

MyoSure 宫腔镜组织切除系统治疗无性生活女性宫腔病变 13 例报告*

黎玉涵 洪小山 伍恒英 罗喜平 曾俐琴 杨 艳 孙小丽**

(广东省妇幼保健院妇科, 广州 511442)

文献标识: B 文章编号: 1009-6604(2022)08-0671-04

doi: 10.3969/j.issn.1009-6604.2022.08.012

育龄女性宫腔内病变以子宫内膜息肉、黏膜下子宫肌瘤为主, 可导致经量增多、经期延长, 或不规则阴道流血, 严重时继发贫血。对于有性生活女性, 首选治疗方式为宫腔镜下病变电切术。无性生活女性宫腔病变诊治往往较困难, 普通宫腔镜电切镜头因镜鞘大, 需使用阴道窥器暴露宫颈, 扩张宫颈后进入宫腔, 易导致处女膜破损, 可能造成手术失败及患者身心创伤。MyoSure 宫腔镜旋切系统(美国 Hologic 公司)镜鞘小, 无需扩张宫颈, 可直接通过阴道、宫颈管进入宫腔, 不易损伤处女膜, 但仍需根据病变位置选择手术方式, 并由经验丰富的医师操作, 减少手术并发症。2018 年 1 月~2020 年 5 月我们使用 MyoSure 宫腔镜组织切除系统治疗无性生活女性宫腔内病变 13 例, 报道如下。

1 临床资料与方法

1.1 一般资料

本组 13 例, 年龄 22~42 岁, 平均 28.3 岁。经量增多 3 例, 经量增多伴月经紊乱 3 例, 经量增多伴经期延长 3 例, 经量减少 1 例, 不规则阴道出血 3 例。病程 4~36 个月, 中位数 9 个月, 其中 8 例 ≥ 1 年。11 例合并贫血, 其中轻度 3 例, 中度 7 例, 重度 1 例; 4 例术前输血及口服止血药物治疗。超声提示 8 例 0~II 型子宫黏膜下肌瘤, 其中 0 型 3 例(31 mm \times 26 mm、40 mm \times 25 mm、41 mm \times 29 mm), I 型 3 例(34 mm \times 32 mm、45 mm \times 40 mm、23 mm \times

18 mm), II 型 1 例(24 mm \times 19 mm), 0 型合并 I 型 1 例(25 mm \times 23 mm、26 mm \times 19 mm); 1 例 0 型黏膜下肌瘤(31 mm \times 15 mm)合并多发内膜息肉; 子宫内息肉 3 例(9 mm \times 4 mm、12 mm \times 6 mm、10 mm \times 4 mm); 1 例超声未见异常, 查体可见阴道口赘生物脱出。13 例术前均签署手术同意书, 明确告知手术可能出现处女膜破损、手术失败等。

病例选择标准: ①无性生活史且妇科检查提示处女膜完整; ②患者本人及家属有强烈保护处女膜完整性意愿; ③有异常阴道出血症状; ④术前经腹部妇科超声或妇科检查提示宫腔病变需手术治疗。排除标准: ①严重内外科合并症; ②合并生殖系统畸形; ③麻醉药物过敏史; ④不除外恶性疾病; ⑤合并其他病变需同时手术治疗。

1.2 方法

术前完善相关检查。术前一晚顿服米非司酮 75 mg 软化宫颈。术前禁食禁饮 8 h。取膀胱截石位。丙泊酚静脉全麻。使用 MyoSure 宫腔镜旋切系统, 宫腔镜外径 6.25 mm, 旋切装置为 Classic 或 Lite, 膨宫液为生理盐水, 膨宫压力 100~130 mm Hg, 膨宫液流速 400~500 ml/min, 抽吸负压 300~400 mm Hg。自处女膜孔置入 Myosure 柱状透镜宫腔镜至阴道内, 查看阴道四壁, 明确有无赘生物。沿阴道壁寻找到宫颈口, 逐步进入宫颈管及宫腔行全面检查。证实为黏膜下肌瘤或子宫内膜息肉后, 自工作孔道置入 Myosure 一次性组织切除装置, 逐步切

* 基金项目: 广东省中医药局科研项目(20211050)

