

女性生殖道畸形伴盆腔深部浸润型子宫内膜异位症 23 例临床分析

李未娟 熊丹^① 黄懿 黄浩*

(广东省佛山市南海区人民医院妇科, 佛山 528000)

【摘要】 目的 探讨女性生殖道畸形伴盆腔深部浸润型子宫内膜异位症(deep infiltrating endometriosis, DIE)的临床特点、诊断和治疗方法。**方法** 对 2005 年 6 月~2017 年 11 月经手术及病理确诊的 23 例女性生殖道畸形伴 DIE 的临床资料进行回顾性分析。21 例行腹腔镜下 DIE 病灶切除及粘连松解术, 其中 13 例术中同时行卵巢子宫内膜异位囊肿剥除术, 3 例行患侧附件切除术; 2 例行腹腔镜下 DIE 病灶及全子宫切除术。12 例同时行宫腔镜检查, 其中 8 例行宫腔镜下子宫中隔切除术, 1 例行宫腔镜下阴道斜隔切除术。**结果** 本组诊断梗阻型生殖道畸形 4 例, 非梗阻型 19 例。按 Chapron 提出的 DIE 解剖分型: II 型 11 例, III 型 6 例, II 型及 III 型 6 例(以 II 型为主)。7 例 DIE 病灶不能完全切除者术后常规行 3~6 个月 GnRH-a 治疗。23 例随访 6~150 个月, 平均 47.7 月。8 例合并不孕者中 3 例活产, 1 例自然流产。术后疼痛缓解率 83.3% (15/18)。2 例分别于术后 11 及 17 个月异位症复发。**结论** 梗阻型及非梗阻型生殖道畸形均有可能发生 DIE, 手术中应尽可能地去掉 DIE 病灶, 解除畸形, 保护生育功能, 药物可作为辅助治疗。

【关键词】 女性生殖道畸形; 深部浸润型子宫内膜异位症

文献标识: A 文章编号: 1009-6604(2018)11-0989-04

doi: 10.3969/j.issn.1009-6604.2018.11.008

Clinical Analysis of 23 Cases of Female Genital Tract Malformation Complicated With Deep Infiltrating Endometriosis

Li Mojuan*, Xiong Dan, Huang Yi*, et al.* Department of Gynecology, Nanhai District People's Hospital of Foshan, Foshan 528000, China

Corresponding author: Huang Hao, E-mail: fshaos@163.com

【Abstract】 Objective To explore the clinical features, diagnosis, and treatment of female genital tract malformation with deep infiltrating endometriosis (DIE). **Methods** A retrospective analysis was carried out on clinical data of 23 female cases of genital tract malformation with DIE confirmed by surgery and pathological examinations from June 2005 to November 2017. There were 21 cases of laparoscopic DIE lesions resection and adhesion release, 13 of which were combined with ovarian endometriosis cyst removal and 3 of which were combined with adnexectomy. There were 2 cases of laparoscopic surgery of DIE and total hysterectomy. Hysteroscopy was performed concurrently in 12 cases, 8 of which underwent septectomy and 1 of which underwent longitudinal vaginal septum resection. **Results** A total of 4 cases of obstructive and 19 cases of non-obstructive reproductive tract malformation were diagnosed. According to the Chapron's anatomical type, there were 11 cases of type II, 6 cases of type III, and 6 cases of combination of type II and type III (based on type II). Seven patients with DIE lesion not completely resected were treated with GnRH-a treatment for 3-6 months after surgery. A total of 23 cases were followed up for 6-150 months (mean, 47.7 months). In 8 cases with infertility, there were 3 cases of live births and 1 case of spontaneous abortion. The postoperative pain relief rate was 83.3% (15/18). There were 2 cases of DIE recurrence at 11 months and 17 months after surgery. **Conclusions** DIE may occur in both obstructive and non-obstructive reproductive tract malformations. The DIE lesion should be removed as much as possible during surgery to correct deformity and protect reproductive function. Medication can be used as an auxiliary treatment.

