

女性幼儿腹股沟卵巢输卵管疝 1 例

马兰芳 曹莉莉 江 静 汪俊涛*

(贵阳市妇幼保健院妇产科, 贵阳 550001)

文献标识: D 文章编号: 1009-6604(2021)08-0763-03

doi: 10.3969/j.issn.1009-6604.2021.08.019

腹股沟疝是临床常见的外科疾病, 约 1/3 需要手术治疗^[1]。除常见的肠管、大网膜外, 临床有时可发生一些罕见的疝入物, 包括卵巢、输卵管、圆韧带、子宫, 占腹股沟疝的 6%~7%, 常发生于女性婴幼儿, 与生殖道发育异常相关^[2]。腹股沟卵巢疝是卵巢通过腹股沟内环口进入腹股沟形成, 常发生于单侧, 双侧少见, 常见于新生儿及婴幼儿, 成年女性发病极罕见^[3,4]。目前, 关于卵巢疝的文献多为个案报道及病例分析。本文报道 2020 年 8 月我科腹腔镜手术治疗 1 例单侧卵巢及部分输卵管疝入腹股沟, 报道如下。

1 临床资料

女, 10 岁 5 个月, 因间断性左下腹痛 5 d 于 2020 年 8 月 26 日就诊于我院。2020 年 4 月月经初次来潮, 月经规律, 4~5/28~35 d, LMP: 2020 年 8 月 6 日, 量中。入院前 5 天无诱因出现左下腹疼痛, 间断性钝痛, 可忍受, 无阴道流血、流液, 无呕吐、腹泻, 无发热、畏寒, 无尿频、尿急、尿痛及肉眼血尿, 未重视, 未诊治。入院前 3 d 游泳后左侧腹股沟区疼痛加重, 性质同前, 难忍受, 无阴道流血、流液, 无腹泻、便秘, 无发热、畏寒, 无头昏眼花, 无心慌、胸闷, 就诊于我院急诊。B 超示: 左卵巢旁团块(实性回声团块大小约 4.3 cm × 2.8 cm); 盆腔 CT 示: 左侧腹股沟区占位, 考虑为良性病灶, 建议住院治疗。急诊以“腹痛原因: 卵巢肿瘤?”收入院。既往病史: 1 岁时因左侧腹股沟疝于我院行腹股沟疝修补术。入院后体格检查: 左腹股沟区近阴阜处见一长约 5 cm 斜形陈旧性手术瘢痕, 左腹股沟区扪及一大小 3 cm ×

3 cm 包块, 压痛, 活动欠佳, 无红肿及破溃。未行妇科检查。初步诊断: 1. 腹痛原因: 卵巢囊肿? 2. 左侧腹股沟疝? 入院当天患者出现发热, 体温高达 39.2 °C, 无寒战、畏寒等不适, 腹痛无加重。C 反应蛋白 31.80 mg/L, 降钙素原 0.10 ng/ml, 血常规: 白细胞 $10.89 \times 10^9/L$, 中性粒细胞 $7.59 \times 10^9/L$ 。小儿外科会诊建议积极抗炎治疗, 必要时手术探查。给予头孢哌酮舒巴坦抗感染。入院后第 1 天 B 超: 子宫双侧附件未见明显异常; 左侧髂血管上方囊性团块, 积脓可能(图 1)。入院后第 2 天 MRI: ①左侧腹股沟疝合并感染, 疝入物为左侧卵巢及输卵管; ②左侧卵巢一大囊状影, 伴囊内出血, 考虑良性, 卵巢单纯囊肿? 输卵管系膜囊肿? ③左侧输卵管炎、积液; ④少量盆腔积液(图 2)。急诊气管插管全麻下行腹腔镜下左侧卵巢囊肿切除术+左侧输卵管成形术+右侧输卵管系膜囊肿切除术+腹股沟疝修补术+盆腔粘连松解术。取平卧位, 第 1 穿刺孔直径 10 mm, 位于脐正中处; 第 2 穿刺孔直径 5 mm, 位于左侧腹直肌旁平脐位置; 第 3 穿刺孔直径 5 mm, 位于左侧髂前上棘内侧上方约 2 cm; 第 4 穿刺孔直径 5 mm, 位于麦氏点。脐孔建立气腹, 腹腔压力为 9 mm Hg。术中探查见大网膜与左侧盆壁粘连, 超声刀分离粘连后见子宫前位, 正常大小, 质中, 表面光滑, 右侧卵巢及输卵管形态色泽均正常, 右侧输卵管上可见一直径 0.5 cm 系膜囊肿, 左侧卵巢、部分输卵管嵌入腹股沟, 疝外侧部分的输卵管膨大(图 3)。在外科医师协助下, 超声刀打开左侧腹股沟表面腹膜, 游离左侧输卵管、卵巢与腹股沟管粘连后还纳于盆腔, 见左侧输卵管伞端闭锁, 壶腹部膨大, 大小约 3 cm ×