** 通讯作者, E-mail: sxl1360@126.com

除病灶。为防止膨宫液经阴道口大量流出影响膨宫效果,可手持纱布 1 块包绕镜体阻挡于阴道外口。根据患者情况适当使用缩宫素。术后口服抗生素 3 d。

1.3 观察指标

病变切除情况,手术时间(从铺巾、器械准备完毕后阴道内置入宫腔镜开始计时,至病变切除完毕取出宫腔器械结束),膨宫液用量,手术并发症,术后 1 个月复查超声病变有无残留,术后 3 个月电话或门诊随访患者月经恢复情况。手术并发症包括子宫穿孔(宫腔手术所造成的子宫壁全层损伤,致使宫腔与腹腔,或其他脏器相通)、体液超负荷(膨宫液吸收 > 1500 ml)、宫颈裂伤(宫颈处超过 1 cm 裂伤)、术中出血(术中子宫出血超过正常出血量,需采取措施控制出血)、术后近期出血(术后 1 周内出血)、术后感染(术后出现发热、下腹痛、阴道排液)等。

2 结果

13 例均完成手术,宫内病变完整切除。病变位于宫腔 9 例,宫角 1 例,宫颈 1 例,宫颈合并宫腔 2 例。手术时间 15 ~ 80 min,中位数 30 min。术中出血 5 ~ 100 ml,中位数 20 ml。术中膨宫液出入量差 50 ~ 800 ml,中位数 200 ml。术中、术后监测钠离子均在正常范围。2 例术中出血,2 例处女膜破损,其余 9 例未出现子宫穿孔、体液超负荷及术后出血、术后感染等并发症。住院时间 1 ~ 8 d,中位数 4 d。

术后病理:7 例单发子宫平滑肌瘤,其中 1 例非典型平滑肌瘤;1 例多发子宫肌瘤,术后使用曲普瑞林 3.75 mg 治疗 3 个疗程;4 例子宫内膜息肉合并宫颈息肉、子宫内膜息肉,术后使用后半周期孕激素治疗 3 个月;1 例子宫腺肌瘤合并子宫内膜复杂性增生,术后持续使用全周期甲羟孕酮治疗。

随访:13 例均随访半年,11 例术后月经量恢复正常,无月经紊乱及不规则阴道出血;1 例使用孕激素治疗 3 个月后月经复潮,出现少量经间期阴道出血,使用氨甲环酸后出血停止;1 例持续使用甲羟孕酮治疗,月经未复潮。1 例非典型平滑肌瘤术后半年复查超声提示 I 型黏膜下肌瘤(26 mm × 26 mm);1 例子宫内膜息肉术后半年复查超声提示子宫内膜回声不均匀;1 例单发子宫平滑肌瘤术后半

年复查超声提示子宫肌层回声不均匀;余 10 例术后半年复查超声均未见明显异常。

特殊病例:26 岁,妇检提示宫口可见息肉样赘生物。阴道超声未见异常。血红蛋白 68 g/L,输血 2 U,血红蛋白升至 76 g/L。宫腔镜检查提示颈管后壁赘生物大小约 80 mm × 25 mm,延伸至阴道口,考虑宫颈管息肉,行旋切术,赘生物完整切除。手术时间 25 min,术中出血 100 ml。术毕宫颈管后壁创面活动性出血,宫颈注射垂体后叶素及小纱块压迫宫颈止血,出血停止。术毕检查处女膜完整。术后 12 h 拔出宫颈塞纱后少许阴道血性分泌物,无活动性阴道出血。

