

剖宫产术后子宫瘢痕憩室的诊治进展

马莹莹^{1,2}, 何莲芝¹

(1. 皖南医学院弋矶山医院妇产科, 安徽 芜湖 241000; 2. 芜湖市第二人民医院妇产科, 安徽 芜湖 241000)

摘要:随着剖宫产率的居高不下,剖宫产术后子宫瘢痕憩室(CSD)的发生率随之升高,往往以经期延长的月经紊乱,或瘢痕妊娠,不孕等情况就诊发现。可严重影响生活质量,甚至危及生命。CSD 早期无症状时常被忽略,依靠影像学检查,如:B 超(阴超更佳)、宫腔镜、磁共振等诊断。目前治疗上没有形成确定的定论,仍存在争议,主要是激素保守治疗和手术治疗等。现将 CSD 的发病机制,诊治方案做如下综述。

关键词:子宫瘢痕憩室;保守治疗;腹腔镜;宫腔镜;阴式手术

doi:10.3969/j.issn.1009-6469.2018.01.005

The diagnosis and treatment of post-cesarean section scar defect

MA Yingying^{1,2}, HE Lianzhi¹

(1. Department of Obstetrics and Gynecology, The First Affiliated Hospital of Wannan Medical College, Wuhu, Anhui 241000, China; 2. Department of Obstetrics and Gynecology, The Second People's Hospital of Wuhu, Wuhu, Anhui 241000, China)

Abstract: Along with the high cesarean section rate, the incidence of cesarean scar defect (CSD) is rising year by year, which was often indicated by menstrual disorders with prolonged menstrual period, scar pregnancy, or infertility, and so on. The disease can seriously affect the quality of life, and even result in death. CSD may be ignored because of no typical clinical manifestations at its early stage. Clinical diagnosis of CSD mainly relies on auxiliary examination such as ultrasonography (transvaginal ultrasonography was applied most widely), hysteroscopy, and MRI. Guidelines for the treatment of CSD are unclear. Currently, the two major treatment options are conservative treatment which combines estrogen and progesterone therapies and surgical repair of the diverticulum. Pathogenesis, diagnosis and treatment schemes of CSD are reviewed in this article.

Keywords: cesarean scar defect; conservative treatment; laparoscopic surgery; hysteroscopic surgery; vaginal surgery

在过去的几十年,剖宫产率持续上升的问题已备受关注^[1],Betrán 等^[2]研究显示,在发达国家,剖宫产分娩的比例是 21.1%,而在最不发达国家只有 2%,经济因素与剖宫产率呈正相关。剖宫产术后可形成一系列远期的并发症,尤其对日后再次妊娠产生不利。一项新的研究表明,64% 剖宫产术后子宫发生瘢痕憩室的患者,即使经手术治疗后 6~12 周,仍存在异常子宫出血^[3]。除此以外,瘢痕憩室的部位较薄弱,如再次妊娠在憩室的部位,增加了子宫破裂风险,危及母儿生命^[4]。所以剖宫产术后子宫瘢痕憩室(CSD)的发病机制、早期诊断及治疗的预后备受关注。目前国际上无统一的诊治方案,现对以上 CSD 相关问题做此综述。

1 发病机制

憩室的定义为腔隙样脏器的黏膜向壁层外突

起的局限性扩张或囊样突出^[5],可分为先天性和后天性憩室,多见于消化系统。本文提到的 CSD 主要为剖宫产术后人为所致的,子宫下段切口肌层薄弱,可与宫腔相同,并突起浆膜层的憩室。其发生的原因可能如下:(1)子宫下段切口位置的选择:比如瘢痕子宫再次手术时,宫体边缘明显厚于宫颈边缘,切口两侧肌肉收缩不对称,可造成切口对合欠佳,易形成憩室^[6];(2)缝合的技术:子宫下段切口缝合过密可影响切口处血供,以及切口处未全层缝合,或切口两侧对合不整齐,均可致切口愈合不佳,甚至缺损,发展为憩室;(3)孕妇易感体质:妊娠有合并症的产妇(如妊娠期高血压疾病、妊娠期糖尿病等),往往伴有低蛋白血症,水肿,导致免疫力低下,如阴道试产时间长,宫口开大,急诊剖宫产术后,子宫切口感染率高于社会因素剖宫产,促使 CSD 的发生^[7];(4)多次剖宫产:剖宫产后子宫下段处瘢痕组织无血供,且弹性差,多次手术后增加 CSD 风险易于理解^[8];(5)其他因素:如子宫后位,

