

深部浸润型子宫内膜异位症的综合治疗： 17 例临床经验

孔 伟 熊光武 徐惠成*

(重庆医科大学附属第三医院妇产科, 重庆 401120)

【摘要】 目的 探讨深部浸润型子宫内膜异位症(deep infiltrating endometriosis, DIE)的手术经验以及术后管理。**方法** 回顾性分析 2016 年 7 月~2018 年 6 月 17 例 DIE 资料, 均经腹腔镜手术切除 DIE 病灶, 术后按照中华医学会指南管理。**结果** 17 例中, 输尿管被 DIE 浸润组织包裹 6 例, 无输尿管壁浸润; DIE 累及骶韧带 11 例; 累及直肠壁 7 例, 其中 5 例行肠壁病灶剔除术, 1 例行浸润肠壁部分切除术, 1 例行部分直肠切除; 累及乙状结肠壁 1 例; 累及阴道壁 3 例; 累及膀胱壁 1 例。均顺利完成 DIE 病灶切除, 2 例 40 岁以上、无生育要求者行全子宫切除。11 例合并卵巢子宫内膜异位囊肿者行囊肿剔除术。总手术时间 50~295 min, (113.7±67.0) min, 无并发症发生。术后病理均证实为子宫内膜异位症。术后中位随访时间 6 个月(2~25 个月), 主诉症状均缓解, 未发现复发。**结论** DIE 初次手术需尽量将病灶切尽, 术后需规范的管理预防复发。

【关键词】 深部浸润型子宫内膜异位症; 手术经验; 综合治疗

文献标识: B 文章编号: 1009-6604(2018)11-1030-04

doi: 10.3969/j.issn.1009-6604.2018.11.019

A Clinical Analysis of Comprehensive Treatment of Deep Infiltrating Endometriosis: Report of 17 Cases Kong Wei, Xiong Guangwu, Xu Huicheng. Department of Obstetrics and Gynecology, Third Affiliated Hospital of Chongqing Medical University, Chongqing 401120, China

Corresponding author: Xu Huicheng, E-mail: xuhuicheng1970@foxmail.com

【Abstract】 Objective To explore the surgical experience and postoperative management of deep infiltrating endometriosis (DIE). **Methods** A retrospective analysis was applied to summarize the clinical data of 17 cases of DIE, which admitted to our hospital from July 2016 to June 2018. All the patients underwent laparoscopic surgery for DIE lesions and were managed according to the guidelines. **Results** Of the 17 cases, the ureter was wrapped by DIE lesions in 6 cases without ureteral wall infiltration. The DIE infiltrated sacral ligament in 11 cases, infiltrated rectal wall in 7 cases (5 of which underwent intestinal wall lesion shaving, 1 of which underwent partial resection of infiltrating intestinal wall, and 1 of which underwent partial rectal resection), infiltrated sigmoid colon in 1 case, vaginal wall in 3 cases, and bladder wall in 1 case. All the DIE lesions were successfully resected. Two patients over 40 years old without fertility requirements underwent hysterectomy. And 11 cases combined with ovarian endometriosis cyst underwent cystectomy. The total operation time was 50-295 min (mean, 113.7±67.0 min). No complications occurred. Postoperative pathology confirmed endometriosis. The median follow-up time was 6 months (range, 2-25 months). The postoperative symptom relief rate was 100%. No recurrence was found. **Conclusions** For initial operation of DIE, the lesion should be removed completely. Regular management should be taken postoperatively to prevent recurrence.

【Key Words】 Deep infiltrating endometriosis; Surgical experience; Comprehensive treatment

深部浸润型子宫内膜异位症(deep infiltrating endometriosis, DIE)指病灶浸润深度≥5 mm, 包括位于宫骶韧带、直肠子宫陷凹、阴道穹隆、直肠阴道隔、直肠或结肠壁的病灶, 也可以侵犯至膀胱壁和输尿管^[1]。其病因不明, 可以像恶性肿瘤一样向周围浸

润生长, 可以发生癌变^[2]。DIE 手术难度大, 术后容易复发, 难以根治, 需要术后长期管理、综合治疗。2016 年 7 月~2018 年 6 月, 我院收治 DIE 17 例。本文回顾性分析其临床资料, 总结 DIE 综合诊治经验。