3 讨论

3.1 宫腔镜下旋切手术的可行性及安全性

育龄女性宫腔内病变以子宫内膜息肉、黏膜下子宫肌瘤为主,目前,宫腔镜电切手术是治疗宫腔内病变的标准手术方式。常用的宫腔镜电切系统外鞘多为 8.5 ~ 10 mm,需使用阴道窥器暴露宫颈并扩张宫颈,术中镜鞘需反复进出宫腔,对于无性生活女性患者而言,难以在保护处女膜完整性的同时达到理想的治疗效果。目前国内也仅有数例报道。MyoSure 配备外径 6.25 mm 镜头,无需扩张宫颈即可进入宫腔,同时利用阴道内镜技术,在不使用阴道窥器及宫颈钳的情况下完成手术^[1],减少手术疼痛,极大降低处女膜破损、宫颈裂伤及宫颈粘连机率。蒋建发等^[2]使用 MyoSure 镜头顺利通过阴道及宫颈,为无性生活女性进行宫腔检查。本组 13 例采取阴道内镜法,无患者因宫颈扩张困难、镜头无法置入导致手术失败,术中也均未出现宫颈裂伤。MyoSure 宫腔镜组织旋切系统不产生汽化,尾端连接真空抽吸管,旋切与抽吸同时进行,因此,不需反复进出宫腔也能够将切除的病灶组织及出血吸出,保持视野清晰^[3]。旋切器刀头不产生电热损伤,实现对宫腔内病变的“冷刀切除”,可避免高温对内膜的损伤,理论上减少宫腔粘连的发生。这些优势更易被无性生活女性患者接受。McIlwaine 等^[4]报道 MyoSure 旋切术完整切除 42 例子宫内膜息肉,治疗满意度 92.5%。李丹等^[5]使用 MyoSure 系统完整切除 27 例 0 ~ II 型子宫黏膜下肌瘤,术后疗效满意度 96.3%。在不损伤处女膜的情况下,蒋建发等^[2]

采用 MyoSure 宫腔镜组织旋切系统完整切除 6 例无性生活女性患者 0~I 型黏膜下肌瘤,术后复查超声均未见肌瘤残留,患者术前异常的月经情况得以改善。本组 13 例手术宫腔、宫颈病变均被切除,包括宫角、宫底及宫颈的特殊部位病变,均未出现严重并发症,且患者术后月经恢复正常,复查超声未见病灶残留。以上提示 MyoSure 旋切术可完整切除子宫内膜息肉、0~II 型子宫黏膜下肌瘤,特殊部位的宫腔病变也能达到治疗效果,因此,用于无性生活患者也是有效的。

Emanuel 等^[6]证实与电切术相比,MyoSure 旋切术应用于治疗子宫内膜息肉及子宫黏膜下肌瘤,可显著缩短手术时间,降低并发症发生机率。李晴晴等^[7]报道采用电切术成功治疗 4 例无性生活女性子宫黏膜下肌瘤,平均手术时间为 63.8 min。蒋建发等^[2]统计采用 MyoSure 旋切术完整切除 6 例无性生活女性子宫黏膜下肌瘤的平均手术时间为 51.5 min,中位数 40 min。本研究 13 例手术平均时间 48.2 min,与蒋建发等^[2]报道相似。美国妇产科腔镜协会(American Association of Gynecologic Laparoscopists, AAGL)^[8]提出,宫腔镜手术时需控制膨宫液出入量差以预防经尿道前列腺电切术(transurethral resection prostate, TURP)综合征的发生,使用等张溶液生理盐水时液体渗透的风险更低。MyoSure 旋切系统使用生理盐水作为膨宫液,理论上可以减少电解质紊乱及体液超负荷的风险,降低 TURP 综合征发生率;旋切器操作同时抽吸膨宫液,更能让术者及时准确计算膨宫液出入量差,适时采取预防及治疗措施,降低 TURP 综合征风险。meta 分析显示 MyoSure 旋切术可减少 TURP 综合征的发生^[9]。国内外大样本旋切手术研究均无 TURP 综合征报道^[10-12]。本研究 13 例手术未发生 TURP 综合征。因此,MyoSure 旋切术同样可安全用于无性生活患者。

3.2 宫腔镜旋切术应用于无性生活患者存在的问题

本组 2 例术中处女膜破损,病变分别位于右侧宫角、宫颈及宫底,旋切器为直杆无法弯曲,旋切窗口刀头位于侧面,大小无法调整,因此,需大幅度摆动旋切器将旋切窗口贴近组织表面,对于特殊部位的组织切除效率低,手术难度较大,使用阴道内镜法

