

不同类型剖宫产子宫瘢痕妊娠的手术治疗

Surgical treatment for different types of cesarean scar pregnancy

刘玉环, 惠 宁*, 徐明娟, 张 慧, 管 睿, 崔 英

第二军医大学长海医院妇产科, 上海 200433

[摘要] **目的** 探讨不同类型剖宫产子宫瘢痕部位妊娠(cesarean scar pregnancy, CSP)患者手术治疗方法的选择。**方法** 回顾性分析我院 1996—2010 年诊治的 CSP 患者 20 例, 根据孕囊生长的方向分为 I 型和 II 型, 分别采用子宫动脉栓塞(UAE)/+B 超监测下清宫, 配合甲氨蝶呤(MTX)、米非司酮药物辅助治疗; 妊娠病灶切除+子宫瘢痕修补术、子宫切除术等。**结果** 20 例患者中 I 型 11 例, II 型 9 例。I 型 CSP 采用 UAE+子宫动脉 MTX 注射/+B 超监测下清宫, 配合米非司酮药物辅助治疗效果良好, 但 UAE 后清宫以 24~48 h 为宜, 否则不能起到止血的效果。II 型 CSP 行妊娠病灶切除+子宫瘢痕修补术具有治疗效果确切, 恢复快, 保留患者生理、生育功能的优点; 早期 3 例忽略 CSP 诊断的大出血患者, 采用了子宫切除术, 挽救患者生命。另 6 例术前明确了诊断, 尽管有大出血, 子宫穿孔、膀胱后壁血肿等紧急情况, 仍然顺利进行了妊娠病灶切除+子宫瘢痕修补术, 保留了患者的生理与生育功能。自 1999 年之后, 未再采取子宫切除术。**结论** 对于 CSP 患者, 采用积极手术干预配合药物治疗的方法, 治疗周期短, 效果确切, 对提高患者生活质量有利。术前如充分分析患者病情, 明确诊断及 CSP 类型, 均能采用不同的保留子宫的保守性手术治疗。

[关键词] 子宫瘢痕部位妊娠; 手术治疗

[中图分类号] R 713.8

[文献标志码] B

[文章编号] 0258-879X(2011)04-0450-03

剖宫产子宫瘢痕部位妊娠(cesarean scar pregnancy, CSP)曾经是非常罕见的一种子宫内异位妊娠, 随着剖宫产率的上升, 医生的警觉性及诊断技术的提高, 临床上已越来越常见。然而对 CSP 的处理目前尚无统一的方案, 严重出血病例需采用子宫切除术来挽救患者的生命^[1-3]。近年来, 越来越多的 CSP 被甄别发现。如何选择最佳的治疗措施, 尽量保留患者的生理与生育功能, 使患者尽快恢复身体健康, 是 21 世纪妇产科医生面临的一个严峻挑战。本文回顾性分析了本院近 10 余年来诊治的 20 例 CSP 患者治疗情况, 探讨对于不同类型 CSP 患者手术治疗方法的选择及操作技巧。

1 临床资料

1.1 一般临床资料 资料来自于 1996—2010 年本院诊治的 20 例临床病例, 年龄 27~42 岁, 平均年龄(34.2±3.5)岁, 本次妊娠至上次剖宫产时间 18 个月至 11 年, 既往剖宫产史 1 次 15 例, 2 次 5 例。早孕 19 例, 其中有 10 例出现停经后少量阴道流血病史, 其余 9 例无症状。早孕平均孕周 7⁺₅ 周(5~10 周), 其中孕囊型 9 例(活胎 5 例, 胚胎停育 4 例), 平均孕囊直径(5.6±3.0) cm(1.0~7.0 cm), 孕囊至膀胱距离平均(5.3±2.6) mm(1.5~8.1 mm); 不均质包块型 10 例, 包块平均直径(6.5±2.0) cm(2.5~10 cm)。中期妊娠 1 例, 系孕 23 周, 因腹痛及阴道流血拟诊“难免流产”急诊入院, 入院后因流产过程中大出血, 在产房急诊手术。