【Key Words】 Female genital tract malformation; Deep infiltrating endometriosis

* 通讯作者, E-mail: fshaos@163.com

① (广东医科大学附属医院内一科, 湛江 524000)

深部浸润型子宫内膜异位症 (deep infiltrating endometriosis, DIE) 是子宫内膜异位症 (内异症) 的一种类型,指腹膜下出现子宫内膜种植、纤维化形成和肌组织增生,并且病灶浸润深度 ≥ 5 mm^[1]。对于女性生殖道畸形伴 DIE 患者,手术过程中除了要考虑 DIE 病灶的处理,还要考虑生殖道畸形矫正问题,因此手术难度大。本研究回顾性分析 2005 年 6 月~2017 年 11 月手术并经病理确诊的 23 例女性生殖道畸形伴 DIE 患者资料,探讨其临床特点、诊断和治疗方法。

1 临床资料与方法

1.1 一般资料

本组 23 例,年龄 16~47 岁,平均 28.4 岁。合并不孕症 8 例 (33.3%),其中原发不孕 3 例,继发不孕 5 例。20 例有症状,其中疼痛 18 例,包括痛经 15 例,性交痛 2 例,急性下腹痛 1 例;月经量多伴贫血 2 例。4 例阴道后穹隆处可扪及明显触痛,其中 3 例可扪及硬节,直径 2~4 cm,界限不清,活动度差。16 例可扪及一侧或双侧附件区包块,经术前常规超声检查提示卵巢子宫内膜异位囊肿,左侧 6 例,右侧 3 例,双侧 7 例,其中左侧囊肿 (13 例) 直径 (6.6 ± 3.1) cm,右侧囊肿 (10 例) 直径 (7.3 ± 4.1) cm;1 例超声提示子宫腺肌症。5 例有手术史,包括剖宫产 2 例,腹腔镜阑尾切除 1 例,腹腔镜左卵巢子宫内膜异位囊肿剥除 1 例,处女膜闭锁切开成形 1 例。术前妇科检查及超声等诊断梗阻型生殖道畸形 4 例,包括残角子宫、阴道斜隔、处女膜闭锁 (半年前行处女膜闭锁切开成形术)、MRKH 综合征 (Mayer-Rokitansky-Kuster-Hauser syndrome) 各 1 例;非梗阻型生殖道畸形 18 例,包括子宫中隔 11 例,双子宫 5 例,单角子宫 2 例;未诊断生殖道畸形 1 例。

1.2 方法

1.2.1 宫腔镜手术 对有性生活史、不孕史、流产史或异常月经史的生殖道畸形患者行宫腔镜检查术,如发现有子宫中隔、阴道斜隔且有希望生育者需行宫腔镜下生殖道畸形矫正术,方法如下^[2]:①在腹腔镜监视下经阴道置入宫腔镜检查镜,明确病变部位。②换宫腔电切镜,以环形或针状电极切除子宫中隔或阴道斜隔组织。转腹腔镜行 DIE 手术。

1.2.2 DIE 手术 无生育要求者或病情重且无生育能力者行腹腔镜下 DIE 病灶及全子宫切除术^[3-5],方法如下:①术前行常规及清洁肠道准备,采用气管插管全身麻醉,截石位;有性生活史者放置

举宫器。②腹腔镜探查。③如有盆腔粘连和卵巢内膜异位囊肿,采用钝、锐性分离,使卵巢恢复游离状态,充分暴露术野,尽可能多地保留正常卵巢组织。④分离子宫后方的粘连,充分暴露后盆腔术野。⑤分离直肠侧间隙及前间隙。⑥分别凝切两侧子宫圆韧带、输卵管根部和卵巢固有韧带。打开双侧阔韧带前叶和膀胱返折腹膜,下推膀胱。⑦分离右侧输尿管并向外侧推开,凝切右侧子宫动静脉和骶主韧带。同法处理左侧子宫血管和骶主韧带。切开阴道穹隆,切下子宫从阴道牵出。⑧缝合阴道断端。电凝止血并彻底冲洗盆腹腔。

