

腹膜后异位妊娠 1 例病例报告

侯户杨¹, 徐青², 余宁珠¹, 叶春萍¹, 石晓燕^{1*}

作者单位: 210000 江苏 南京, 南京医科大学附属妇产医院, 1. 妇科肿瘤科; 2. 计划生育科

作者简介: 侯户杨, 南京医科大学硕士研究生在读, 医师, 主要研究方向为妇科

* 通信作者, E-mail: shixy019@sina.com

【关键词】异位妊娠; 腹膜后; 腹腔镜; 病例报告

【中图分类号】R 714.22

【文献标志码】B

【文章编号】1674-4020(2021)02-091-02

doi: 10.3969/j.issn.1674-4020.2021.02.25

异位妊娠是一种常见的妇科急症, 由于内出血严重, 可能危及孕妇生命, 是妊娠所致死亡的主要原因之一。腹腔妊娠常因缺乏典型临床症状, 易被忽视和误诊^[1]。其中腹膜外异位妊娠作为一种腹腔妊娠类型, 十分罕见^[2]。我院近期收治 1 例妊娠组织种植于腹膜和直肠间隙之间的患者, 现将病例报道及文献复习如下。

1 病例资料

患者, 女, 35 岁, G₁P₁, 宫内置器。2019-06-08 因“诊刮术后 2 d, 血 hCG 下降不明显”入院。停经 40 天自测尿妊娠试验(+), 停经后无腹痛, 无阴道流血。06-06 我院查 β-hCG 7 246.00 mIU/mL, 于我院门诊行取器+诊断性刮宫术。06-08 我院复查 β-hCG 6 546.00 mIU/mL, B 超提示: 右侧附件区包块约 5.0 cm × 3.5 cm, 内为无回声区中见分隔。子宫右侧见包块 1.6 cm × 1.4 cm, 内为不均中低回声, 紧贴子宫。体格检查无特殊阳性体征。妇科检查: 子宫正常大小, 质地中等, 宫颈无举痛、摇摆痛, 右侧附件区可及增厚, 无压痛, 左侧正常。病程中无肉样组织物排出, 无畏寒发热, 无明显早孕反应, 无胸闷心悸及晕厥史, 无腹泻便秘等不适。诊断为“异位妊娠”于 06-10 行腹腔镜探查术。术中见子宫形态饱满, 质软, 后壁浆膜下见一直径约 0.5 cm 大小瘤样突起, 右侧输卵管增粗, 表面充血、伞端见少许出血, 右侧卵巢增大, 内见一约 5 cm × 4 cm 大小囊肿, 左侧附件外观无明显异常, 盆腔见暗红色积血约 100 mL。行腹腔镜下右侧输卵管切除术+子宫肌瘤切除术+右侧卵巢囊肿剥除术。术后复查血 β-hCG 无显著下降(术后第 1 天为 5 593 mIU/mL, 术后第 3 天为 5 657 mIU/mL), 门诊诊刮病理未发现绒毛组织。复查盆腔 B 超仍提示混合包块

存在。为明确诊断, 予以完善胸部 CT 及盆腔磁共振检查, 胸部 CT 提示双肺少许陈旧灶, 盆腔磁共振提示: 子宫直肠窝偏右侧直肠筋膜区见一枚类圆形异常信号影, 大小约 1.9 cm × 1.7 cm × 2.4 cm (见下页图 1)。与放射科医生反复讨论, 暂排除妊娠滋养细胞疾病可能, 考虑特殊部位异位妊娠可能性较大。经讨论仍选择手术治疗, 术中于左侧道格拉斯窝见一 1 cm 大小腹膜缺损, 右侧骶韧带内侧稍膨隆, 超声刀打开右侧腹膜, 游离右侧输尿管, 打开右侧直肠侧间隙, 在骶韧带内侧、直肠右侧壁发现一 2.5 cm × 2.0 cm 紫蓝色肿块, 其表面见极薄包膜, 内见绒毛样组织及凝血块, 行腹膜后侧间隙妊娠物取出术。术后病理检查示: 退变绒毛组织, 术后诊断: 腹膜后异位妊娠。患者的血液 β-hCG 水平于术后的第 2 天降至 1 393 mIU/mL, 第 3 天降至 276.53 mIU/mL。患者病情平稳后出院。

2 讨论

异位妊娠是指受精卵在子宫体腔以外着床发育的异常妊娠过程, 是妇产科常见的急腹症, 发病率 2% ~ 3%, 是妊娠早期孕妇死亡的主要原因。其中以输卵管妊娠最为常见, 其次是卵巢妊娠、腹腔妊娠、宫颈妊娠、阔韧带妊娠。腹膜后异位妊娠十分罕见, 大部分发生于腹部主动脉和下腔静脉之间, 余者包括腹主动脉、闭孔窝、盆腔腹膜后、髂总动脉分叉处^[3]。本例中, 位置非常接近直肠, 这在既往病例中未有报道。