1.2 CSP 诊断标准与分类 诊断标准: (1)临床表现: 停经,

尿妊娠试验+, 有或无少量阴道出血, 有时伴腹痛; 有剖宫产病史; 如误诊行人工流产或药物流产, 则术中发生无法控制的大出血。(2)超声影像学征象, 参考 Godin 等标准^[4-6]: ①体部宫腔无孕囊, 宫腔内膜线清晰可见, 子宫峡部前壁见孕囊或不均质团块, 孕囊可突向膀胱或峡部宫腔方向; 如误诊人流时大出血, 可见子宫下段明显膨隆、积血; ②膀胱与孕囊之间子宫肌层受损变薄, 甚至连续性中断; ③孕囊或包块周围血流丰富。(3)核磁共振: 子宫下段前壁见孕囊或不均质包块, 体部宫腔无异常回声。(4)术中所见子宫峡部前壁瘢痕部位妊娠病灶。(5)切除子宫标本病理诊断: 绒毛滋养细胞或胎盘植入子宫瘢痕处。符合以上标准 3 项及以上即可诊断为 CSP。

临床分类^[5]: I 型, 胚胎表浅种植在子宫瘢痕部位, 孕囊向子宫峡部及宫腔方向生长; II 型, 孕卵绒毛深部植入子宫瘢痕部位肌层, 向膀胱及腹腔内方向生长, B 超或 MRI 显示孕囊或包块突向膀胱。

2 治疗方法和结果

2.1 I 型 CSP 患者治疗情况 共 11 例, 6 例采用子宫动脉栓塞(UAE)+B 超监测下清宫+药物辅助治疗, 1 例单纯 UAE 配合药物治疗, 3 例直接 B 超监测下清宫+药物辅助治疗, 1 例开腹病灶切除。其中 10 例手术顺利, 平均出血量(30±5) ml; 1 例 UAE+子宫动脉甲氨蝶呤(MTX)注射术后, 血 β-HCG 下降缓慢, 且包块有逐渐增大趋势, 行清宫术中出血汹涌, 改开腹行妊娠病灶切除、子宫瘢痕修补。清宫

[收稿日期] 2010-09-17

[接受日期] 2011-03-08

[作者简介] 刘玉环, 博士, 副教授、副主任医师。

* 通信作者(Corresponding author). Tel: 021-81873592, E-mail: hui1956@yahoo.com.cn

术后均常规口服米非司酮 25 mg 2 次/d 连服 3 d 后,改 25 mg 1 次/d 连服 5~7 d。监测血 β -HCG 恢复正常时间为平均 (8.4 ± 2.6) d,平均术后 (38 ± 2.0) d 月经来潮。

上述 UAE 术后改开腹手术的患者,发生在我们保守性手术治疗初期,曾尝试单纯动脉栓塞配合药物治疗,该患者停经 52 d,既往剖宫产两次,门诊误诊正常位置宫内妊娠行药物流产后出血淋漓不尽,B 超示子宫下段前壁内口上方不均质包块 $2.3 \text{ cm} \times 3.5 \text{ cm} \times 3.6 \text{ cm}$ 。行子宫动脉栓塞术+MTX 50 mg 注射,术后 1 周血 β -HCG 50 mIU/ml,加用 MTX 50 mg 肌注,术后 26 d,因包块无明显缩小,且有增大趋势,血 β -HCG 下降缓慢,在做好开腹准备、B 超监测下清宫,扩宫时仍见出血汹涌,瞬间即达约 50 ml,立即转开腹行妊娠病灶切除手术。术后分析此例患者是在 UAE 后 3 周才行清宫手术,考虑此时明胶海绵部分吸收,侧支循环也已经建立,故仍无法控制出血。经历此次病例,以后均选择在水 UAE 后 24~48 h 行清宫手术。

2.2 II 型 CSP 患者治疗情况 共 9 例,其中 3 例行全子宫切除术,6 例行妊娠病灶切除+子宫瘢痕修补术。

3 例全子宫切除术者均为忽略瘢痕妊娠诊断者,均发生在 1999 年之前。术前 B 超均未提示瘢痕妊娠。其中 1 例孕 23 周中期妊娠,因腹痛、阴道流血,拟诊“难免流产”急诊入院,流产过程中发生难以控制的大出血,出血约 4 000 ml,失血性休克,急诊在产房手术。术中发现胎盘植入子宫瘢痕处,已穿破浆膜层,侵蚀部分膀胱肌层组织,故行全子宫切除+膀胱修补术。其余 2 例早孕,均在人工流产时发生凶猛出血、失血性休克,出血量分别约 2 500 ml 及 3 000 ml,B 超显示子宫下段极度膨隆,不均质包块直径达 7~10 cm,为挽救生命行子宫切除术。术后病理均证实胎盘绒毛植入剖宫产瘢痕处。