年轻或保留生育功能者行腹腔镜下 DIE 病灶切除及粘连松解术^[3-5],方法如下:①~⑤同上。⑥分离输尿管并向外侧推开。⑦切除阴道直肠隔 DIE 病灶及宫骶韧带等处的 DIE 病灶,电凝止血并彻底冲洗盆腹腔。

1.2.3 围手术期用药^[6-8] 对于盆腔粘连严重病灶不能彻底切除者术后给予促性腺激素释放激素激动剂 (gonadotropin releasing hormone analogue, GnRH-a) 亮丙瑞林皮下注射,每 28 天一次 (3.75 mg),3~6 次。

2 结果

23 例术后的诊断包括 19 例非梗阻型生殖道畸形:子宫中隔 11 例,双子宫 5 例,单角子宫 2 例,鞍形子宫 1 例 (术前漏诊);4 例梗阻型生殖道畸形:残角子宫、阴道斜隔、处女膜闭锁、MRKH 综合征各 1 例。对有性生活史、不孕史、流产史或异常月经史的生殖道畸形 12 例同时行宫腔镜检查术,其中 8 例有希望生育者行宫腔镜下子宫中隔切除术,1 例行宫腔镜下阴道斜隔切除术,1 例无性生活史及 2 例已完成生育且无异常月经史的子宫中隔患者未行宫腔镜下子宫中隔切除术。

23 例按 Chapron 等^[9] 的 DIE 解剖分型:Ⅱ型 (病灶仅浸润骶骨固有韧带) 11 例,Ⅲ型 (发生于阴道,病灶浸润直肠子宫陷凹、阴道后穹隆及腹膜后区域) 6 例,Ⅱ型及Ⅲ型 6 例 (以Ⅱ型为主)。病灶均经术后组织病理证实。21 例行腹腔镜下 DIE 病灶切除和盆腔粘连松解术,其中 13 例同时行卵巢子宫内膜异位囊肿剥除术,3 例行患侧附件切除术;2 例行腹腔镜下 DIE 病灶及全子宫切除术,其中 1 例为 MRKH 综合征伴盆腔 DIE,另 1 例为残角子宫、子宫腺肌症、卵巢子宫内膜异位囊肿伴盆腔 DIE。7 例盆腔粘连严重 DIE 病灶不能完全切除者,术后

GnRH-a 治疗 3 ~ 6 个月。

23 例全部随访。随访时间 6 ~ 150 个月, 平均 47.7 月。8 例合并不孕者中 3 例于术后 2 年内自然妊娠并活产, 1 例自然流产。术后疼痛缓解率 83.3% (15/18), 3 例未缓解者均为痛经。2 例分别于术后 11、17 个月复发, 彩超提示卵巢子宫内膜异位囊肿病灶, 无明显不适。

3 讨论

3.1 女性生殖道畸形伴 DIE 的手术必要性

DIE 的发生机制包括多种学说, 如异位种植学说、体腔上皮化生学说、“在位内膜决定论”、免疫与炎症因素学说等^[10,11], 多数研究倾向于种植学说^[5]。生殖道畸形可能是引起 DIE 的原因之一, 因为梗阻型生殖道畸形经血排出受阻, 增加了经血逆流的可能性, 符合异位种植学说。邓玉清等^[12]的研究支持此理论。本组 1 例 MRKH 综合征, 16 岁时曾接受腹腔镜下卵巢巧克力囊肿剥除术, 术后 12 年因“腹痛难忍”再次入院, 体格检查, 会阴区存有一长约 5 cm 的“阴道”(有性生活史), 盆腹腔巨大囊性包块, 活动度差, 有压痛。因存有功能的子宫内膜, 在梗阻型生殖道畸形中造成经血排出受阻, 长期经血逆流引发右侧宫腔及右侧宫角扩张积血, 双侧卵巢多发性子宫内膜异位囊肿。所以再次手术时行子宫及右附件切除, 分离粘连, 左卵巢囊肿剥除及盆腔 DIE 病灶切除。已有关于 MRKH 综合征合并严重子宫内膜异位症的报道^[13], 可行经阴道成形术。本组 1 例曾行处女膜闭锁切开成形术, 术后半年因卵巢巧克力囊肿进行手术, 术中发现 DIE 病灶。所以, 对于生殖道畸形伴 DIE 的患者, 特别是梗阻型生殖道畸形患者, 应尽早手术, 并最大程度保护生殖功能。

