

# 腹腔镜下吻合陈旧性宫体宫颈离断 1 例并文献复习

王春阳 韩 璐\*

(大连医科大学附属大连市妇产医院暨大连市妇幼保健院妇科, 大连 116033)

文献标识: D 文章编号: 1009-6604(2019)07-0666-04

doi: 10.3969/j.issn.1009-6604.2019.07.026

骨盆外伤所致陈旧性宫体宫颈完全离断临床罕见, 不易与宫颈发育异常相鉴别, 手术难度大。我院 2017 年收治 1 例骨盆外伤后陈旧性宫体宫颈完全离断, 腹腔镜下吻合成功, 现将诊治经过报道如下, 并复习相关文献。

## 1 临床资料

患者女, 20 岁。2017 年 11 月因“无月经来潮”, 右下腹不适 18 个月入院。8 岁时车祸致骨盆骨折及双下肢外伤。13 岁开始乳房发育。2016 年 5 月始出现无周期性右下腹不适, 可疑阑尾炎抗炎治疗后缓解。2017 年 6 月因无月经来潮就诊, 超声检查提示子宫内膜厚 12 mm, 子宫内膜息肉, 宫周无回声区, 给予黄体酮肌注, 停药后仍无月经来潮。7 月行宫腔三维重建未见明显畸形, 宫腔线与宫颈管延续性不清(似中断), 子宫右侧混合型包块, 直径约 4.5 cm, 子宫直肠窝见陈旧性积血, 双肾未见明显异常。MRI 检查提示宫腔积血, 宫颈峡部中断与剩余宫颈不相通, 宫颈峡部处挛缩似瘢痕组织形成(图 1)。染色体检查 46, XX。2017 年 9 月 1 日行腹腔镜检查(未置窥阴器), 见宫颈外口形态正常, 顺利进入宫颈管深约 2 cm, 顶端呈盲端, 术中超声监测子宫及宫腔线偏向左后方。

入院后查体: 第二性征发育良好。妇科检查: 外阴发育正常, 处女膜完整。肛查: 子宫略增大, 活动好, 双侧附件区均可扪及活动性差包块。超声检查提示: 宫内回声异常(息肉?), 宫颈长 38 mm, 宫颈峡部呈缩窄环样改变, 宫腔与宫颈未见延续性(图 2); 左卵巢囊性包块 8 cm; 子宫直肠窝见无回声。血 CA125 稍高(36.69 U/ml, 正常值 0~35 U/ml),

睾酮、泌乳素、促甲状腺激素、超敏 C 反应蛋白均正常。初步诊断: 原发性闭经, 外伤性陈旧性宫颈断裂? 双卵巢子宫内膜异位囊肿?

2017 年 11 月 20 日行宫、腹腔镜联合探查。经患者及家属同意, 置窥阴器, 腹腔镜进入宫颈管约 2 cm 后不能进入。腹腔镜下见盆腔有广泛纤维素样物及大小不等水泡状物分布, 子宫、双侧卵巢及输卵管均包埋于粘连带内(图 3)。分离粘连恢复解剖结构, 见子宫球形略大, 左卵巢囊性增大直径约 4 cm, 左侧输卵管略水肿增粗(图 4), 右卵巢囊性增大直径约 5 cm, 右输卵管外观正常(图 5)。经阴道以举宫杯的杆状内芯放入颈管内举起宫颈, 宫颈断裂处明显可见(图 6)。腹腔镜下凝切分离膀胱腹膜反折, 两侧至宫旁血管, 下推膀胱至相当于子宫峡部下 3 cm; 分离相当于峡部的结缔组织, 宫体与宫颈呈完全分离状态, 两断端分别形成盲端; 暴露宫颈盲端(近心端), 举宫杯的杆状内芯顶起最突出处切开与宫颈管贯通, 横行扩大切口约 2 cm; 宫体盲端横行切开约 2 cm, 宫体下段正中纵行切开约 3 cm 达宫腔, 见宫腔内一直径约 1.5 cm 息肉, 予以摘除, 切口下段两侧子宫壁腺肌症改变, 部分切除。行宫体宫颈吻合术, 以 1-0 薇乔线分别于 6 点、9 点、3 点位置间断缝合吻合宫颈、宫体, 将自制支架(中号金属节育环+导尿管)<sup>[1]</sup>, 尾端放入宫颈管与阴道内, 头端放入宫腔, 分 2 层纵行缝合切开的子宫前壁, 切口下端缝合于宫颈断端 12 点处, 两侧加固缝合, 缝合膀胱腹膜反折。行右卵巢囊肿剥除、左卵巢剖视、双侧卵巢修补术。探查阑尾外观正常。宫腔留置自制支架胶管下端留置于阴道内。