通信作者:何莲芝,女,主任医师,硕士生导师,研究方向:妇科肿瘤,
E-mail:42909433@qq.com

子宫切口处张力大,有研究表明后位子宫发生 CSD 的概率为前位子宫 2 倍^[9];缝合线的性质;试产时间长短等,均增加 CSD 发生的概率。

2 临床表现

Tulandi 等^[10]回顾性分析证实,CSD 的患者可以是毫无症状,也可以表现为月经期延长,月经后期经血淋漓不尽,或是不孕,下腹痛等。(1)经期延长或月经后期经血淋漓不尽:因子宫下段切缘处收缩障碍,同时憩室致积血局部潴留,均可引起经期的延长^[11],临床上 CSD 患者常因月经紊乱而就诊。(2)不孕:随着二胎政策的放开,CSD 患者面临着继续妊娠的要求,但月经紊乱可干扰精子通过宫颈管,以及憩室的积血,引起宫腔局部的炎症,降低精子的活性,影响胚胎的着床,以上原因从而增加不孕的概率^[12]。(3)下腹痛:剖宫产手术可伴有子宫内层异位,如异位灶位于子宫切口憩室处,可引起痛经。同时术后引起的盆腔粘连,宫腔积血时间延长,盆腔慢性炎症等也可导致慢性盆腔痛。(4)瘢痕憩室妊娠:此表现相对以上少见,但一旦发生,较为凶险。憩室处较薄弱,可引起子宫破裂,失血性休克,母婴生命危险。

3 诊断方法

CSD 的诊断目前国际上仍未形成统一论。主要是根据病史,临床表现及辅助检查来诊断。患者均有剖宫产手术史,临床表现各异,有月经紊乱、不孕、下腹痛、瘢痕妊娠等,亦或无任何临床症状。辅助检查有以下几种:(1)B 超:以阴超更为精确,可帮助 CSD 早期诊断。与腹部 B 超相比,阴超不受腹部脂肪厚度,盆腔胀气,膀胱充盈程度影响图像的质量,可以更为精确的判断憩室的位置及子宫肌层的厚度,国外最新一项研究表明,阴超在需要早期终止妊娠的 CSD 患者中起到有效作用,可根据阴超监控憩室的厚度及局部有无血流信号,使用米非司酮及米索前列醇药物流产,从而避免手术的痛苦及并发症^[13]。(2)子宫输卵管造影:在造影剂的指示下,可清晰显示子宫下段处憩室的形态,提高 CSD 诊断率,但因需使用 X 线,造影剂可引发宫腔炎症,且不能提供子宫瘢痕处肌层的厚度,使子宫输卵管造影检查在临床应用中受到局限,一般应用于不孕症的诊断较多。(3)宫腔镜检查:可在镜下清晰观察子宫下段切口处向浆膜外突出的穹窿样缺损,以及淤积的陈旧性积血,被誉为 CSD 诊断金标准。随着宫腔镜技术的进步,不仅在诊断上,治疗上仍有一定的临床意义。(4)磁共振成像:其特点是对软组织分辨率高,对憩室的形态,与子宫、膀

胱等周围组织的关系有立体的成像,但费用昂贵,不作为临床常用诊断手段。

4 治疗方法

CSD 患者根据不同的临床症状有不同的治疗手段,目前国际上尚无统一的治疗方案。主要有以下几种:药物保守治疗,腹腔镜治疗,宫腔镜治疗,宫腹腔镜联合治疗,阴式瘢痕憩室修补术。临床疗效仍存在一定争议。