DIE 的诊断依靠病史、体征、超声及 MRI 等影像学检查, 但仍有 80% 的 DIE 术前仅诊断卵巢囊肿、阑尾炎及不孕症而漏诊^[14]。DIE 的确诊需要手术及术后病理组织学检查^[5]。本组术前绝大多数初步诊断为卵巢囊肿, 仅 4 例诊断 DIE, 因此, DIE 的诊治中应以手术为主, 目的在于明确诊断、彻底切除病灶、分离粘连、缓解疼痛、提高生育机能。

3.2 生殖道畸形合并 DIE 的手术要点

DIE 的治疗多主张采用腹腔镜手术^[5], 完全切除 DIE 病灶是首选方法。对于合并生殖道畸形的 DIE, 术中还应尽最大程度保护生育功能。DIE 最常受累的部位是宫骶韧带、阴道后穹隆、阴道直肠膈、

直肠、膀胱、输尿管等^[14], 要仔细分离粘连, 尽量恢复正常解剖关系, 充分暴露术野, 对于稍有间隙的粘连, 可用吸引器分离, 病灶较大者可锐性分离。对不同部位的 DIE 要用不同的方法来处理。对于卵巢与周围组织的粘连, 可采用钝性与锐性结合进行分离, 使卵巢恢复游离状态, 剔除异位囊肿, 尽可能多地保留正常卵巢组织, 创面采用对组织损伤小的 PK 刀止血, 以生理盐水冲洗创面, 目的在于清洁创面、精准定位出血点便于止血, 同时冷却创面, 以保护卵巢功能。DIE 病灶累及输尿管的发生率仅为 0.1% ~ 0.4%, 且多为腹外型 (80%)^[15,16], 处理输尿管周围 DIE 病灶时, 应尽可能先游离输尿管并向外侧推开, 确认其位置及走行再切除病灶, 以避免输尿管损伤。对于阴道直肠膈 DIE 病灶, 粘连往往十分致密, 处理中注意避免损伤直肠, 在找寻解剖间隙的过程中, 应远离粘连区域游离, 沿组织间隙进行钝、锐性结合的分离, 适当使用电外科器械^[17], 避免手术野渗血明显而使操作困难出现肠损伤等并发症。处理宫骶韧带处的 DIE 病灶时, 可积极行宫骶韧带部分切除术^[13], 从病灶的外围寻找其与正常组织的间隙, 用超声刀锐性分离以完整切除病灶。

对于有不孕史、流产史或异常月经史的生殖道畸形患者建议行宫腔镜检查, 如发现有子宫中隔且有希望生育者行宫腔镜下生殖道畸形矫正术。对于存有梗阻因素的生殖道畸形, 应积极解除梗阻因素。

3.3 生殖道畸形伴 DIE 手术后疗效

DIE 患者往往有疼痛症状, DIE 手术后能改善疼痛^[18], 本组疼痛缓解率 83.3% (15/18), 3 例未缓解者均为痛经。本组 8 例不孕患者中 4 例术后妊娠, 与文献报道^[5,19]相似。

总之, 生殖道畸形合并 DIE 的诊断依靠临床症状、妇科检查及影像学检查。术中应尽可能去除病灶, 对于盆腔粘连严重病灶不能完全切除者, 术后辅助 GnRH-a 药物治疗 3 ~ 6 个月, 以改善疼痛症状, 缩小或消灭残存病灶以减少复发机率。同时解除生殖道畸形, 特别是梗阻性因素, 保护生育功能。