术后病理回报: 右卵巢符合子宫内膜样囊肿; 子

\* 通讯作者, E-mail: 13940801858@163.com

宫内膜息肉;(子宫肌壁组织)符合子宫腺肌病组织。术后诊断:陈旧性宫体宫颈离断,右卵巢子宫内  
膜样囊肿,子宫肌腺病,子宫内  
膜息肉。术后切口愈合好。术后口服炔雌醇环孕酮 1 个月。于术后 1  
个月起月经来潮,术后 2 次月经后复查超声(图 7)

示宫腔、宫颈管连续,子宫、附件区均正常。术后 6  
个月返院取出宫内节育器并复查超声(图 8),随访  
至 2018 年 8 月,正常月经来潮 8 次,月经周期 28 ~  
32 天,经期 5 ~ 7 天。

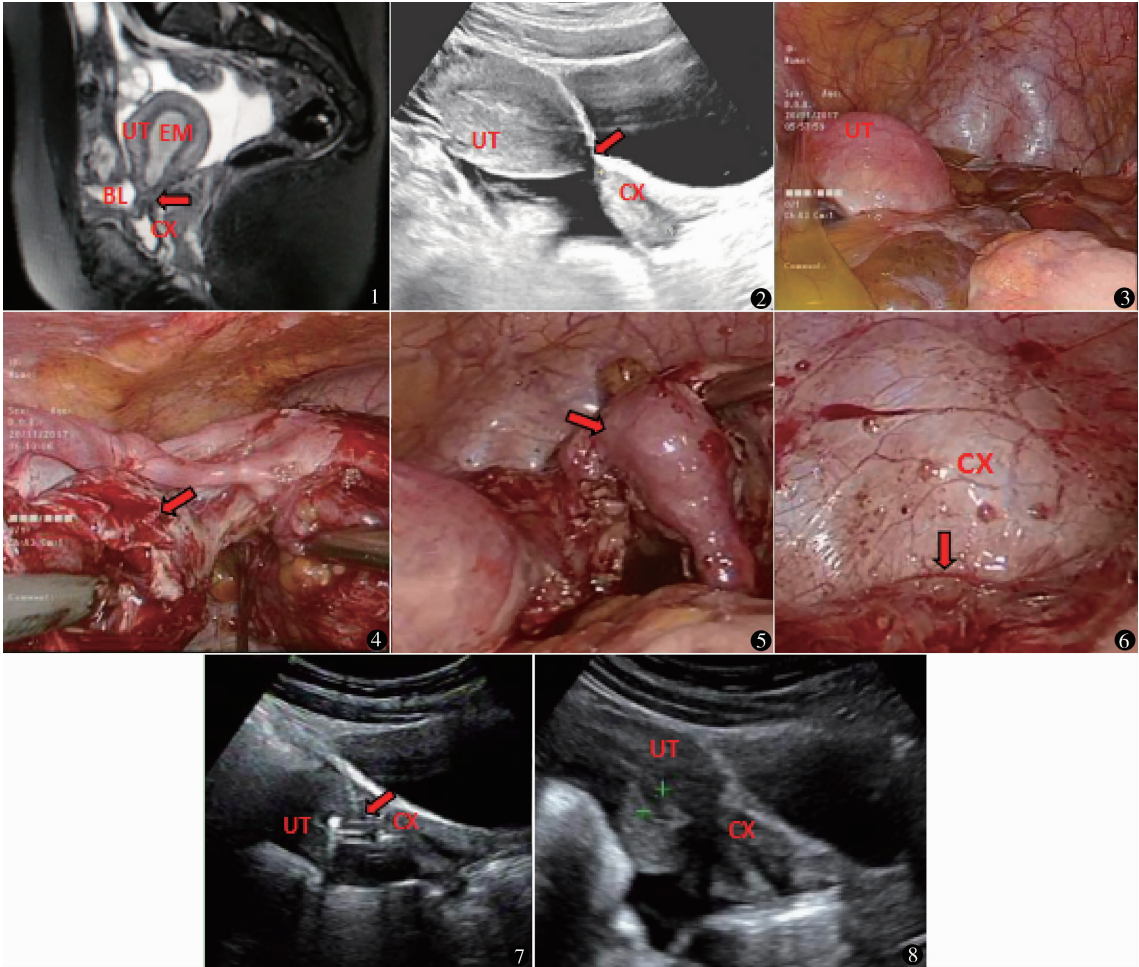


图 1 MRI 子宫正中矢状面(抑脂 T2WI 像):子宫呈后倾位,位于膀胱后方;宫体中央高信号为宫内膜及宫腔内容物,中间内肌层呈低信号(结合带),周围外肌层呈中等信号,宫颈峡部中断(箭头),与剩余宫颈不相通,宫颈峡部处挛缩似瘢痕组织形成(UT:子宫体;CX:子宫颈;EM:子宫颈内  
膜;BL:膀胱) 图 2 经腹部超声纵切面:子宫体大小正常,内膜厚约 11 mm,宫腔与宫颈未见延  