* 通讯作者, E-mail: xuhuicheng1970@foxmail.com

1 临床资料与方法

1.1 一般资料

本组 17 例, 年龄 20 ~ 44 岁, 平均 35.1 岁。孕次 0 ~ 5 次, 平均 1.9 次, 产次 0 ~ 2 次, 平均 0.6 次。就诊原因: 主诉异常阴道出血 2 例, 异常阴道出血伴便血 1 例, 下腹痛 6 例, 发热、腰痛 1 例, 继发不孕 1 例, 妇科彩超发现盆腔包块 6 例。伴痛经 13 例, 慢性盆腔痛 9 例。妇科检查: 可扪及骶韧带触痛和(或)结节 12 例, 直肠阴道隔病灶 7 例。15 例术前行经阴道彩超, 仅 2 例提示 DIE (1 例提示宫颈后唇上方、宫体下段后方弱回声, 1 例提示乙状结肠壁结节), 余 13 例未提示 DIE 病变; 提示合并卵巢子宫内膜异位症(内异症) 11 例。4 例术前行 MRI 检查, 其中 2 例提示直肠阴道隔病灶, 1 例提示子宫前方结节影, 1 例未提示 DIE 病变。术前均行泌尿系彩超检查, 其中 2 例提示输尿管局部狭窄, 上段扩张。8 例血 CA125 正常(正常值 < 35 U/ml), 9 例血 CA125 升高, 其中 1 例 791.1 U/ml, 另 8 例 49.7 ~ 228.9 U/ml, 平均 90.56 U/ml。1 例异常阴道出血合并便血者行阴道镜检查并活检, 病理提示子宫内膜异位症, 肠镜检查见黏膜受损, 活检病理排除恶性病变。

病例选择标准: DIE 病灶浸润深度 ≥ 5 mm, 至少浸润骶韧带、阴道壁、肠壁、输尿管、膀胱壁之一。

1.2 手术方法

术前充分评估病变大小、位置、与周边组织关系, 与患者及家属充分沟通手术相关风险, 进行充分的阴道准备及肠道准备。均采用腹腔镜手术, 主要手术步骤如下:

腹腔镜探查: 结合术前检查, 明确病灶的浸润范围。

子宫及附件的处理: 分离盆腔内肠壁及输卵管周边粘连, 合并卵巢内异症者均行病灶剥除。对于无生育要求且需切除子宫者, 先处理双侧宫旁组织及血管, 处理完 DIE 病灶后, 再切开穹隆取出。

直肠侧间隙的解剖及输尿管的探查: 打开右侧直肠旁间隙, 明确 DIE 病灶浸润肠管的宽度, 游离暴露输尿管, 将输尿管向外侧牵拉(图 1), 若输尿管周边被质硬的 DIE 病灶包绕, 则沿输尿管走行, 将输尿管周边质硬的组织切除, 达到松解输尿管的目的。同法解剖左侧。

直肠阴道间隙的解剖及骶韧带的处理: 打开直肠阴道间隙, 显露正常的肠壁及阴道壁。直肠阴道隔有 DIE 浸润时, 从两侧正常的组织入手, 以正常解剖结构做参照, 向病变组织中解剖, 采用超声刀横向切割, 将整个病灶分为阴道壁侧及直肠壁侧两部

分, 在病变组织内部解剖出正常的阴道直肠间隙(图 2)。被 DIE 浸润的骶韧带需予以切除, 于病灶边缘靠骶骨一侧充分离断(图 3)。切除子宫者, 可在切除阴道壁病灶时一并切除; 若保留子宫, 则紧贴子宫后方骶韧带附着处予以离断切除。

DIE 病灶的切除: 在病灶充分分离的基础上, 完成对病灶的彻底切除。可通过手指在阴道、直肠的扪诊辅助判断病灶的大小、范围。肠壁病灶的处理根据病灶浸润深度以及宽度决定, 包括肠壁病灶剔除术、肠壁部分切除(图 4)及肠段切除吻合术^[1]。在彻底切净病灶前提下, 尽量保留正常的肠壁。处理阴道壁病灶时需充分游离阴道壁及病灶, 全层切除被浸润的阴道壁, 避免病灶残留。无生育要求者一并切除子宫时, 切开阴道穹隆, 沿病灶外侧缘一并切除病灶及被 DIE 浸润的阴道壁即可(图 5)。

修复操作: 包括肠壁修补、肠吻合、肠造瘘等以及阴道壁修补、阴道残端缝合。肠道修复操作困难时请外科医师协助。

1.3 术后管理

行肠道修复手术者, 予禁食、胃肠减压、营养支持等治疗; 术后病理明确为子宫内膜异位症后, 予促性腺激素释放激素类似物(GnRH-a)(醋酸亮丙瑞林缓释微球 3.75 mg) 6 疗程, 续口服短效避孕药或曼月乐宫内节育器^[1], 术后定期随访。

