

腹膜后妊娠 1 例

孙健

作者单位:236000 安徽 阜阳,阜阳市妇女儿童医院妇科

作者简介:孙健,毕业于甘肃中医药大学,硕士研究生,主治医师,主要研究方向妇科肿瘤

【关键词】腹膜后异位妊娠;异位妊娠;诊断;手术

【中图分类号】R 714.22

【文献标志码】B

【文章编号】1674-4020(2025)02-046-03

doi:10.3969/j.issn.1674-4020.2025.02.16

1 病例资料

患者,女,39岁,G₄P₁,因“停经53d,宫内未见孕囊10d”于2022-08-23收入阜阳市妇女儿童医院。平素月经规律,14岁初潮,7d/30d,经量中等,轻微痛经,2016年因右侧输卵管壶腹部妊娠于外院行腹腔镜下右侧输卵管切除术。LMP 2022-07-02,患者停经1月自测尿妊娠试验阳性,2022-08-13于外院测血 β -hCG 6 468.6 mIU/mL,彩超示宫内外均未见妊娠囊,8月18日再次就诊该院,测血 β -hCG 20 990.1 mIU/mL,彩超示:宫内外均未见妊娠囊,右侧附件区不均质回声团,未予治疗处理,嘱其观察随访,因未明确诊断于2022-08-23转诊至我院,彩超示:宫内外均未见妊娠囊,子宫内膜厚15mm,右侧卵巢黄体囊肿,血 β -hCG 29 442.10 mIU/mL。8月24日盆腔磁共振示:1. 右侧附件区异常信号,考虑①卵巢黄体;②卵巢妊娠? 2. 宫腔内未见明显孕囊信号,考虑异位妊娠? 8月25日行诊断性刮宫术,8月26日复查彩超示:子宫内膜分离约5mm,右侧卵巢探及大小约18mm×15mm厚壁囊性回声,考虑黄体可能。血 β -hCG 27 603.20 mIU/mL,较诊刮前有所下降,8月27日诊刮病理检查示:高度分泌反应之子宫内膜,间质蜕膜样变,未见明显胎盘绒毛。8月28日复查 β -hCG 28 274.10 mIU/mL。8月29日复查彩超示:中腹部腹膜后区(胰腺下方,腹主动脉右前与下腔静脉、肠系膜上动静脉之间)探及范围约46mm×35mm×31mm囊性包块,壁厚欠光整,不排除腹膜后异位妊娠可能。同日行全腹部CT示:十二指肠水平段后方见大小约32mm×30mm×40mm欠规整软组织包块影。上腹部MR平扫示:腹膜后、十二指肠水平段后下缘水平见范围约32mm×30mm×37mm混杂信号灶,考虑孕囊可能。因妊娠位置特殊,手术风险极大,术前多学科会诊,认为腹膜后妊娠诊断明确,因患者血 β -hCG较高,绒毛活性较强,不排除随时破裂可能,应尽早手术探查,术前需备血,术后可能转入ICU。8月30日患者出现腹部隐痛不适,考虑妊娠囊有

破裂风险,遂急诊行宫腔镜探查+腹腔镜探查+经腹腹膜后妊娠物清除术,术中见宫腔内无占位性病变,双侧输卵管开口可见,宫颈管未见占位性病变,右侧输卵管缺如,左侧输卵管及双侧卵巢外观未见异常。进一步探查大网膜、肝胆胰脾、十二指肠、结肠、小肠未见异常。普外科医生上台探查,打开右侧胃结肠韧带,游离胃系膜及结肠系膜,右侧达肾前筋膜及右侧腹膜,内侧显露十二指肠降部外侧缘,提起十二指肠打开Kocher,把十二指肠翻向内侧,显露下腔静脉、左侧静脉、胰腺钩突及后方腹主动脉,充分显露胰头及十二指肠后腹膜间隙,腹膜后见组织水肿,暗红色渗出,在左肾动脉及下腔静脉夹角处见大小约30mm×35mm肿块,暗红色,囊实混合性,界限欠清楚(见下页图1),外侧压迫下腔静脉,上至左肾静脉下缘,内侧至腹主动脉肠系膜上动脉下方。因肿块位置特殊,出血风险极大,行开腹腹膜后妊娠物清除术,取上腹部正中取6cm切口,逐层进腹,显露腹膜后肿物,逐一游离显露肿块与下腔静脉及腹膜后的滋养血管(见下页图2),并予以结扎,显露肿块下极,有一支滋养动脉来自腹主动脉给予结扎切断,完整切除肿块(见下页图3)。送冰冻检查提示,见胎盘绒毛及滋养细胞。检查创面无渗血、组织残留,术后病理结果相符。血 β -hCG水平术后第1天降为4 952.80 mIU/mL,第2天1 885.20 mIU/mL,第6天1 261.40 mIU/mL。术后第6天全腹部CT复查:腹膜后包块切除术后,未见异常占位,患者一般状况良好,术后第8天出院,出院后定期来院复查 β -hCG,9月15日 β -hCG 16.20 mIU/mL,9月22日 β -hCG 3.8 mIU/mL。