* 通讯作者: E-mail: jtwang7376@126.com

2 cm × 2 cm, 左侧卵巢囊性增大, 大小约 6 cm × 6 cm × 5 cm, 表面光滑无破口。剪开左侧卵巢囊肿皮质, 锐、钝性完整剥除囊壁, 完整取出, 2-0 薇乔线缝合成形卵巢。于左侧输卵管伞端造口并成形, 见清亮液体流出。2-0 薇乔线缝合关闭左侧腹股沟创面并加强。电凝切除右侧输卵管系膜囊肿, 经穿刺

孔取出。生理盐水冲洗盆腔, 吸净, 查创面无出血, 4-0 薇乔线修补直径约 2.5 cm 左侧疝孔缺损。手术时间 158 min, 出血 50 ml。术后病理 (图 4): ① (右侧输卵管系膜) 副中肾管囊肿; ② (左侧) 卵巢黄体囊肿伴出血。患者术后恢复好, 复查感染指标正常, 术后第 4 天出院。随访 6 个月, 无不适。

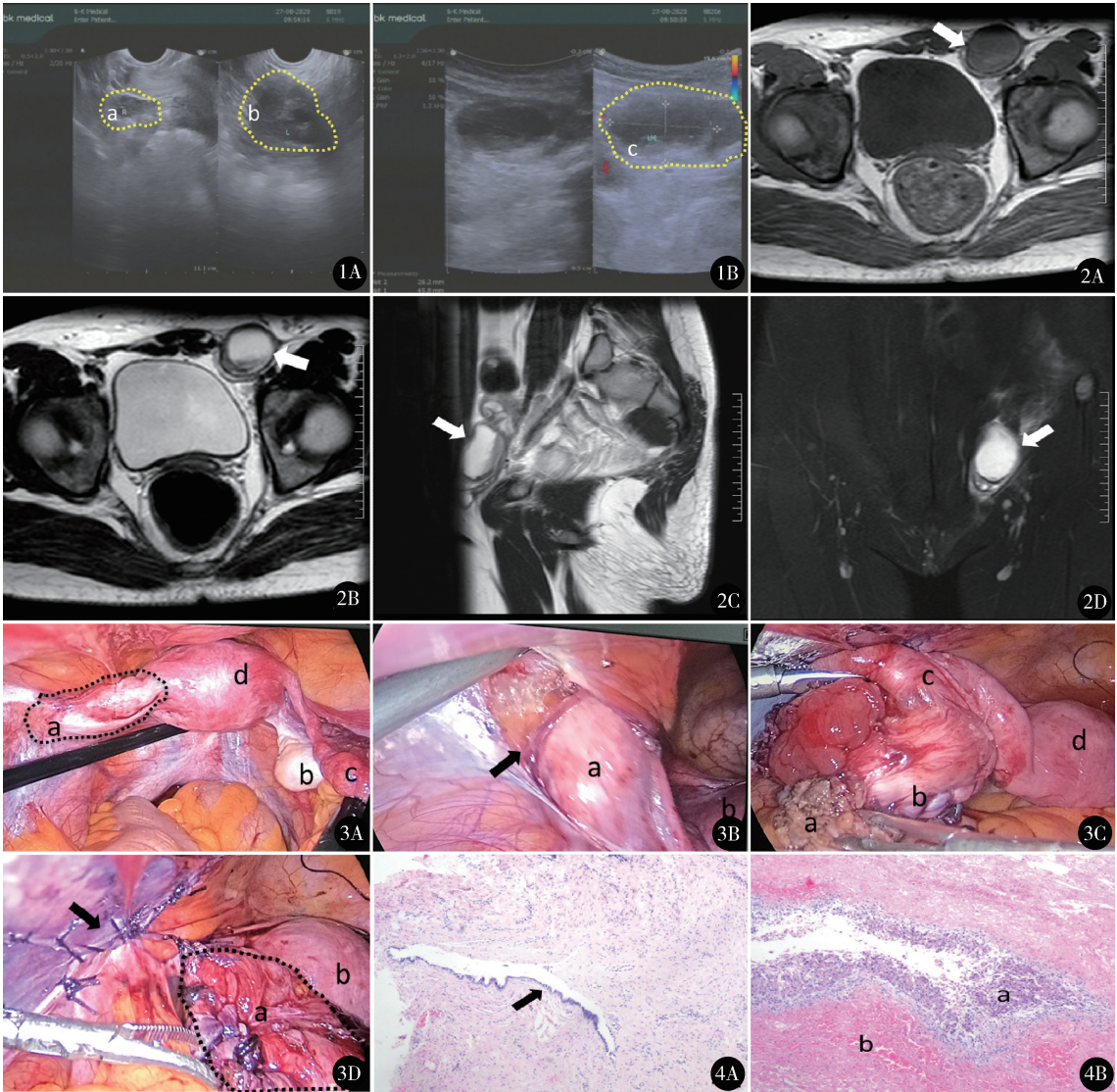


图 1 腹部 B 超 A. 双侧卵巢声像未见异常: a 右侧卵巢声像, b 左侧卵巢声像; B. 左侧髂血管上方见囊性团块声像, 大小 4.6 cm × 2.6 cm, 边界清, 其内见絮状物, 囊壁见散在血流信号, 考虑积液可能 图 2 A. 盆腔 MRI 轴位示左侧腹股沟区一不规则囊实性团块, 大小约 2.39 cm × 2.73 cm × 8.15 cm (MRI 一个刻度为 1.0 cm), 内含左侧卵巢结构、左侧扩张输卵管及液性成分, 内呈长 T1 信号; B. 盆腔 MRI 轴位示左侧腹股沟区一不规则囊实性团块, 大小约 2.39 cm × 2.73 cm × 8.15 cm (MRI 一个刻度为 1.0 cm), 内含左侧卵巢结构、左侧扩张输卵管及液性成分, 内呈长 T2 信号; C. 盆腔 MRI 矢状位示腹壁下囊实性团块, 内含卵巢结构和扩张输卵管及液性成分; D. 