4.1 药物保守治疗 包括口服短效避孕药和放置宫内节育环两种常用方法。前者在短期内可明显改善月经量多症状,缩短月经周期。但李丽萍等^[14]研究表明,避孕药远期效果不佳,易复发性出血,降低 CSD 患者再次妊娠率。除此之外,药物长期服用存在副作用,患者依从性差,疗效有限。后者主要指持续向宫腔内释放左炔诺孕酮的宫内节育器,又名曼月乐。通过子宫内膜的高左炔诺酮浓度抑制雌激素受体在子宫内膜的合成,使子宫内膜对血液循环中的雌二醇失去敏感性,从而发挥强力的内膜增生拮抗作用,可有效减少月经量,但其缺点为上环初期的点滴出血,头疼以及长时间月经量少发展为闭经,避孕失败可能为异位妊娠,盆腔炎等,另外,曼月乐环对于 CSD 有再次妊娠要求的患者同样不适用。

4.2 腹腔镜治疗 腹腔镜的优势在于可以明确暴露手术视野,找到子宫下段憩室薄弱处,去除瘢痕后有效缝合子宫肌层,确切恢复解剖结构。Api 等^[15]通过回顾性分析腹腔镜和宫腔镜两种不同方法治疗 CSD 患者,得出结论:腹腔镜治疗可明显加固子宫憩室处肌层厚度,有效地改善临床症状,而宫腔镜治疗因没有加固子宫壁,日后发生瘢痕妊娠破裂的风险相对较高。尽管如此,腹腔镜也存在一定的弊端和风险,无法像阴式手术直观触摸 CSD 薄弱处修补,凭手术者经验判断 CSD 位置有一定困难,同时打开膀胱反折腹膜时易误伤膀胱,对手术者技术有一定要求,国内部分地区已使用达芬奇机器人行腹腔镜下子宫瘢痕憩室修补术,来提高手术的精确性。潘孝华等^[16]于 2014 年 9—12 月行达芬奇机器人手术 11 例,包括子宫瘢痕憩室、卵巢良性肿瘤、子宫平滑肌瘤、盆腔子宫内膜异位症、子宫内膜癌、宫颈原位癌等,结论为:机器人操作杆灵活,可分层次整齐缝合子宫肌层,最少程度的切除瘢痕,最大程度的恢复宫腔的完整性,为 CSD 患者术后维持正常的月经周期及再生育准备提供了更多的优势。

4.3 宫腔镜治疗 宫腔镜治疗用于子宫肌层有一

定厚度的患者,Cho 等^[17]报道,宫腔镜手术对憩室较小,肌层缺损不超过 80% 的 CSD 患者疗效确切,其主要原理为清除 CSD 底部纤维增生组织,使经血通畅引流,减少经血在憩室淤积致月经量多,经期延长的症状。研究表明,肌层厚度 <2 mm 患者明确不建议宫腔镜治疗,因宫腔镜下电灼有子宫破裂,损伤膀胱等周围脏器风险^[18-19]。除此之外,宫腔镜亦可能损伤子宫内膜,尤其不建议有再生育要求患者使用,故宫腔镜在临床治疗上有一定局限性。

4.4 宫腹腔镜联合治疗 国外研究^[20]表明宫腹腔镜联合治疗集聚了明确诊断、确切修复的双重优点,治疗方法为:在宫腔镜下明确憩室的大小及位置,在光源的指引下,有助于腹腔镜下确定 CSD 位置,避免误伤膀胱,有效精确的缝合子宫肌层,恢复子宫解剖结构。缺点在于费用昂贵,需征求患者意见。

4.5 阴式瘢痕憩室修补术 阴式手术是一种安全、有效、微创的手术方式,较腹腔镜容易找到 CSD 位置,在宫颈扩张器的指引下,切除瘢痕,有效缝合憩室处子宫肌层。可明显改善术后月经量多的症状^[21],但 CSD 患者如既往无阴道分娩史,术者找到膀胱宫颈间隙,上推膀胱反折腹膜,暴露憩室部位有一定困难,需要有熟练的阴式手术技能。

5 结论

综上所述,CSD 病因未明确,临床表现各异,诊断主要依据剖宫产病史,月经异常,下腹痛等临床表现,结合 B 超等辅助检查。治疗方案应根据患者临床症状,有无生育要求,经济条件等综合因素选择,改善临床症状的同时,最大可能还原子宫生理解剖结构。目前治疗最佳方案尚无统一论。CSD 的预防,最根本的源头在于控制剖宫产率,减少不必要的社会因素剖宫产以及提高术者缝合技术,增强孕妇体质,降低围手术期感染率等,从而降低 CSD 发生率,提高孕产妇生活质量。