2 讨论

异位妊娠是妇科常见急腹症,发生率约为1%^[1],是指受精卵着床于正常宫腔之外,最常见于输卵管妊娠,卵巢、宫颈、腹腔内妊娠较少见。随着剖宫产率的增加,剖宫产瘢痕妊娠有增加趋势,辅助生殖技术后异位妊娠

的发生率更高,我国辅助生殖技术后异位妊娠的发生率为 3.2%~8.6%^[2]。腹膜后妊娠是一种罕见的腹腔妊娠,占异位妊娠的 1%,指妊娠囊种植于腹膜后,世界范围内病例报道较少^[3,4]。腹膜后异位妊娠倾向于沿着主要血管植入,一旦破裂出血,常常是致命性的,特别是对于那些靠近大血管部位的出血,其死亡率是普通异位妊娠的 8 倍^[5,6]。因临床上较为罕见、早期临床症状不明显,诊断和治疗延迟可能会危及生命^[7]。目前为止,还没有关于腹膜后妊娠管理的专家共识或指南,早期诊断或治疗非常困难。

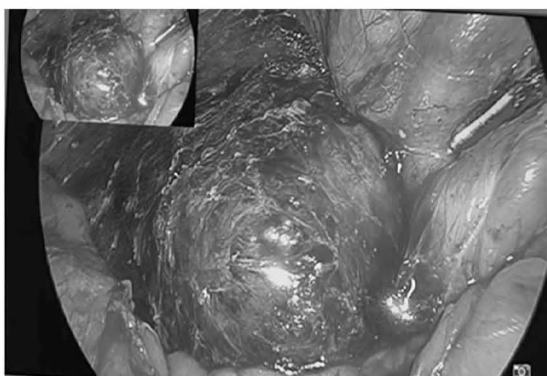
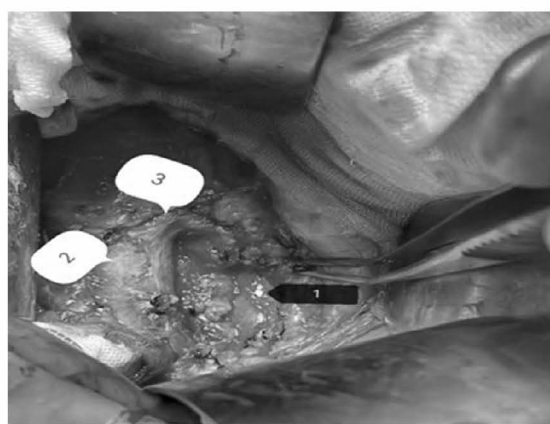


图1 腹腔镜游离暴露出左肾动脉及下腔静脉夹角处妊娠组织



注:1. 腹主动脉;2. 下腔静脉;3. 左肾静脉

图2 完整切除腹膜后妊娠囊后血管



图3 切除腹膜后的妊娠囊

腹膜后妊娠分为原发性和继发性。原发性腹膜后异位妊娠的诊断依据为:1. 双侧卵巢和输卵管正常;2. 无子宫腹膜瘘道形成;3. 妊娠囊存在于盆腹腔内,无输卵管妊娠的可能性。原发性腹膜后妊娠发病机制尚不清楚,目前认为有 3 种可能:① 医源性子宫穿孔。辅助生殖时胚胎种植在腹膜后间隙,或是既往有过输卵管切除史,再次妊娠时受精卵通过输卵管切除术后形成的瘘道种植在腹膜后间隙,推测切除后的输卵管残端可能会自发地再灌注或形成瘘道,使子宫与腹膜后腔之间可能形成通道^[8];② 妊娠囊植入腹膜表面并通过滋养层,腹膜侵蚀到达腹膜后间隙。然而,目前并没有直接证据证实这一假设^[9];③ 受精卵可通过淋巴系统到达腹膜后间隙,类似于妇科肿瘤的转移,术后病理检查发现淋巴组织有妊娠绒毛组织^[10]。淋巴扩散也可解释腹膜后妊娠多种植在盆腔侧壁或大血管等子宫淋巴引流部位。与输卵管管腔相比,腹膜后腔的空间更大、更复杂,因此异位妊娠囊会变大,破裂出血风险更高。继发性腹腔后异位妊娠往往继发于输卵管或卵巢妊娠流产或破裂后,也可继发于宫内妊娠而子宫破裂后。本例考虑为原发性腹膜后妊娠,原因有二。首先,患者有输卵管切除史,而子宫与腹膜后之间未发现异常瘘道;第二,妊娠囊种植于左肾动脉及下腔静脉夹角处,表面覆盖完整腹膜。