盆腔 MRI 增强示前腹壁及疝入物周围多发条絮状强化 图 3 腹腔镜下探查 A. 左侧卵巢、部分输卵管疝入腹股沟, 未疝入部分输卵管膨大 (a), 右侧卵巢 (b), 右侧输卵管 (c), 子宫 (d); B. 左侧卵巢、输卵管疝入腹股沟位置: 卵巢及输卵管 (a), 子宫 (b); C. 还纳于盆腔的左侧卵巢及输卵管: 剥离的卵巢囊肿 (a), 缝合成形后的左侧卵巢 (b), 左侧输卵管 (c), 子宫 (d); D. 修补后的疝孔位置: 左侧卵巢及输卵管 (a), 子宫 (b) 图 4 A. 被覆苗勒氏上皮的纤维囊腔样结构; B. 囊壁内层由大的粒层黄体细胞构成 (a), 间质内可见充血、出血 (b) (HE 染色 ×40)

2 讨论

卵巢进入腹股沟管机制尚不清楚,理论上可能是盆腔韧带松弛所致。婴幼儿腹股沟管较短细,垂直走行,子宫悬韧带过长导致疝的形成^[5]。患儿有腹股沟疝病史,幼年时已行疝修补术,此处腹膜可能存在缺损或者较薄弱,由于重力因素,继而发生卵巢输卵管的位移形成疝。

卵巢输卵管疝入腹股沟临床常表现为腹股沟可复性包块,疼痛少见。患儿因急腹症入院,超声考虑包块为积脓,入院后出现发热,我们未能在第一时间考虑到卵巢疝入的可能。这提示我们对于急腹症入院的女性婴幼儿,仔细询问病史至关重要,尤其是既往有腹股沟疝病史的婴幼儿,应考虑盆腔器官,如输卵管、卵巢疝入的可能。庞丽等^[6]报道 1 例 30 岁女性取卵后发生外阴疼痛,后诊断卵巢疝,该患者 3 岁时也曾患腹股沟疝。患儿既往无临床症状,随着青春期到来,月经开始来潮,同时出现排卵,由于疝入的卵巢与周围组织粘连,卵巢不能正常排卵,且排卵过程中,卵泡层破裂引起出血,较多的血液滞留在黄体腔内,腹痛发生时正好是排卵期,推测可能是出现腹痛的原因,且术后病理也提示黄体可见充血、出血。

