诊介入治疗有效,但要注意介入后手术时机。Chou 等[9]报道为减少清宫术中出血及预防术后出血的发生,可于术前 24 h 内进行选择性双侧 UAE,临床证实安全有效。我们考虑到患者子宫动脉变异,血管侧支开放程度,结合超声引导后及时刮宫,失血量仍达 300 ml,可见,对于重复介入治疗 CSP 有待进一步认识。⑤保留生育功能的手术可以达到终止妊娠目的。首次入院 UAE 后,为进一步明确剖宫产缺陷及妊娠组织残留行宫腔镜检查提示 CSD,宫内妊娠组织残留,行宫腔镜电切术,切除病灶,改善临床症状。⑥本例拒绝修复性手术,结合 CSP 缺少修复术后再次妊娠的循证医学证据,实施保守的清宫手术,CSD 病因没有纠正,并且可能存在子宫组织丢失,加重 CSD,继而重复 CSP,甚至孕晚期凶险型前置胎盘可能。

CSP 治疗的目的在于及时终止妊娠,防止子宫破裂、大出血等严重并发症的发生,以保留患者的生育功能,同时要尽量避免再次 CSP。因 CSP 患者多存在 CSD,所以治疗 CSD 成为避免再次 CSP 的关键,手术切除瘢痕缺陷可避免再次 CSP。①宫腔镜电切术[10]:将宫腔内有活瓣作用的剖宫产切口下缘切除,修复缺损,以利于经血流出,损伤小,操作简单。Raimondo 等[11]报道 87.0% 的患者症状能得以改善。但无法缝合,未能对瘢痕缺陷进行真正的修补,若再次妊娠仍可发生 CSP。②阴式手术:能有效减少月经量,但手术视野窄,需要术者熟练的手术技巧,术者于子宫表面用手指触摸及超声等辅助定位,难以保证定位的准确性,若存在子宫瘢痕处与腹壁或膀胱粘连,易损伤膀胱及尿道。③腹腔镜手术:Li 等[12]通过对比宫腔镜与腹腔镜手术切除瘢痕组织,认为对于有生育要求且瘢痕缺陷肌层厚度 < 3.5 mm 或前壁瘢痕缺陷≥50.0% 面积的患者,选择腹腔镜手术更合适; 肌层厚度≥3.5 mm 或前壁瘢痕缺陷 < 50.0% 选择宫腔镜手术较好。④宫腹腔镜联合治疗[13]:宫腔镜检查定位准确,瘢痕缺陷部位切除彻底,腹腔镜手术可分离盆腔粘连,恢复子宫、膀胱的解剖位置,腹腔镜下全层缝合后再次用宫腔镜进行评估,确保缝合效果。可见,宫腹腔镜联合手术彻底切除 CSD,全层缝合,恢复子宫解剖,有效减少 CSP 的发生。此外,国外研究[14,15]结果表明多次剖宫产不仅可以增加 CSD 的发生率,还可能增大瘢痕缺陷的面积,因此,严格控制剖宫产指征,减少剖宫产次数,可降低 CSD 发生,减少 CSP。

可见,对于有生育要求的患者,各种非修复性手术不能去除病因,手术切除病灶修复缺陷可能是最佳选择方案。对于不同妊娠时期的 CSP,处置不同,但缺少循证医学佐证。Hoshino 等[16]认为 CSP 在 7 周以内妊娠囊、子宫内膜、肌层粘连并不那么紧密,在超声监测下抽吸孕囊是安全有效的,孕周 >8 周、孕囊 >6 cm,介入术后不适合选择清宫术,可考虑行手术切除病灶。手术清除瘢痕部位异位妊娠组织同时缝合裂口是治疗 CSP 的最佳方法[17,18]。总之,在各种治疗方案中,以 UAE 治疗结合宫腹腔镜治疗最为有效[19],戚燕妮等[20]报道腹腔镜下子宫动脉阻断、病灶切除及子宫修补术治疗Ⅱ型剖宫产瘢痕妊娠安全有效。

根据本例 CSP 的处理难点主要有以下几个方面:①不能及时诊断,误诊误治,盲目清宫,危及生命;②缺乏经验,不能明确分型,合理选择个体化治疗方案;③抢救能力,有高超的 TVS、MRI、介入及宫腹腔镜技术;④CSD 的手术修复对术者经验及技术要求高。

尽管本例 CSP 治疗尚存在诸多问题,但能警示我们对 CSP 提高重视程度,不具备抢救诊治能力的医院建议转诊到设施完善,诊疗水平高的医院实施治疗。我们应结合 2016 年中华医学会计划生育学会分会制定的“CSP 诊治共识”,指导临床工作,规范临床诊疗行为,加强医疗风险防范,同时建议大的研究中心能够建立具备充分循证医学证据的治疗指南。

参考文献

1 Litwicka K, Greco E. Caesarean scar pregnancy: a review of management options. Curr Opin Obstet Gynecol, 2013, 25(6): 456 - 461.