由于非特异性的临床表现和妊娠部位多变,腹膜后妊娠的诊断很容易被忽视。一般来说,妇产科医生多考虑输卵管妊娠可能,很少或不考虑腹膜后妊娠。对于盆腔妊娠,如子宫直肠窝妊娠或子宫骶韧带妊娠,经阴道超声极易将其误诊为附件部位异位妊娠;而位于中腹部或上腹部的腹膜后妊娠,经阴道超声无法检查到,漏诊或误诊风险增加。全腹部超声、CT 扫描和磁共振成像(MRI)的发展为罕见腹膜后妊娠的早期诊断提供了强有力的支持^[11]。超声在确定卵黄囊、胚胎或胎儿心跳方面优于 CT 和 MRI,而 CT 和 MRI 可定位妊娠部位和描述妊娠囊与周围组织之间的关系,有助于明确异位妊娠的存在和妊娠囊周围的解剖关系,为制定合理的治疗方案提供指导。但在某些紧急情况下,需要直接行开腹探查或腹腔镜探查,并通过手术或术后病理进行诊断,因此,腹膜后妊娠误诊率较高。在诊断过程中,需要注意几个问题:首先,要动态监测 β -hCG 变化,及时行经阴道超声检查。如果 β -hCG 水平高,但没有宫内妊娠或常见部位异位妊娠的影像学证据时,应考虑罕见部位妊娠可能,并进一步行其他影像学检查,特别是既往有输卵管手术史或辅助生殖技术史的患者;其次,当高度怀疑为罕见部位异位妊娠时,应联合辅助检查来准确定位妊娠部位;最后,如果高度怀疑是异位妊娠,行腹腔镜探查或开腹探查时术中未发现妊娠肿块,应全面仔细探查异常部位,如腹膜后。如果可能,术中超声引导有助于确定妊娠囊情况。当患者血流动力学不稳定且影像学无法进行时,开腹探查术仅发现腹膜后血肿,清除腹膜后血

肿的组织病理学检查可能有助于诊断。

考虑到绒毛组织的侵袭性和血管化性质,其与周围器官和血管系统的密切关系,术前评估是非常重要的。手术治疗是腹膜后妊娠治疗的主要手段,包括腹腔镜手术、开腹手术和药物。对于血流动力学稳定的患者,腹腔镜手术通常比开腹手术更可取,手术时间短、失血量少,然而,由于腹膜后妊娠通常位于腹膜后大血管旁,腹腔镜下切除术会是一个巨大的挑战,术前充分评估非常重要。对于中上腹部的腹膜后妊娠,术前评估时最好邀请普外科或血管外科医师会诊,术中请普外科或血管外科医师上台的可能性极高。能够完整切除腹膜后妊娠囊是最好的选择,但由于绒毛组织的侵袭性和血管化性质,使妊娠组织与周围器官和血管致密粘连,切除过程中可能出现难以止住的出血。因此, Singh 等^[12]建议应避免剥离妊娠囊造成出血和器官损伤,即使有少量绒毛组织残留,术中或术后追加药物治疗,如甲氨蝶呤妊娠囊内注射,但缺点是存在术后感染、继发性出血、持续性腹膜后异位妊娠的风险。对于血流动力学稳定、血 β -hCG 增高不明显的患者,药物治疗可能是另一种选择,如甲氨蝶呤、氯化钾和高渗生理盐水^[13]。