难以完成手术,术中使用阴道窥器及宫颈钳辅助固定子宫后完成手术,同时造成了处女膜破损,但因术前已充分告知并签署知情同意书,术中及时为患者进行处女膜修补,术后并无医患纠纷发生。由此提示,病变位置、手术难度与旋切术能否在保证处女膜完整性时顺利进行密切相关。术前可根据三维超声或盆腔 MRI 掌握病变位置,准确评估手术难度,尽量避免应用于特殊部位宫内病变中。术前必须充分告知患者及家属手术并发症,消除患者心理顾虑,并由经验丰富的医生操作,缩短手术时间,在并发症发生后及时应对处理,避免医患纠纷。

本组 1 例术中出血,为宫颈管赘生物切割创面活动性出血,由于颈管空间小、无收缩力,阴道内镜法未使用阴道窥器,宫颈固定相对困难,使切割范围及深度更难控制,创面更易出血。本例在处女阴道窥器下采用纱块压迫止血后出血停止,取出纱块后未出现术后出血,患者处女膜完整,提示压迫止血对于宫颈创面出血简单有效。对于无性生活患者,在处女阴道窥器下轻柔操作也可避免处女膜破损。

综上所述,MyoSure 旋切术应用于无性生活患者宫腔病变安全可行且有效,为此类患者早期及时诊治提供了更多选择。术前需充分评估手术难度,严格掌握手术指征,尽量避免应用于特殊部位宫内病变,同时全面、详细告知病情及风险,由经验丰富的医生主刀,术中轻柔、快速操作,降低出血、处女膜破裂等并发症发生机率。

参考文献

- 1 郑杰,夏恩兰. 阴道内镜的临床应用评价. 中国内镜杂志, 2012, 18(4): 350-353.
- 2 蒋建发,万亚军,薛敏. Myosure 宫腔镜组织切除系统治疗无性生活子宫黏膜下肌瘤 6 例. 中国微创外科杂志, 2019, 19(3): 278-280.
- 3 孙冬岩,王燕,姚冬梅,等. 美奥舒组织切除系统治疗宫内良性占位病变的临床分析. 现代妇产科进展, 2017, 26(6): 463-464.
- 4 McIlwaine P, McElhinney B, Karthigasu KA, et al. A prospective study of the use of the Myosure resectoscope to manage endometrial polyps in an outpatient setting. Aust N Z J Obstet Gynaecol, 2015, 55(5): 482-486.
- 5 李丹,万亚军. Myosure 宫腔镜组织切除系统治疗宫内病变 74 例分析. 实用妇产科杂志, 2016, 2(3): 208-211.
- 6 Emanuel MH, Wamsteker K. The intra uterine morcellator: a new

hysteroscopic operating technique to remove intrauterine polyps and myomas. J Minim Invasive Gynecol,2005,12(1):62-66.

7 李晴晴,王晓东,韩璐. 宫腔镜电切术治疗无性生活女性黏膜下肌瘤 4 例. 中国微创外科杂志,2016,16(7):648-649.

8 AAGL Advancing Minimally Invasive Gynecology Worldwide, Munro MG, Storz K, et al. AAGL practice report: practice guidelines for the management of hysteroscopic distending media: (Replaces Hysteroscopic Fluid Monitoring Guidelines. J Am Assoc Gynecol Laparosc.2000;7:167-168.). J Minim Invasive Gynecol,2013, 20(2):137-148.

9 Yin X, Cheng J, Ansari SH, et al. Hysteroscopic tissue removal systems for the treatment of intrauterine pathology: a systematic review and meta-analysis. Facts Views Vis Obgyn,2018,10(4): 207-213.

10 余凡,曾俐琴,罗喜平,等. 新型宫腔镜旋切装置 MyoSure 在治

疗宫腔病变中的应用. 中国妇幼保健,2019,34(12):2871-2874.

11 Georgiou D, Tranoulis A, Jackson TL. Hysteroscopic tissue removal system (MyoSure) for the resection of polyps, sub-mucosal leiomyomas and retained products of conception in an out-patient setting: A single UK institution experience. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol,2018,231:147-151.

12 McIlwaine P, McElhinney B, Karthigasu KA, et al. A prospective study of the use of the Myosure resectoscope to manage endometrial polyps in an outpatient setting. Aust N Z J Obstet Gynaecol,2015, 55(5):482-486.

(收稿日期:2022-03-05)
(修回日期:2022-06-21)
(责任编辑:李贺琼)