6 例妊娠病灶切除+子宫瘢痕修补术患者,术前均已明确诊断为 CSP,患者孕周为 7~9⁺5 周。孕囊型 2 例,超声显示孕囊直径为 2.0~3.0 cm,可见胚芽心管搏动,孕囊至膀胱距离为 1~2 mm。余 4 例不均质包块型,包块直径为 5.0~6.0 cm,不均质包块型入院前均已在在外院行吸宫或 MTX 杀胚治疗,或私自药流,因出血多、淋漓不尽或包块增大、 β -HCG 居高不下就诊。其中一例患者 38 岁,2 次剖宫产史,停经 56 d 外院药流后阴道流血不止 2 周入我院。该患者自诉药物流产后在外地发生大出血,失血性休克 4 次,并多量输血(具体不详)。外院 B 超拟诊宫内混合占位,子宫肌瘤?入院后 B 超于子宫下段前壁见不均质团块约 $4.0 \text{ cm} \times 5.0 \text{ cm} \times 6.0 \text{ cm}$,与子宫肌层界限不清,紧贴膀胱。MRI 可见到典型的 CSP 图像,血 β -HCG 3 164 mIU/ml。另一例患者外院误诊为早孕稽留流产行吸宫术,术中大出血约 1 000 ml,手术探查发现子宫已穿孔破裂,膀胱后壁形成大血肿。

该 6 例保留子宫的 CSP 患者中,2 例术前行子宫动脉栓塞,3 例术中行双侧子宫动脉缝扎,1 例术中未行子宫动脉处理(出血较多,约 600 ml)。手术顺利,平均出血 300 ml,术后随访,血 β -HCG 平均术后 (10 ± 3.0) d 恢复正常,术后 (40 ± 5.0) d 月经来潮。所有患者均在术后口服米非司酮 25 mg 2 次/d 连服 3 d 后,改 25 mg 1 次/d 连服 5~7 d。

3 讨论

CSP 系指孕卵种植在子宫体腔之外,位于前次剖宫产瘢痕处,周围被子宫肌层和瘢痕纤维组织包绕。关于 CSP 的确切发生率报道不多,缺乏大规模流行病学调查资料。国外曾有报道其发生率分别为 1:1 800 和 1:2 216^[6-7],占异位妊娠的 6%;国内协和医院报道为 1:1 221,占有异位妊娠的 1.05%^[8]。其发生与前次剖宫产时间和次数无关,短则 6 个月,长则 10 余年,患者经历的前次剖宫产次数少则 1 次,多则 5 次。关于 CSP 的发生机制,有学者提出与剖宫产子宫切口愈合不良有关,由于瘢痕部位缺少血供,瘢痕面积增大,纤维化和修复不全,存在微小的裂隙,导致受精卵种植^[9-11]。还有文献报道,CSP 与臀位剖宫产有关,认为可能臀位剖宫产手术多为择期,此时子宫下段形成不良,从而导致瘢痕愈合缺陷^[11-12]。此外,CSP 发病率增高,可能还与剖宫产缝合技术有关。过去关闭子宫腔常规进行两层缝合,第二层褥式包埋,而现在单层连续缝合非常普遍,可能会导致瘢痕愈合不良^[11]。但目前尚无流行病学资料证实。