2 Long Q, Klemetti R, Wang Y, et al. High caesarean section rate in rural China: is it related to health insurance (New Co-operative Medical Scheme). Social Sci Med, 2012, 75(4): 733 - 737.

3 Maymon R, Svirsky R, Smorgick N, et al. Fertility performance and obstetric outcomes among women with previous cesarean scar pregnancy. Ultras Med, 2011, 30(9): 1179 – 1184.

4 Ash MA, Haberman S, Maxwell D. Caesarean scar pregnancy. BJOG, 2007, 114(3): 253 – 263.

5 张淑珍, 赵玲利, 李明奎, 等. 超声介入下注射聚桂醇在治疗剖宫产瘢痕妊娠 61 例中的应用. 实用妇产科杂志, 2015, 31(2): 112 – 115.

6 李正子, 贾菲菲, 杨润乔. 经阴道剖宫产瘢痕妊娠病灶切除术 9 例报告. 中国微创外科杂志, 2015, 15(2): 175 – 176.

7 中华医学会妇产科学分会计划生育学组. 剖宫产术后子宫瘢痕妊娠诊治专家共识(2016). 中华妇产科杂志, 2016, 51(8): 568 – 572.

8 李苏萍, 吴新华. 剖宫产术后子宫瘢痕部位妊娠 53 例临床分析. 现代妇产科进展, 2012, 21(3): 233 – 234.

9 Chou MM, Hwang JI, Tseng JJ, et al. Cesarean scar pregnancy: Quantitative assessment of uterine neovascularization with 3-dimensional color power Doppler imaging and successful treatment with uterine artery embolization. Am J Obstet Gynecol, 2004, 190(3): 866 – 868.

10 徐大宝, 何大琼, 刘　慧. 宫腔镜手术治疗剖宫产子宫切口瘢痕缺陷. 南方医科大学学报, 2010, 30(2): 394 – 396.

11 Raimondo G, Grifone G, Raimondo D. Hysteroscopic treatment of symptomatic cesarean-induced isthmocele: a prospective study. J Minim Invasive Gynecol, 2015, 22(2): 297 – 301.

12 Li C, Guo Y, Liu Y, et al. Hysteroscopic and laparoscopic management of uterine defects on previous cesarean delivery scars. J Perinat Med, 2014, 42(3): 363 – 370.

13 蒋清清, 于　鹏, 谢红斌. 宫腹腔镜联合手术治疗剖宫产子宫切口瘢痕缺陷. 中国内镜杂志, 2016, 22(1): 83 – 85.

14 Roberge S, Boutin A, Chaille TN, et al. Systematic review of cesarean scar assessment in the nonpregnant state: imaging techniques and uterine scar defect. Am J Perinatol, 2012, 29(6): 465 – 471.

15 Wang CB, Chiu WW, Lee CY, et al. Cesarean scar defect: correlation between cesarean section number, defect size, clinical symptoms and uterine position. Ultrasound Obstet Gynecol, 2009, 34(1): 85 – 89.

16 Hoshino T, Kita M, Imai Y. Macroscopic appearance of auterus with a cesarean scar pregnancy. Gynecol Obstet, 2011, 115(1): 65 – 66.

17 王　乔, 彭鸿灵, 何　镭, 等. 介入治疗联合清宫术治疗 123 例剖宫产瘢痕妊娠的疗效评价及临床研究. 实用妇产科杂志, 2015, 31(5): 372 – 375.

18 Fylstra DL. Ectopic pregnancy within a cesarean scar: a review. Obstet Gynecol Surg, 2002, 57(8): 537 – 543.

19 Xin Wu, Qiujing Zhu, Xuezhe Wu. Combined laparoscopy and hysteroscopy vs. uterine curettage in the uterine artery embolization-based management of cesarean scar pregnancy: a cohort study. Clin Exp Med, 2014, 7(9): 2793 – 2803.

20 戚燕妮, 吴丹梅, 杨　帆, 等. Ⅱ型剖宫产瘢痕妊娠的腹腔镜处理. 中国微创外科杂志, 2015, 15(1): 30 – 32.

(收稿日期: 2017 – 02 – 02)
(修回日期: 2017 – 06 – 09)
(责任编辑: 李贺琼)