本例多次超声检查,均未探及妊娠囊,为排除宫内妊娠可能,行诊断性刮宫术,术后血 β -hCG 出现短暂的下降后再次上升,组织病理学排除宫腔内妊娠可能,行全腹部 CT 扫描及 MRI 检查,确定腹膜后、十二指肠水平段后妊娠。因妊娠位置特殊、手术风险极大,术前请普外科、血管外科、麻醉科、ICU、病理科多学科会诊,认为患者异位妊娠诊断明确,血流动力学稳定,因血 β -hCG 较高、绒毛活性较强,不排除随时破裂可能,手术指征明确,建议尽早手术探查;因妊娠囊位于大血管处,术中可能出现致命性大出血,术前需备血,切除组织行术中冰冻检查,若术中出现血管破裂,由血管外科缝合血管止血,术后可能转入 ICU。在明确为腹膜后妊娠第 2 天患者出现腹部隐痛不适,考虑妊娠囊有破裂风险,遂急诊行“宫腔镜探查+腹腔镜探查+经腹腹膜后妊娠物清除术”,由妇科医生宫腔镜探查宫腔,再次排除宫内妊娠可能,腹腔镜探查排除输卵管或卵巢妊娠可能,排除子宫浆膜层、腹部器官、肝脏、大网膜、肠、阑尾、腹壁等部位妊娠可能,由普外科医生游离暴露出左肾动脉及下腔静脉夹角处妊娠组织,因位置特殊,考虑出血风险会大大增加。因此,行开腹手术,完整切除妊娠囊。术后病理为腹膜后妊娠,血 β -hCG 很快降至正常。

特殊部位的异位妊娠临床上罕见,早期诊断较为困难,其临床症状和体征多不典型,有多次人工流产史、输卵管妊娠史、辅助生殖技术史等具备腹膜后妊娠多项高

危因素的患者应该警惕,当怀疑有罕见部位的异位妊娠时,应采用联合辅助检查来准确定位妊娠部位,罕见部位异位妊娠,多需手术治疗,术前多学科会诊非常必要,尽早手术探查,避免延误诊治。

利益冲突 作者声明无利益冲突。

【参考文献】

- [1] Al Naimi A, Moore P, Brüggmann D, et al. Ectopic pregnancy: a single-center experience over ten years [J]. *Reprod Biol Endocrinol*, 2021, 19(1):79.
- [2] 翁丹,段海霞. 基于多个影响因素建立列线图模型预测 IVF-ET 患者发生异位妊娠的风险 [J]. *吉林大学学报(医学版)*, 2023, 49(1):158-165.
- [3] Ou YZ, Wei S, Wu J, et al. Retroperitoneal ectopic pregnancy: a literature review of reported cases [J]. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*, 2021, 259:113-118.
- [4] Wen X, Yan X, Zhang Q, et al. Retroperitoneal ectopic pregnancy: a case report [J]. *J Minim Invasive Gynecol*, 2021, 28(9):1662-1665.
- [5] Fessehaye A, Gashawbeza B, Daba M, et al. Abdominal ectopic pregnancy complicated with a large bowel injury: a case report [J]. *J Med Case Rep*, 2021, 22, 15(1):127.
- [6] Liu Z, Jing C. A case report of retroperitoneal ectopic pregnancy after in vitro fertilization-embryo transfer and literature review [J]. *Int J Womens Health*, 2023, 15:679-693.
- [7] Munzar Z, Afridi KD, Amin F, et al. Retroperitoneal ectopic pregnancy presenting as a massive retroperitoneal hematoma [J]. *J Coll Physicians Surg Pak*, 2022, 32(3):415-416.
- [8] Xu H, Cheng D, Yang Q, et al. Multidisciplinary treatment of retroperitoneal ectopic pregnancy: a case report and literature review [J]. *BMC Pregnancy Childbirth*, 2022, 22(1):472.
- [9] Ferland RJ, Chadwick DA, O'Brien JA, et al. An ectopic pregnancy in the upper retroperitoneum following in vitro fertilization and embryo transfer [J]. *Obstet Gynecol*, 1991, 78(3 Pt 2):544-546.
- [10] Veleminsky M, Stepanek O, Koznar P, et al. A rare case of ectopic pregnancy-retroperitoneal ectopic pregnancy [J]. *Neuro Endocrinol Lett*, 2018, 39(3):156-159.
- [11] Anh ND, Hai NX, Ha NT, et al. Retroperitoneal ectopic pregnancy after in vitro fertilization: a case report of a patient with bilateral salpingectomy [J]. *Radiol Case Rep*, 2021, 17(3):721-724.
- [12] Singh Y, Singh SK, Ganguly M, et al. Secondary abdominal pregnancy [J]. *Med J Armed Forces India*, 2016, 72(2):186-188.
- [13] Ramalho I, Ferreira I, Marques JP, et al. Live birth after treatment of a spontaneous ovarian heterotopic pregnancy: a case report [J]. *Case Rep Womens Health*, 2019, 24:e00144.

(收稿日期:2024-08-29 实习编辑:陈飘逸)