续(箭头),宫颈峡部呈缩窄环样改变,子宫直肠窝见无回声及光带呈网格状(UT:子宫体;CX:子  
宫颈) 图 3 盆腔广泛纤维素样泡状物分布(UT:子宫体) 图 4 左侧输卵管水肿增粗(箭头)  
图 5 右输卵管外观正常(箭头) 图 6 宫颈组织断裂明显(箭头)(CX:子宫颈) 图 7 术后 2  
个月经腹部超声纵切面:子宫体形态正常,宫腔线连续,自制支架位于宫腔下段(箭头)(UT:子  
宫体;CX:子宫颈) 图 8 术后 6 个月经腹部超声纵切面:子宫体大小正常,宫腔线连续(UT:子  
宫体;CX:子宫颈)

2 讨论

宫体宫颈完全离断临床罕见,国内外相关文献  
也甚少。本例为儿时骨盆骨折宫体宫颈离断,因无  
临床症状未予发现,成年后因无月经来潮就诊后

诊断。  
2.1 宫体宫颈离断的发病机制  
宫体宫颈离断可分先天性发育异常与后天外伤  
性 2 种。前者十分罕见<sup>[1]</sup>,且多伴有其他生殖泌尿  
系统发育异常,后者多为骨盆外伤合并生殖器官损

伤。本例未合并其他生殖器异常,有儿时外伤史,外伤致骨盆骨折变形,牵拉的外力使固定子宫体部的韧带对子宫产生牵拉力,而子宫主韧带的固定作用宫颈相对张力较大,又因年幼宫颈较长,子宫峡部是子宫颈最为纤细部位,因上下两端的牵拉力的作用发生断裂。