自从 1978 年 Larsen 等^[13]报道首例 CSP 至今已有 30 余年,关于 CSP 的治疗,从早期忽略诊断、大出血休克、切除子宫抢救生命,到 MTX 杀胚治疗,子宫动脉栓塞,B 超监测下清宫术,开腹或腹腔镜子宫妊娠病灶切除+瘢痕修补术,配合米非司酮药物治疗等多种治疗方案均有报道。但由于病例数少,缺乏循证医学证据,无指南可循,目前强调整体化治疗,CSP 最佳治疗方案仍然在探索之中。由于 CSP 有发生子宫破裂、胎盘植入、子宫大量出血的危险,一旦确诊,应立即终止妊娠。目前尚无一致理想的终止妊娠方法。Vial 等^[5]提出 CSP 存在两种类型:I 型为表浅植入型,此类孕卵绒毛尽管种植在子宫瘢痕部位,但比较表浅,孕囊向子宫峡部及宫腔方向生长,妊娠可以持续到中期甚至晚期,但如未早期终止妊娠,则往往发生前置胎盘并胎盘植入,此时终止妊娠风险极大。II 型为深部植入型,此类孕卵绒毛深深植入子宫瘢痕部位肌层,向膀胱及腹腔内方向生长,在孕早期即可导致子宫破裂或大出血。笔者认为,对于 I 型突向宫腔的 CSP 患者,UAE+子宫动脉 MTX 注射+清宫是明智的选择。UAE 可以阻断胚胎的血供,MTX 抑制滋养细胞增殖,起到杀胚的作用,两者结合可有效减少术中出血。但术前需充分与患者及家属进行沟通,并做好输血、随时行手术病灶切除等准备。根据本院经验,栓塞后 24~48 h 清宫比较合适,因为 24 h 后,侧支循环开始建立,栓塞后时间过长,此时再行清宫术易发生出血。尽管直接清宫有严重出血的危险,但毕竟子宫动脉栓塞亦有一定的风险及副作用,且有时患者并不接受,如谨慎选择病例,B 超引导下吸宫,在某些情况下也是可行的。我们对于妊娠小于 7 周,无心管搏动,子宫峡部前壁肌层厚度 $\geq 5 \text{ mm}$ 的 I 型 CSP,直接在 B 超引导下行吸宫术,3 例均获成功,且出血不多。文献中也有许多成功的报道^[14]。Wang 等^[15]认为,突向宫腔的 CSP 是选择直接清宫手术的唯一指征,如术前辅助 MTX 治疗,使 β -HCG 及滋养层血流下降后手术效果好,同时还需做好随时急诊手术止血的准备。如遇 II 型 CSP,孕囊突向膀胱,孕囊或包块距膀

胱的距离 ≤ 4 mm,考虑绒毛深部植入瘢痕部位子宫肌层,选择妊娠病灶切除+子宫瘢痕修补术治疗效果较好,一方面避免了大出血、子宫穿孔的危险,另一方面使愈合不良的子宫瘢痕得到了修复,避免再次孕卵种植的可能。此时可在术前行UAE,或术中两侧子宫动脉缝扎,减少手术出血。选择子宫妊娠病灶切除+瘢痕修补术,开腹或腹腔镜手术均能完成,需根据患者经济条件和意愿,以及术者经验、腔镜技术熟练程度来决定。近年来宫腔镜治疗CSP也屡见报道^[16-17],笔者认为同样应适合I型CSP,对于II型CSP风险太大,易发生子宫穿孔。无论选择哪种保守性手术方式,由于植入子宫瘢痕部位肌层的绒毛组织不易清除彻底,术后辅助米非司酮药物治疗有利于患者尽快恢复。

据文献报道MTX药物保守治疗CSP成功率为80%,以孕囊穿刺抽吸+囊内注射MTX等杀胚药物,结合全身药物治疗效果最佳^[18]。MTX药物治疗虽然免除手术之苦,但其弊端也较明显,如治疗周期长,药物保守治疗后,由于退化、变性坏死的妊娠组织需要很长一段时间才能吸收,患者需长时间门诊随访 β -HCG及妇科B超检查,包块的完全吸收常常需要3~4个月,甚至长达1年^[4,19];而且在药物保守治疗过程中仍有可能大出血、急诊手术,甚至子宫切除^[20];此外,其发病的根本因素未去除,子宫瘢痕缺陷仍然存在,如再次妊娠,仍然可能再次发生CSP。据Seow等^[21]报道,1例CSP患者保守治疗后再次妊娠,由于重复发生CSP,妊娠持续到8个月时发生子宫破裂,母子双亡。故对于希望再次生育的患者,妊娠病灶切除+瘢痕修补比较合适。单纯药物保守治疗我们经验不多,但从卫生经济学角度来看,药物治疗对患者精神上和时间上的耗费代价较大。我们认为CSP治疗方案的选择,需要根据患者病情轻重、孕周大小、有无心管搏动,CSP类型,子宫峡部前壁肌层的厚度及有无生育要求等综合分析决定。术前诊断明确,积极手术干预,配合药物治疗、介入治疗,绝大多数患者均能保留生理、生育功能,并能在较短的时间内康复,尽快回到工作岗位,对提高患者生活质量有利。

[参考文献]