门诊随访与电话随访相结合, 以手术前后主诉症状改善程度评估手术疗效(患者评价症状显著缓解、部分缓解、无缓解、加重)。复发标准: ①术后症状缓解 2 个月后症状复发并加重; ②术后盆腔阳性体征消失后又出现或加重至术前水平; ③术后超声检查发现新的内异症病灶。符合上述②、③2 项标准之一且伴或不伴有①者诊断为复发^[3]。

2 结果

通过腹腔镜探查, 诊断 DIE 骶韧带浸润 11 例, 阴道壁浸润 3 例, 直肠壁浸润 7 例, 乙状结肠管壁浸润 1 例, 输尿管周边组织浸润 6 例, 膀胱壁浸润 1 例, 合并卵巢内异症 11 例(单侧 5 例, 双侧 6 例)。

DIE 骶韧带浸润 11 例, 行骶韧带病灶切除。11 例输尿管走行区致密粘连或僵硬, 探查输尿管, 6 例证实被 DIE 浸润组织包裹, 未发现输尿管管壁浸润, 均行输尿管周边浸润病灶切除松解输尿管, 恢复输尿管正常蠕动, 其中 1 例松解后见输尿管壁局部组织薄弱, 放输尿管支架。直肠壁浸润 7 例, 其中 5 例行肠壁病灶剔除术, 切除病灶后 2 例直肠浆膜大致完整, 1 例浆肌层损伤, 肠管局部薄弱处行肠壁浆肌层间断缝合, 2 例直肠穿透损伤行肠修补术; 1 例行浸润肠壁部分切除术, 切除病灶及浸润肠管直径

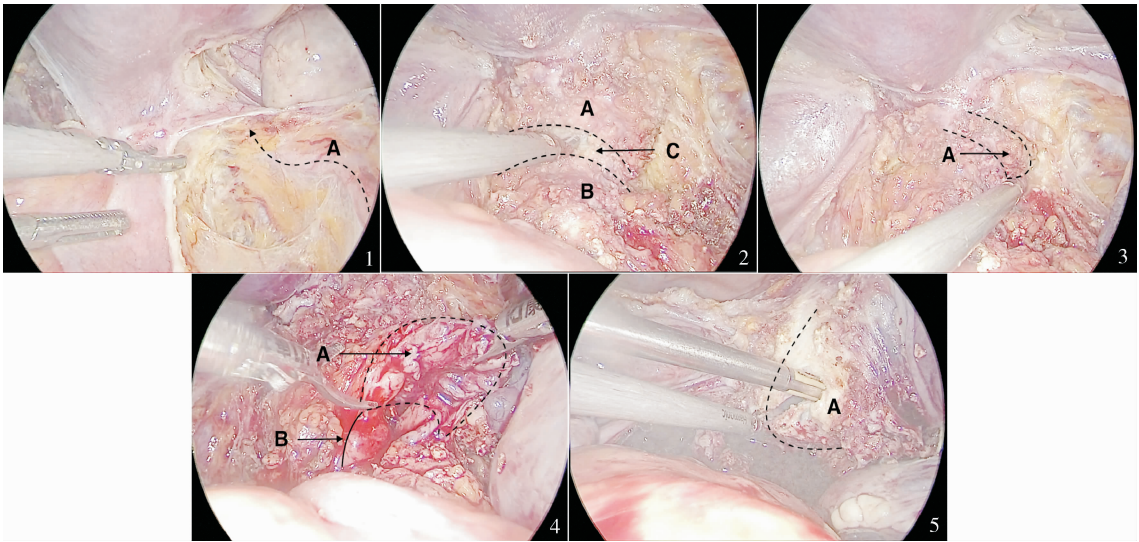


图 1 输尿管的游离(A-输尿管走行) 图 2 直肠阴道间隙解剖(A-阴道壁一侧浸润病灶;B-直肠壁一侧浸润病灶;C-直肠阴道间隙) 图 3 DIE 骶韧带浸润病灶的处理(A-骶韧带及其离断的断端) 图 4 DIE 直肠全层浸润、肠壁部分切除(A-直肠前壁全层浸润病灶;B-正常肠壁切缘) 图 5 阴道壁 DIE 的切除(A-阴道壁浸润病灶)