## 2.2 临床表现与诊断

陈旧性宫体宫颈离断者第二性征良好,未进入青春期前无专科临床表现,进入青春期后可出现经血引流受阻所致相关临床症状,如闭经、周期性腹痛等。常因症状不典型易忽略诊断。本例近 1 年时有腹痛,一直以阑尾炎抗炎保守治疗。病史及下列检查有助于诊断。①病史:先天性宫体宫颈离断非常罕见,患者常有骨盆骨折等外伤史。②继发于骨盆骨折后陈旧性宫体宫颈离断的专科检查可见:外阴、阴道及宫颈外观正常,内诊检查可有因多次经血积存于宫腔及经血逆流盆腔诱发的子宫内膜异位症的体征,或有宫体增大(腺肌病),或有附件区扪及囊性包块(卵巢子宫内膜异位囊肿)。③超声是首选的辅助检查方法,简单、经济、可行,可直接显示宫颈形态及宫体宫颈关系,三维超声可清晰显示宫腔形态,以除外子宫畸形;同时检查有无盆腔子宫内膜异位囊肿、盆腔积血等情况。直肠超声基本等同于阴道超声<sup>[2]</sup>,对于无性生活的患者来说是一种很好的检查方法。④盆腔 MRI 检查优势明显。骨盆外伤后周边组织瘢痕可致盆腔解剖结构发生改变,术前明确离断的宫体、宫颈与周围组织解剖关系是手术的关键。MRI 可以很好地分辨软组织及任意平面成像的特点,对术前评估及鉴别诊断具有重要意义<sup>[3]</sup>。洪蝶等<sup>[4]</sup>报道在先天性宫颈发育异常中, MRI 与手术所见的符合率 > 80%。⑤宫腔镜检查具有直接、创伤小、恢复快等特点。本例无性生活史,无创性宫腔镜检查明确了是否存在宫颈管、盲端位置,为术前诊断及定位损伤部位提供依据。⑥肿瘤标志物多在正常范围内,若合并子宫内膜异位症,可有血 CA125 水平升高。本例 CA125 高于正常值,术中及术后病理提示存在右卵巢子宫内膜异位囊肿及宫体腺肌病改变。⑦继发性宫体宫颈离断除与先天性鉴别外,主要需与完全阻塞性生殖器畸形相鉴别,如先天性处女膜闭锁、阴道横膈、先天性宫颈闭锁等,详细询问病史、超声及 MRI 影像学检查、必要时宫腔镜检查均有助于鉴别诊断。

## 2.3 手术方案及注意事项

手术的目的首先是缓解症状,其次是保留生育

功能。①青春期后发现的宫体宫颈离断一经确诊应立即手术。因有功能正常的子宫,子宫周期性出血、流出受阻,若未及时解除梗阻,会进一步发展子宫腺肌病和(或)卵巢型、腹膜型子宫内膜异位症。本例进入青春期后未及时发现和诊断,延误治疗,并发卵巢子宫内膜异位囊肿及子宫腺肌病。手术时机建议选择在患者腹痛(月经来潮)略缓解后,此时积血最多,有利于术前影像学诊断,也有助于判断离断部位,且经期已过,无月经血,减少感染机会。月经来潮后期,由于经血使宫体略增大,解剖关系相对明显,便于操作<sup>[5]</sup>。②术中吻合口直径是另一关键点。吻合口大小要足够术后月经血通畅排出。谢志红等<sup>[6]</sup>建议吻合口直径取约 1 食指松。本例为便于缝合,宫颈盲端横行切开 2 cm,宫体盲端呈“T”形切口,在后壁、左右壁切口吻合后顺利放入橡胶导尿管,术后月经正常流出。③吻合口部位放置支撑物防止粘连。先天性宫颈闭锁因手术部位宫颈组织无柱状上皮而是纤维结缔组织,术后极易发生粘连、狭窄、闭锁<sup>[7]</sup>。已有对应措施不完善而导致术后宫颈管粘连报道<sup>[8]</sup>。本例为陈旧性宫体宫颈离断,宫颈管黏膜发育良好,但不除外吻合部位粘连狭窄可能,采用自制带胶管节育器,节育器有防脱落作用,胶管支撑防接触粘连,且有利于经血流出。文献建议引流管放置时间 2 周 ~ 9 个月,大部分推荐 6 个月以上<sup>[9]</sup>。本例保留 6 个月。④力争保留子宫、保留生育能力。陈旧性宫体宫颈离断多为年轻女性,病情迁延者多合并盆腔广泛粘连、卵巢子宫内膜异位囊肿、子宫腺肌病,术前影像学检查评估、术中全面细致探查,有助于术者决定子宫去留并清除子宫内膜异位病灶。应充分游离断裂宫颈,可以在一定程度上减少吻合时子宫动脉上行支损伤<sup>[10]</sup>。如果双侧子宫动脉已断裂,双侧卵巢动脉和由阴道上行的动脉建立的侧支循环仍可保证宫体、宫颈的血液供应。⑤腹腔镜下行宫颈宫体吻合术是可行的。既往文献报道经腹或阴道行宫体宫颈吻合术。经腹腔镜手术具有损伤小、疼痛轻、恢复快的优势,可全面探查盆腔,结合经阴道抬举宫颈,完成镜下吻合。对于有成熟腹腔镜手术经验的术者,腹腔镜下手术具有术野清晰、操作空间充足、视野广泛等优势,且更利于避免邻近脏器损伤。

