

# 子宫腺肌病的手术治疗现状与思考

黄秀峰,张信美\*

作者单位:310006 浙江 杭州,浙江大学医学院附属妇产科医院妇科

作者简介:黄秀峰,毕业于浙江大学,硕士,主任医师,主要研究方向为普通妇科的微创治疗。张信美,毕业于浙江大学,博士,主任医师,主要研究方向为妇科内镜、子宫内膜异位症的基础和临床。

\* 通讯作者, E-mail: zxm20130729@163.com

【关键词】 子宫腺肌病;手术治疗

【中图分类号】R 711.74 【文献标志码】A 【文章编号】1674-4020(2019)04-015-03

doi:10.3969/j.issn.1674-4020.2019.04.05

子宫腺肌病是指子宫内膜腺体与间质在子宫肌层内生长引起子宫肌层增生肥大,导致月经过多、痛经以及生育能力低下的一种妇科良性疾病。目前子宫腺肌病的治疗可执行子宫切除(包括子宫全切与子宫次全切和部分子宫切除等)、病灶切除与非手术病灶切除技术(包括超声聚焦与介入以及射频等)、药物与中医治疗以及骶前神经切除等方法,而手术治疗目前则主要包括子宫切除术、病灶切除术、子宫内膜切除术等术式。但目前子宫切除术已不再是临床子宫腺肌病患者手术治疗的主要方法,相反,保守性手术是目前子宫腺肌病患者治疗的主要方式。由于子宫腺肌病的手术治疗往往是在药物治疗和/或非手术病灶切除技术治疗无效或不愿意的基础上而执行的,因此,子宫腺肌病的手术治疗应根据患者的年龄、临床症状、生育要求以及病灶的类型与范围选择合适的治疗术式,必须严格掌握适应证。近年来,随着医学的发展以及临床新技术的创新,子宫腺肌病保守性手术的术式以及治疗理念获得长足进步。本文着重探讨有关子宫腺肌病保守性手术治疗的术式与疗效以及潜在存在的问题。

## 1 子宫腺肌病病灶切除术

### 1.1 适应证

虽然目前还没有子宫腺肌病病灶切除的手术适应证,但如患者要求保留子宫且存在以下情况一般可以考虑手术病灶切除:① 患者药物治疗无效或过敏;② 患者非手术技术治疗无效或不愿意选择非手术技术治疗;③ 不孕患者行辅助生殖技术前,子宫体积较大且为局灶性

病灶;④ 不孕患者行辅助生殖技术失败,尤其是二次以上失败;⑤ 不孕患者行辅助生殖技术前,促性腺激素释放激素激动剂(GnRH-a)治疗子宫体积不缩小;⑥ 患者要求手术病灶切除;⑦ 患者同时存在其他疾病,如合并子宫肌瘤和/或子宫内膜异位症;⑧ 患者子宫体积较大,尤其是子宫大于孕3个月以上,同时伴有贫血,估计药物或非手术技术治疗不能获得有效治疗。

### 1.2 术式

虽然子宫腺肌病病灶切除的术式或技术因病灶的范围与位置而异,也可因术者设计而异,但文献报道的病灶切除术式主要是指弥漫性病灶而言,主要原因是由于局灶性病灶的手术方式类似子宫肌瘤剔除术,虽然子宫腺肌病病灶与子宫肌层的界限不及子宫肌瘤与子宫肌层的界限,但只要在切除病灶时仔细分辨界限并在病灶外3~5 mm组织切除病灶便可完整切除病灶<sup>[1]</sup>,因此,子宫腺肌病局灶性病灶的手术方式往往不做详细介绍。子宫腺肌病弥漫性病灶的术式从最早经典的“V”字型然后演变为楔形以及近年的“U”字型、“H”字型、不对称、三瓣折叠法与双瓣折叠法等各种术式,但这些术式均是根据病灶切除形状(如楔形与“U”字型病灶切除)和缝合技术(如三瓣法与双瓣法病灶切除)而命名的<sup>[2-8]</sup>。事实上,子宫腺肌病弥漫性病灶执行保守性手术病灶切除不论采用何种术式均不能完全完整地将病灶切净,而即使是子宫腺肌病局灶性病灶也不能保证病灶切净,因此,国内台湾学者将子宫腺肌病病灶切除简单地分为完全性病灶切除(相对切除病灶比较干净, I型)和部分性病灶切除(可能残留部分病灶, II型)两种