约 3.5 cm(图 4);1 例行部分直肠切除术,切除肠管约 5.5 cm,断端下缘距离肛提肌约 2 cm,请外科上台协助吻合。乙状结肠管壁浸润 1 例,行病灶剔除及肠壁浆肌层缝合。阴道壁浸润 3 例,均一并切除病灶及被浸润的阴道壁。膀胱壁浸润 1 例行膀胱壁病灶切除。2 例 40 岁以上、无生育要求者行全子宫切除。11 例合并卵巢内异症囊肿者均行囊肿剥除术。手术均顺利完成,手术时间 50 ~ 295 min,(113.7 ± 67.0)min,无并发症发生。术后病理均证实为内异症。

术后 3 个月、以后每半年 1 次门诊随访,并于 2018 年 8 月统一电话随访,术后中位随访时间 6 个月(2 ~ 25 个月),术后主诉症状均缓解(包括显著缓解、部分缓解)(表 1),无术后肠痿、尿痿发生。3 例 40 岁以上者拒绝 GnRH-a 治疗,余 14 例中 8 例已完成 6 周期 GnRH-a 治疗(1 例放置曼月乐,1 例口服避孕药),4 例仍在 6 周期治疗中,1 例完成 3 周期治疗后生殖中心就诊备孕,1 例慢性盆腔痛部分缓解病例完成 2 周期治疗后自行停药,口服中药治疗。

表 1 术后症状缓解情况的患者评价

症状	疗效评价			
	显著缓解	部分缓解	无缓解	加重
痛经(n=13)	12	1	0	0
异常阴道出血(n=3)	3	0	0	0
便血(n=1)	1	0	0	0
慢性盆腔痛(n=9)	8	1	0	0

复查妇科彩超均未发现盆腔包块。

3 讨论

3.1 术前评估及治疗方案决策

DIE 的初步诊断,结合患者痛经、异常阴道出血及便血等症状及妇科查体,大多能够初步判定。临床上应采取多种辅助检查结合充分评估 DIE 浸润范围、损伤周边器官程度,根据患者具体情况决定个体化手术方案。通过妇科检查,能够发现阴道后壁、直肠前壁、骶韧带附近的浸润结节。妇科彩超对 DIE 的判断敏感性稍差,本组 15 例术前行妇科彩超,仅 2 例报告 DIE。MRI 检查能辅助判断病灶浸润范围。可疑直肠壁浸润者,可以通过肠镜检查判断浸润深度,根据浸润肠管的深度及宽度可初步确定肠壁病灶的处理方式。对于 DIE,术前泌尿系彩超正常者,不能除外输尿管受浸润,彩超提示局部狭窄、上段扩张者,周边必有病灶。术中腹腔镜下探查输尿管亦是十分必要的,特别是盆侧壁浸润的 DIE。一旦遗漏,任其发展,将导致输卵管进行性狭窄、肾积水,严重时导致一侧肾功能丧失^[2]。本组术前 2 例泌尿系彩超提示输尿管局部狭窄,术中见盆侧壁粘连、局部组织质地僵硬而行输尿管探查 11 例,证实 6 例输尿管周边组织被 DIE 浸润,无输尿管管壁浸润病例。

3.2 DIE 病灶游离、解剖的关键点

DIE 常见浸润部位为直肠阴道隔周边,即骶韧

带、阴道壁以及直肠前壁,盆侧壁 DIE 往往累及输尿管,膀胱 DIE 相对少见^[1]。本组亦符合此规律,膀胱浸润 1 例,盆侧壁浸润 6 例,盆底直肠阴道隔周边 DIE 浸润 14 例(3 例合并盆底及盆侧壁 DIE 浸润)。对于盆侧壁 DIE 的处理,主要是输尿管的游离,裸化。术中打开直肠旁间隙,游离探查输尿管明确输尿管周边组织有无浸润,并将浸润的质硬的 DIE 组织切除。如术中可疑输尿管损伤,术中需一并放置输尿管支架。对于盆腔底部直肠阴道隔周边 DIE,手术的关键点是 2 个间隙的解剖:暴露双侧直肠旁间隙后,明确肠壁病灶的浸润范围;然后打开直肠阴道间隙,显露病灶下方正常的直肠壁及阴道壁,此时方能清晰显露浸润阴道壁以及直肠壁的病灶,将病灶彻底切除。

3.3 DIE 病灶的切除及修复

DIE 病灶应尽量切尽,以降低复发率。前次手术残留被认为是复发的主要原因,甚至复发可以被认为是非彻底手术的结果^[4]。DIE 病灶充分游离显露是彻底切除的基础。对于肠壁 DIE 浸润病灶的处理,主要根据病灶浸润的深度与宽度来决定:浸润肠壁浆肌层者,行肠壁病灶剔除术;浸润肠壁肌层甚至全层浸润者,根据浸润宽度选择行肠壁部分切除或者肠段切除。肠壁修复操作根据肠壁损伤情况处理,必要时请外科上台协助。对于膀胱 DIE 的处理,完整切除膀胱 DIE 以及膀胱修补相对比较简单,但因膀胱底部 DIE 往往与子宫下段关系密切,切除时需仔细识别结节后部与子宫肌层界限,对于有生育要求者需加以保护^[5]。