## 2.4 术后随访

术后应关注是否有规律、正常的经血流出,腹痛是否缓解,定期复查超声了解子宫盆腔情况,若发现吻合口粘连征象应及时处理,避免再次发生子宫内

膜异位症。术后推荐使用 GnRHa 或大剂量醋酸甲羟孕酮<sup>[11]</sup>,可预防子宫内膜异位症复发及减少术后宫颈粘连狭窄的风险。本例是否出现粘连闭锁、能否正常妊娠,仍需继续随访观察。

## 2.5 小结

既往有骨盆外伤史,进入青春期无月经来潮,伴或不伴经期腹痛,应警惕陈旧性生殖系统损伤,需进一步完善影像学检查,明确有无宫体宫颈离断,早诊断,早治疗。腹腔镜下宫体宫颈吻合术成功保留子宫,解决经血排出受阻的问题,保护生育能力,获得较好的近期疗效。

## 参考文献

- 1 姚庆荣,陈达丽,彭丽珊,等.先天性宫体宫颈离断成功吻合 1 例.中国介入影像与治疗学,2017,14(2):73.
- 2 孟庆来,王刚.经直肠超声在妇科疑难病例检查中的应用.医学影像学杂志,2014,24(6):1008-1010.
- 3 秦成路,张可,龚旭,等.罗湖四式治疗合并功能性子宫的阴道闭锁(I型)5例报告.中国微创外科杂志,2016,16(10):927-930.
- 4 洪蝶,钱洪浪,金杭美.宫颈发育异常的手术处理原则及方法.实用妇产科杂志,2015,31(2):86-88.
- 5 秦成路,罗光楠.先天性宫颈闭锁手术治疗的方法介绍.实用妇产科杂志,2015,31(2):93-95.
- 6 谢志红,肖红,梅莉,等.罕见宫颈闭锁 1 例报告.安徽医学,2009,30(1):30.
- 7 许培箴,张蓉,褚国强,等.先天性宫颈阴道闭锁手术方式探讨.中国临床医学,2004,11(6):1082-1083.
- 8 王一婷,贺豪杰,梁华茂,等.先天性宫颈阴道闭锁初次手术治疗失败后的再处理:附 5 例报告.中国微创外科杂志,2013,13(2):145-148.
- 9 Yang Y, Wang Y, Yang J, et al. Adolescent endometriosis in china: a retrospective analysis of 63 cases. J Pediatr Adolesc Gynecol, 2012, 25(5):295-299.
- 10 秦成路,杜敏,张可,等.罗湖三式治疗先天性阴道闭锁合并宫颈闭锁 1 例报告.中国微创外科杂志,2016,16(1):75-78.
- 11 石俊霞,郑萍.先天性宫颈闭锁 5 例临床分型及文献复习.中国临床医生杂志,2015,43(10):70-73.

(收稿日期:2018-12-23)

(修回日期:2019-05-15)

(责任编辑:王惠群)