- Einenkel J, Stumpp P, Kösling S, Horn L C, Höckel M. A misdiagnosed case of caesarean scar pregnancy[J]. Arch Gynecol Obstet, 2005, 271: 178-181.
- 刘玉环, 崔英, 管睿, 惠宁, 徐明娟, 古航. 子宫峡部瘢痕部位妊娠的误诊及治疗[J]. 上海医学, 2006, 29: 493-495.
- Moschos E, Sreenarasimhaiah S, Twickler D M. First-trimester diagnosis of caesarean scar ectopic pregnancy[J]. J Clin Ultrasound, 2008, 36: 504-511.
- Godin P A, Bassil S, Donnez J. An ectopic pregnancy developing in a previous caesarian section scar[J]. Fertil Steril, 1997, 67: 398-400.
- Vial Y, Petignat P, Hohlfeld P. Pregnancy in a caesarean scar[J]. Ultrasound Obstet Gynecol, 2000, 16: 592-593.
- Jurkovic D, Hillaby K, Woelfer B, Lawrence A, Salim R, Elson C J. First trimester diagnosis and management of pregnancies implanted into the lower uterine segment caesarean section scar[J]. Ultrasound Obstet Gynecol, 2003, 21: 220-227.
- Seow K M, Huang L W, Lin Y H, Lin M Y, Tsai Y L, Hwang J L. Cesarean scar pregnancy: issues in management[J]. Ultrasound Obstet Gynecol, 2004, 23: 247-253.
- Jiao L Z, Zhao J, Wan X R, Liu X Y, Feng F Z, Ren T, et al. Diagnosis and treatment of caesarean scar pregnancy[J]. Chin Med Sci J, 2008, 23: 10-15.
- Molinario T A, Barmhart K T. Ectopic pregnancies in unusual locations[J]. Semin Reprod Med, 2007, 25: 123-130.
- Sugawara J, Senoo M, Chisaka H, Yaegashi N, Okamura K. Successful conservative treatment of a caesarean scar with uterine artery embolization[J]. Tohoku J Exp Med, 2005, 206: 261-265.
- Maymon R, Halperin R, Mendlovic S, Schneider D, Herman A. Ectopic pregnancies in a Caesarean scar: review of the medical approach to an iatrogenic complication[J]. Hum Reprod Update, 2004, 10: 515-523.
- Tan G, Chong Y S, Biswas A. Caesarean scar pregnancy: a diagnosis to consider carefully in patients with risk factors[J]. Ann Acad Med Singapore, 2005, 34: 216-219.
- Larsen J V, Solomon M H. Pregnancy in a uterine scar sacculus an unusual cause of postabortal haemorrhage. A case report[J]. S Afr Med J, 1978, 53: 142-143.
- Wang C B, Tseng C J. Primary evacuation therapy for Caesarean scar pregnancy: three new cases and review[J]. Ultrasound Obstet Gynecol, 2006, 27: 222-226.
- Wang J H, Xu K H, Lin J, Xu J Y, Wu R J. Methotrexate therapy for caesarean section scar pregnancy with and without suction curettage[J]. Fertil Steril, 2009, 92: 1208-1213.
- Yang Q, Piao S, Wang G, Wang Y, Liu C. Hysteroscopic surgery of ectopic pregnancy in the caesarean section scar[J]. J Minim Invasive Gynecol, 2009, 16: 432-436.
- 熊敏, 曹雪霏. B超监护下宫腔镜对子宫切口妊娠物的诊治价值[J]. 医学临床研究, 2006, 23: 192-193.
- Doubilet P M, Benson C B, Frates M C, Ginsburg E. Sonographically guided minimally invasive treatment of unusual ectopic pregnancies[J]. J Ultrasound Med, 2004, 23: 359-370.
- Rotas M A, Haberman S, Levkur M. Cesarean scar ectopic pregnancies: etiology, diagnosis, and management[J]. Obstet Gynecol, 2006, 107: 1373-1381.
- de Vaate A J, Brölmann H A, van der Slikke J W, Wouters M G, Schats R, Huirne J A. Therapeutic options of caesarean scar pregnancy: case series and literature review[J]. J Clin Ultrasound, 2010, 38: 75-84.
- Seow K M, Hwang J L, Tsai Y L, Huang L W, Lin Y H, Hsieh B C. Subsequent pregnancy outcome after conservative treatment of a previous caesarean scar pregnancy[J]. Acta Obstet Gynecol Scand, 2004, 83: 1167-1172.

[本文编辑] 孙岩