参考文献

- 1 叶明珠, 郭红燕. 深部浸润型子宫内膜异位症的诊断研究进展. 实用妇产科杂志, 2014, 30(6): 425 - 428.
- 2 冯力民, 主译. 宫腔镜下的世界, 从解剖到病理. 北京: 中国协和医科大学出版社, 2018. 88 - 107.
- 3 蔡柏岑, 彭超, 孙笑, 等. 腹腔镜治疗深部浸润型子宫内膜异

- 位症临床疗效 61 例分析. 中国妇产科临床杂志, 2010, 11(4): 274 - 277.
- 4 曾 诚, 徐嘉宁, 周应芳, 等. 腹腔镜手术治疗阴道子宫内异位症 43 例疗效分析. 中国微创外科杂志, 2014, 14(4): 289 - 292.
- 5 冷金花. 深部浸润型子宫内异位症的诊治进展. 中国实用妇科与产科杂志, 2008, 14(1): 12 - 15.
- 6 杨 琳, 张金玲, 张 琳, 等. 深部浸润型子宫内异位症 38 例临床病例分析. 中外医学研究, 2013, 11(1): 125 - 126.
- 7 李卓莉, 郝 敏, 赵卫红. 腹腔镜手术联合促性腺激素释放激素激动剂治疗深部浸润型子宫内异位症的临床疗效分析. 中华妇幼临床医学杂志(电子版), 2014, 4(10): 59 - 62.
- 8 叶 红, 段 华. 青春期内膜异位症 13 例临床分析. 中国微创外科杂志, 2013, 13(11): 999 - 1001.
- 9 Chapron C, Chopin N, Borghese B, et al. Deeply infiltrating endometriosis: pathogenetic implications of the anatomical distribution. Hum Reprod, 2006, 21(7): 1839 - 1845.
- 10 谢 辛, 荀文丽, 主编. 妇产科学. 第 8 版. 北京: 人民卫生出版社, 2013. 268 - 274.
- 11 张焕晓, 姚书忠. 子宫内异位分型的思考、建议及意义. 国际妇产科学杂志, 2012, 39(5): 471 - 475.
- 12 邓玉清, 吴瑞芳. 女性生殖道畸形合并子宫内异位症 185 例临床分析. 中国微创外科杂志, 2013, 13(2): 142 - 144.
- 13 王 芬, 曹云霞. 女性生殖道畸形与子宫内异位症. 中国妇幼健康研究, 2007, 18(4): 328 - 330.
- 14 Millischer AE, Salomon LJ, Santulli P, et al. Fusion imaging for evaluation of deep infiltrating endometriosis: feasibility and preliminary results. Ultrasound Obstet Gynecol, 2015, 46(1): 109 - 117.
- 15 Seracchioli R, Mabrouk M, Manuzzi L, et al. Importance of retroperitoneal ureteral evaluation in cases of deep infiltrating endometriosis. J Minim Invasive Gynecol, 2008, 15(6): 435 - 439.
- 16 Donnez J, Nisolle M, Suqifflet J. Ureteral endometriosis: a complication of rectovaginal endometriotic (adenomyotic) nodule. Fertil Steril, 2002, 77(1): 32 - 37.
- 17 冷金花, 戴 毅. 合理利用能量器械, 提高手术效果和安全性. 中国实用妇科与产科杂志, 2016, 32(7): 601 - 603.
- 18 冷金花, 戴 毅. 子宫内异位症诊治热点问题. 中国实用妇科与产科杂志, 2014, 30(1): 17 - 20.
- 19 薛 晴, 曾 诚, 徐 阳, 等. 不同类型内异症合并不孕患者保守性手术疗效分析. 中华妇产科杂志, 2013, 48(1): 16 - 19.

(收稿日期: 2017 - 11 - 05)

(修回日期: 2018 - 07 - 18)

(责任编辑: 王惠群)