3.4 术后管理

DIE 浸润深,手术难度大,手术并发症风险高,包括肠吻合口漏、输尿管漏等,对于肠壁损伤修补者,肠修补及肠吻合术后,手术局部充分引流是十分必要的,在充分引流条件下,即使局部发生轻微肠漏,亦能通过保守治疗获得成功。我们对肠壁全层损伤修补者采取禁食、胃肠减压、营养支持、局部引流 1 周,无术后肠漏、尿漏。DIE 术后易复发,袁蕾等^[6]报道内异症保守性手术后 1 年复发率在 8% ~ 10%,2 年复发率约 20%,5 年累积复发率可达到 40% ~ 50%。术后给予药物治疗可延缓复发^[7]。DIE 术后复发者盆腔粘连严重,病灶侵入深,手术并发症多,再次手术难度大^[8]。术中病灶彻底切除是预防复发的基础,术后用药管理亦十分关键。我院根据最新的子宫内膜异位症指南^[1]及相关文

献^[9-11],制定术后管理方案。结合电话随访以及门诊随访,术后中位随访时间 6 个月(2 ~ 25 个月),术后症状缓解率(包括显著缓解、部分缓解)100%,未发现复发。

综上,临床上 DIE 易诊断,治疗则需要术前全面评估、术中对病灶彻底切除、术后规范管理。DIE 病灶位置深,浸润为主,从手术流程的角度,可以归纳为盆侧壁 DIE 以及盆底周边 DIE。手术主要目的为恢复大致正常解剖,完成对病灶的彻底切除。手术步骤可分为盆侧壁输尿管的探查、盆底 DIE 的解剖显露切除和修复。术后需注意并发症的预防以及规范的术后管理预防复发。受观察时间限制,本组病例数量较少,随访时间较短,尚待进一步积累。

参考文献

- 1 中华医学会妇产科学分会子宫内膜异位症协作组. 子宫内膜异位症的诊治指南. 中华妇产科杂志, 2015, 50(3): 161 - 169.
- 2 周应芳. 子宫内膜异位症患者长期管理的必要性. 中华妇产科杂志, 2017, 52(3): 145 - 146.
- 3 曾 诚, 徐嘉宁, 周应芳, 等. 腹腔镜手术治疗阴道子宫内膜异位症 43 例疗效分析. 中国微创外科杂志, 2014, 14(4): 289 - 292.
- 4 Koninckx PR, Ussia A, Adamyan L, et al. Deep endometriosis: definition, diagnosis, and treatment. Fertil Steril, 2012, 98(3): 564 - 571.
- 5 Rozsnyai F, Roman H, Resch B, et al. Outcomes of surgical management of deep infiltrating endometriosis of the ureter and urinary bladder. JSLS, 2011, 15(4): 439 - 447.
- 6 袁 蕾, 吴琴娇, 刘惜时. 国产醋酸亮丙瑞林微球预防卵巢内异症囊肿术后复发的近期疗效观察. 中华妇产科杂志, 2013, 48(7): 508 - 510.
- 7 冷金花. 盆腔后部深部浸润型子宫内膜异位症的处理策略. 中国实用妇科与产科杂志, 2009, 25(9): 660 - 662.
- 8 李孟慧. 深部浸润型子宫内膜异位症复发处理. 中国实用妇科与产科杂志, 2016, 32(11): 1038 - 1041.
- 9 Muzii L, Di Tucci C, Achilli C, et al. Continuous versus cyclic oral contraceptives after laparoscopic excision of ovarian endometriomas: a systematic review and metaanalysis. Am J Obstet Gynecol, 2016, 214(2): 203 - 211.
- 10 Kim ML, Cho YJ, Kim MK, et al. The efficacy of long-term maintenance therapy with a levonorgestrel-releasing intrauterine system for prevention of ovarian endometrioma recurrence. Int J Gynaecol Obstet, 2016, 134(3): 256 - 259.
- 11 徐 冰. 子宫内膜异位症疼痛长期药物治疗. 实用妇产科杂志, 2015, 31(9): 648 - 650.

(收稿日期: 2018 - 07 - 24)

(修回日期: 2018 - 09 - 07)

(责任编辑: 王惠群)