切除方法<sup>[9]</sup>。显然,子宫腺肌病局灶性病灶如子宫腺肌瘤与囊性子官腺肌病执行病灶切除属于完全性病灶切除。在子宫腺肌病弥漫性病灶切除的各种术式中,三瓣法与双瓣法手术病灶切除是目前比较认可的完全性子官腺肌病病灶切除技术,但由于子宫腺肌病病灶切除后需要高巧的缝合技术重建子宫结构,因此,除了子宫腺肌病病灶本身因素外,子宫腺肌病病灶是否能完全切除干净还受术者的经验、执行的手术方式(如开腹还是腹腔镜)以及患者未来是否要求生育等多因素的影响。诚然,术前与术中的正确评价也是影响子宫腺肌病病灶是否切除干净的重要因素。

### 1.3 疗效文献报道

子宫腺肌病病灶切除术后的疗效差异较大,主要原因在于患者的年龄、临床表现、病灶类型与范围以及术者所选择的术式不同,而病灶切除越多越完全,则术后的疗效就越好。理论上讲,子宫腺肌病局灶性病灶如子宫腺肌瘤与囊性子官腺肌病执行病灶切除术后患者的临床症状包括痛经与月经过多应该获得完全缓解,不孕或低生育能力应该得到完全改善,术后也不需要药物治疗。但实际上局灶性子官腺肌病极少仅为单纯性子官腺肌瘤或囊性子官腺肌病,通常合并有不同程度的弥漫病灶,也可称之为散在病灶,这些散在的残留病灶是局灶性病灶切除术后导致患者症状无法完全改善的根本原因,虽称为病灶复发,实为未控。国外一项大样本(1 398例)荟萃分析发现,子宫腺肌瘤剔除术后可使50.0%~94.7%的患者视觉疼痛评分下降3分以上;25.0%~80.0%的患者月经过多症状得到有效缓解;但如果子宫腺肌病合并不孕,子宫腺肌瘤剔除术后患者的妊娠率与临床活产率均可以达到100%,妊娠期间也没有发生子宫破裂<sup>[10]</sup>。国内文献显示子宫腺肌瘤剔除术后可使80%以上患者的痛经症状改善,且大多为完全缓解。提示,虽然局灶性子官腺肌病执行病灶切除术疗效高且术后复发率极低(约为9%),但术后患者仍然需要药物长期管理<sup>[2,9]</sup>。

弥漫性子官腺肌病病灶切除术的疗效显然要比局灶性子官腺肌病病灶切除的疗效差,综合子宫腺肌病弥漫性病灶切除的各种术式的疗效后发现,术后2年内患者的痛经缓解率在50%~100%,月经过多的改善率在65%~100%;术后妊娠率在17.5%~72.7%<sup>[1,10-11]</sup>。尽管如此,年龄还是决定病灶切除术后的关键因素。Kishi等<sup>[12]</sup>回顾性总结104例腹腔镜下子宫腺肌病病灶切除术后妊娠结局,结果发现,患者年龄≤39岁的术后妊娠率达41.3%,而患者年龄>40岁的术后妊娠率只有3.7%。提示,子宫腺肌病患者的年龄越大,其妊娠率越低。笔者在2011年首创双瓣法病灶切除术治疗严重弥漫性子官腺肌病,术后给予药物管理,术后6年患者的痛经缓解率为61.5%,月经过多的改善率为91.7

%,术后28例要求生育患者,8例(28.6%)获得足月妊娠,均经剖宫产分娩,无妊娠子宫破裂发生。显示,双瓣法病灶切除术治疗弥漫性子官腺肌病的疗效是肯定的,术后给予药物管理是必要的<sup>[3-4]</sup>。最近Osada<sup>[1]</sup>总结2 365例子官腺肌病病灶切除术的疗效后发现,病灶切除术后尽管其疗效报道差异较大,但对于缓解痛经及改善月经过多症状确实有效;日本共有2 123例子官腺肌病患者执行病灶切除手术,其中449例妊娠,363例(80.8%)分娩,其中2例死胎,子宫破裂13例(3.6%)。另外,辅助生殖技术可显著提高子宫腺肌病病灶切除术后的妊娠率。