就目前报道病例, 其可能的发生机制有: 一是受精卵通过输卵管妊娠破裂或自发流产落入腹腔后, 种植并生长于腹膜后^[4]。此外, 接受辅助生殖技术的妇女异位妊娠的发生率较高, 可能与输卵管末端与腹膜后间隙形

成瘘管,使管腔与腹膜后相通相关^[5]。二是血管和淋巴管转移作为植入途径的假说。既往的病例显示,植入位置与女性盆腔淋巴结的分布高度契合。推测在受精卵向子宫腔植入过程中,受精卵细胞脱落,植入毛细血管或淋巴管,通过血液或淋巴液转移到腹膜后,类似于妇科恶性肿瘤的转移过程,如子宫内膜癌、宫颈癌等^[6]。

胚胎的植入位置不同,临床表现也各不相同,除停经外可无任何其他临床表现。取决于病灶是否破裂,可有腹痛、失血等休克相关临床表现。本例患者提示,还应与泌尿系统肿瘤、急性肠胃炎、以及卵巢良恶性肿瘤等进行鉴别,这导致了我们的第一次手术时对于病变部位的误判。磁共振具有很好的诊断价值。对于血 hCG 明显升高而宫内或盆腔未发现明显孕囊的患者,应考虑到腹膜后妊娠的可能性,在磁共振的帮助下我们最终发现了真正的病变部位,且其对于进一步评估妊娠病灶与临近组织的关系,指导进一步治疗发挥了重要作用。

保守治疗适用于病情稳定、临床判断没有活动性出血的患者,所用的药物包括抑制滋养细胞的药物,如甲氨蝶呤与米非司酮、止血药,但国外学者的经验是:利用注射氨甲喋呤的保守治疗最后仍不能省去外科手段的

介入^[7]。手术治疗仍然是目前的主要治疗方法,但也有研究表明,腹腔妊娠很容易沿着大血管生长,因此对于腹腔镜手术治疗提出了很大挑战^[8]。就本例而言,其病变部位接近直肠,大大增加了手术的风险,极易损伤直肠及其邻近结构,特别是血管和神经组织。由于患者的血 hCG 水平高,考虑到保守治疗效果的不确定性,以及反复与影像医生沟通,确认病变部位与骨盆血管仍有一定距离,未穿透直肠黏膜,最终与患者及家属充分沟通后仍选择手术治疗。此外,影像学诊断更多考虑病变为妊娠组织,而非滋养细胞疾病。手术的最终成功完成也与我科在妇科恶性肿瘤方面丰富的手术经验,及先进的手术器械帮助有关。充分和仔细的术前准备是治疗的基础,希望能为今后的类似病例提供参考。

腹膜后异位妊娠非常罕见,临床表现各不相同,从无症状患者到血流动力不稳定患者,这对诊断和治疗构成巨大挑战。因此,每个病例都应个体化处理。本病例报告提醒我们,仔细娴熟的手术及合适的辅助检查手段对于明确病灶部位,早期诊断,降低误诊率,减少患者疾患病痛苦及经济负担具有十分重要的意义。



A:患者盆腔磁共振成像 T1 加权图像(箭头所示为病灶部位) B:患者盆腔磁共振成像 T2 加权图像(箭头所示为病灶部位)

图1 患者磁共振成像图像

【参考文献】

[1] Creanga A A, Syverson C, Seed K, et al. Pregnancy-related mortality in the United States, 2011-2013 [J]. *Obstetrics and Gynecology*, 2017, 130(2): 366-373.

[2] Kunwar S, Tamkin K, Srivastava K. Abdominal pregnancy: Methods of hemorrhage control [J]. *Intractable & Rare Diseases Research*, 2015, 4(2): 105-107.

[3] 蒋建发,于科楠,薛敏.腹腔镜治疗腹膜后妊娠1例报告并文献复习[J].*中国医科大学学报*,2018,47(10):942-944.

[4] 张宏涛,刘运芬,罗琼,等.腹膜后闭孔妊娠1例报道[J].*现代妇产科进展*,2017,26(7):560.

[5] Lin Shengli, Rui Yang, Chi Hongbin, et al. Increased incidence of ectopic pregnancy after in vitro fertilization in women with decreased ovarian reserve [J]. *Oncotarget*, 2017, 8(9): 14570-14575.

[6] Liang Changhu, Li Xueli, Bin Zhao, et al. Demonstration of the route of embryo migration in retroperitoneal ectopic pregnancy using contrast-enhanced computed tomography [J]. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Research*, 2014, 40(3): 849-852.

[7] Fa Taran, Kagan K O, Hubner M, et al. The diagnosis and treatment of ectopic pregnancy [J]. *Deutsches Arzteblatt International*, 2015, 112(41): 693-705.

[8] Wei Jiang, Lv Shijian, Li Sun, et al. Diagnosis and treatment of retroperitoneal ectopic pregnancy: review of the literature [J]. *Gynecologic and Obstetric Investigation*, 2014, 77(4): 205-210.

(收稿日期:2020-04-22 编辑:舒砚)