关于卵巢、输卵管疝的诊断,因症状及体征不典型,临床上容易误诊和漏诊,尽早明确诊断后及时行手术是治疗本病的关键。超声有助于快速、准确地诊断该病^[7]。该患儿 B 超和 CT 均提示盆腔包块,但未能明确诊断。盆腔 MRI 提示左侧腹股沟疝,疝入物为左侧卵巢及输卵管,结合术中探查情况,并由此可以得出,对于盆腔器官疝,MRI 具有更高的诊断价值。若条件允许,及时腹腔镜探查亦是一种可靠的诊断方式。1 篇卵巢疝的文献综述^[8]详细分析 17 例个案报告,其中 15 例(88%)的卵巢疝可表现为腹股沟包块,7 例有疼痛。因此,应注意与腹股沟肿块及盆腔包块的鉴别,若其他影像学提示包块,应及早行 MRI 明确诊断,尽早明确是否存在绞窄,以免延误手术时机,造成卵巢等其他疝入器官缺血坏死,对安全有效保留卵巢起积极作用。文献综述的 17 例腹股沟卵巢疝中,14 例发生于左侧^[8],本例亦发生于左侧。虽然尚无证据证实腹股沟卵巢疝易发生于左侧,但根据综述报道来看,临床医师应该重视左侧腹股沟区的包块及疼痛,积极排除腹股沟卵巢疝。

关于卵巢、输卵管疝的治疗,手术为主要的治疗方案,可以是开放手术,也可以是腹腔镜手术。随着

腹腔镜手术的广泛普及,微创和快速康复理念深入,我们建议卵巢疝手术选择经腹腔镜手术。腹腔镜手术具有独特的优势,术中能清晰显示盆腔结构及疝入脏器(图 3),并且可以精确分离组织,引流渗液。术中探查该患者卵巢形态正常,还纳于盆腔,恢复正常解剖位置,成功保留输卵管和卵巢。但并非所有的患者均可如此幸运,如术中探查发现疝入器官已绞窄坏死,需行卵巢或者输卵管的切除术。Prodromidou 等^[8]文献总结 16 例卵巢输卵管疝外科治疗,11 例(69%)行疝入脏器还纳,2 例行卵巢切除术,2 例行卵巢和输卵管切除术,1 例未提及手术方式。关于手术时机,目前尚无文献提及,我们认为应根据临床症状及是否明确诊断,及早进行。

综上所述,卵巢疝是临床罕见的疾病,由于临床表现及症状不特异,临床诊断较为困难。对于腹股沟区出现包块或者腹股沟区有疼痛,尤其既往有腹股沟疝病史的患者,应及早行 B 超或 CT 检查,对于有条件者,推荐行 MRI。由于卵巢疝易并发扭转、坏死、输卵管炎等,建议及早行手术探查,尽量以还纳器官正常解剖结构为主,尽可能保留器官的完整性及保护生育能力。

参考文献

- 1 Ge H, Liang C, Xu Y, et al. Desarda versus Lichtenstein technique for the treatment of primary inguinal hernia: a systematic review. *Int J Surg*, 2018, 50: 22 - 27.
- 2 Lee J, Scamporrì N. Incarcerated ovarian inguinal hernia in a 10-month-old girl. *CMAJ*, 2015, 187(8): 596 - 598.
- 3 Hirabayashi T, Ueno S, Hirakawa H, et al. Surgical treatment of inguinal hernia with prolapsed ovary in young girls: emergency surgery or elective surgery. *Tokai J Exp Clin Med*, 2017, 42(2): 89 - 95.
- 4 Amini R, Baker N, Woolridge DP, et al. Emergency department diagnosis of an ovarian inguinal hernia in an 11-year-old female using point-of-care ultrasound. *World J Emerg Med*, 2018, 9(4): 291 - 293.
- 5 Fowler CL. Sliding indirect hernia containing both ovaries. *Pediatr Surg*, 2005, 40(9): 13 - 14.
- 6 庞丽, 杨慧, 马晓欣. 卵巢疝 1 例报告并文献复习. *中国实用妇科与产科杂志*, 2019, 35(9): 1050 - 1053.
- 7 公海童, 杨柳, 张求, 等. 超声诊断婴儿腹股沟卵巢疝的临床价值分析. *实用妇科内分泌电子杂志*, 2019, 6(8): 66 - 67.
- 8 Prodromidou A, Machairas N, Garoufalia Z, et al. Ovarian inguinal hernia. *Ann R Coll Surg Engl*, 2020, 102(2): 75 - 83.

(收稿日期: 2020 - 12 - 22)

(修回日期: 2021 - 04 - 19)

(责任编辑: 李贺琼)