## 2 子宫内层去除术

子宫内层去除术包括第一代(如电切割)与第二代(如阻抗控制),主要用于治疗无生育要求但希望保留子宫且子宫<孕2个月大的子宫腺肌病患者。对于以月经过多为主要症状的子宫腺肌病患者,执行子宫内层去除术后月经量明显减少甚至闭经,3年累计闭经可达到30%~50%,因而其疗效肯定。如子宫内层去除同时切除部分肌层(主要为浅肌层),则其疗效明显优于单纯子宫内层去除术。如子宫腺肌病患者的病灶位于子宫内层(内在性病灶)且浸润肌层深度≤2.5 mm,则子宫内层去除加子宫肌层部分切除的疗效显著高于病灶浸润深度>2.5 mm。对于以痛经为主要症状或月经过多与痛经两者症状共有的子宫腺肌病患者,虽然单纯子宫内层去除术能改善月经过多症状也能缓解痛经症状,而且也有报道术后2年81%患者的痛经症状得到缓解,但研究发现单纯子宫内层去除术对子宫腺肌病伴痛经患者的疗效往往不佳,术中同时放置曼月乐可明显提高其疗效,患者痛经得到有效控制<sup>[11]</sup>。国外一项非盲随机对照研究,95例子官腺肌病患者因痛经和月经过多行宫腔镜下电切割术,研究组53例术中同时放置曼月乐,对照组42例术中仅行电切割术,术后随访12个月,研究组闭经率达100%,对照组只有9%;研究组术后痛经和月经过多症状全部消失,而对照组因痛经持续存在或月经量过多需要行第二次手术的概率达19%(8/42)<sup>[13]</sup>。另外,如子宫腺肌病患者以痛经症状为主且其子宫>孕2个月或严重子宫腺肌病患者,最好不要选择子宫内层切除术。此外,子宫内层去除术仅去除子宫内层膜以及可能的浅肌层,因此术后的药物管理还是必须的。

## 3 潜在问题

由于目前还没有单独子宫腺肌病的诊治指南,而所有国内外子宫内层异位症诊治指南中涉及子宫腺肌病往往只是最后简要对其做大纲式的说明,却没有对其疾

病的诊断与治疗做详细的说明。提示,除了最终治疗方法的根治性子官切除术外,子宫腺肌病的保守性手术一定存在相关争论问题。

### 3.1 病灶切除后的妊娠问题

目前临床上认可局灶性子官腺肌病病灶切除术后患者获得较高的临床妊娠率与活产率;同时认可术后应用辅助生育技术获得的妊娠率与活产率均比自然受孕的高。然而,就弥漫性子官腺肌病而言,虽然大部分文献报道子宫腺肌病病灶切除术后也可提高患者的临床妊娠率与活产率,但最近 Oliveira 等<sup>[11]</sup>研究发现,子宫腺肌病病灶切除对于改善患者的异常子宫出血及痛经疗效较好,但对于术后提高不孕患者的妊娠率仍然非常有限,况且子宫腺肌病病灶切除后的子宫广泛重建可导致一系列产科问题如子宫破裂等并发症,因此,作者认为病灶切除术只是作为子宫腺肌病不孕患者的最后选择,同时还必须与患者沟通其疗效与产科并发症问题。事实上,临床上如不考虑子宫腺肌病患者未来的生育问题,也就没有必要太关注病灶切除后子宫重建结构的完整性问题,则可尽可能切除所有病灶以获得术后更好的疗效;但如患者要求生育,则就必须考虑病灶切除后子宫重建结构的完整性问题,显然,要求生育患者病灶切除的彻底性不及没有生育愿望的患者。虽然目前对子宫腺肌病患者病灶切除术后妊娠时间没有定论,且需考虑病灶的大小、类型与位置以及术式(完全性切除还是部分性切除以及腹腔镜还是开腹手术)等多因素影响,但一般认为局灶性病灶如子宫腺肌瘤等切除(不论是腹腔镜还是开腹手术)术后6个月可以考虑妊娠,而弥漫性病灶执行开腹病灶切除,如三瓣折叠法与双瓣折叠法等术后1年可以考虑妊娠,执行腹腔镜手术或其他病灶切除技术可能需要术后时间稍延后<sup>[1]</sup>。笔者在2011年开始应用双瓣法病灶切除治疗严重弥漫性子官腺肌病,术后1年28例患者要求生育,8例足月妊娠分娩,无1例发生妊娠子宫破裂<sup>[3-4]</sup>。诚然,精心设计开展多中心大样本临床对照研究弥漫性病灶剔除术对妊娠及其结局的影响,探索更加合理的手术切除方式和缝合修复方式是非常有益的。

### 3.2 术后药物长期管理问题

由于子宫腺肌病的病灶即使是局灶性也呈现弥漫分布,因此,不论进行何种保守性手术均可能残留病灶,故而,子宫腺肌病病灶切除术后的药物长期管理是必须的。虽然术后药物的具体使用方法与术前一样,但术后的药物使用着重在于预防或减少疾病复发,因此,术后的药物应用着重于长期性或交替使用以确保疗程,除此之外,还必须建立专科随访门诊以正确评价子宫腺肌病保守性手术的疗效。

总之,子宫腺肌病与子宫内膜异位症一样也是一种慢性炎症性疾病,除了彻底的根治性子官切除外,子宫

腺肌病的保守性手术后仍然存在复发或未控。随着人们生活质量的提高,要求保留子宫的愿望或需求特别强烈,子宫腺肌病的病灶切除术需要更高的要求,执行单独子宫腺肌病的诊疗指南对于子宫腺肌病的临床具有重要指导意义。

### 【参考文献】

- [1] OSADA H. Uterine adenomyosis and adenomyoma: the surgical approach [J]. *Fertility and Sterility*, 2018, 109(3): 406-417.
- [2] 吕熾,冷金花,戴毅,等.腹腔镜保守手术治疗子宫腺肌瘤疗效观察[J]. *中国实用妇科与产科杂志*, 2011, 27(10): 753-756.
- [3] 黄琼施,黄秀峰,张晶,等.改良双瓣法病灶切除术在弥漫性子官腺肌病中的应用分析[J]. *实用妇产科杂志*, 2014, 30(8): 605-608.
- [4] HUANG X, HUANG Q, CHEN S, et al. Efficacy of laparoscopic adenomyectomy using double-flap method for diffuse uterine adenomyosis [J]. *BMC Womens Health*, 2015, 15: 24.
- [5] NISHIDA M, TAKANO K, ARAI Y, et al. Conservative surgical management for diffuse uterine adenomyosis [J]. *Fertility and Sterility*, 2010, 94(2): 715-719.
- [6] OSADA H, SILBER S, KAKINUMA T, et al. Surgical procedure to conserve the uterus for future pregnancy in patients suffering from massive adenomyosis [J]. *Reproductive BioMedicine Online*, 2011, 22(1): 94-99.
- [7] SAREMI A, BAHRAMI H, SALEHIAN P, et al. Treatment of adenomyectomy in women with severe uterine adenomyosis using a novel technique [J]. *Reproductive BioMedicine Online*, 2014, 28(6): 753-760.
- [8] SUN Ai-jun, LUO Min, WANG Wei, et al. Characteristics and efficacy of modified adenomyectomy in the treatment of uterine adenomyoma [J]. *Chinese Medical Journal*, 2011, 124(9): 1322-1326.
- [9] TSUI K H, LEE F K, SEOW K M, et al. Conservative surgical treatment of adenomyosis to improve fertility: Controversial values, indications, complications, and pregnancy outcomes [J]. *Taiwanese Journal of Obstetrics & Gynecology*, 2015, 54(6): 635-640.
- [10] YOUNES G, TULANDI T. Conservative surgery for adenomyosis and results: a systematic review [J]. *Journal of Minimally Invasive Gynecology*, 2018, 25(2): 265-276.
- [11] PINHO OLIVEIRA M A, CRISPI J, CRISPI C P, et al. Surgery in adenomyosis [J]. *Archives of Gynecology and Obstetrics*, 2018, 297(3): 581-589.
- [12] Kishi Y, Yabuta M, Taniguchi F. Who will benefit from uterus-sparing surgery in adenomyosis-associated subfertility? [J]. *Fertility and Sterility*, 2014, 102(3): 802-807. e 1.
- [13] MAIA H J, MALTEZ A, COELHO G, et al. Insertion of mirena after endometrial resection in patients with adenomyosis [J]. *The Journal of the American Association of Gynecologic Laparoscopists*, 2003, 10(4): 512-516.