参考文献

- [1] LUO L, NIU G, WANG Q, et al. Vaginal repair of cesarean section scar diverticula [J]. J Minim Invasive Gynecol, 2012, 19 (4): 454-458.
- [2] BETRÁN AP, MERIALDI M, LAUER JA, et al. Rates of caesarean section; analysis of global, regional and national estimates [J]. Paediatr Perinat Epidemiol, 2007, 21 (2): 98-113.
- [3] VAN DER VOET LF, BIJ DE VAATE AM, VEERSEMA S, et al. Long-term complications of caesarean section. The niche in the scar; a prospective cohort study on niche prevalence and its relation to abnormal uterine bleeding [J]. BJOG, 2014, 121 (2): 236-244.
- [4] MAROTTA ML, DONNEZ J, SQUIFFLET J, et al. Laparoscopic repair of post-cesarean section uterine scar defects diagnosed in non-pregnant women [J]. J Minim Invasive Gynecol, 2013, 20 (3): 386-391.
- [5] EFRON DT, LILLEMOR KD. The current management of gastrointestinal stromal tumors [J]. Adv Surg, 2005, 39: 193-221.
- [6] 余川蓉, 楼江燕. 剖宫产切口憩室的诊治现状 [J]. 医学综述, 2015, 21 (5): 833-836.
- [7] 章晓丹. 剖宫产术后切口愈合不良 30 例临床诊治分析 [J]. 按摩与康复医学 (下旬刊), 2011, 60 (8): 255.
- [8] 潘颖, 刘木彪, 朱峰城. 剖宫产疤痕憩室相关研究进展 [J/CD]. 妇产与遗传 (电子版), 2015, 5 (1): 56-59.
- [9] OFILI-YEBOVI D, BEN-NAGI J, SAWYER E, et al. Deficient lower-segment cesarean section scars: prevalence and risk factors [J]. Ultrasound Obstet Gynecol, 2008, 31 (1): 72-77.
- [10] TULANDI T, COHEN A. Emerging manifestations of cesarean scar defect in reproductive-aged women [J]. J Minim Invasive Gynecol, 2016, 23 (6): 893-902.
- [11] GONSER M. Re: Prevalence, potential risk factors for development and symptoms related to the presence of uterine niches following cesarean section; systematic review [J]. Ultrasound Obstet Gynecol, 2014, 44 (3): 371.
- [12] 姚敏. 剖宫产术后子宫切口疤痕憩室的诊治 [J]. 现代妇产科进展, 2013, 22 (11): 928-930, 934.
- [13] AU HK, LIU CF, TZENG CR, et al. Association between ultrasonographic parameters of cesarean scar defect and outcome of early termination of pregnancy [J]. Ultrasound Obstet Gynecol, 2016, 47 (4): 506-510.
- [14] 李丽萍, 刘杰, 陆相辉. 宫腹腔镜下瘢痕切除修补术与雌孕激素治疗 78 例剖宫产切口憩室的效果比较研究 [J]. 中国妇幼保健, 2015, 30 (25): 4407-4409.
- [15] API M, BOZA A, GORGEN H, et al. Should cesarean scar defect be treated laparoscopically? A case report and review of the literature [J]. Journal of Minimally Invasive Gynecology, 2016, 23 (5): 843.
- [16] 潘孝华, 颜士杰, 李绪清, 等. “达芬奇”机器人手术系统行妇科手术 11 例临床观察 [J]. 安徽医药, 2015, 19 (11): 2139-2141.
- [17] CHO CE, NORMAN M. Cesarean section and development of the immune system in the offspring [J]. Am J Obstet Gynecol, 2013, 208 (4): 249-254.
- [18] 谢清. 剖宫产切口憩室的诊断与治疗现状分析 [J]. 基层医学论坛, 2016, 20 (23): 3277-3278.
- [19] FAVERO G, CHIANTERA V, OLESZCZUK A, et al. Invasive cervical cancer during pregnancy: laparoscopic nodal evaluation before oncologic treatment delay [J]. Gynecol Oncol, 2010, 118 (2): 123-127.
- [20] LI C, TANG S, GAO X, et al. Efficacy of combined laparoscopic and hysteroscopic repair of post-cesarean section uterine diverticulum; a retrospective analysis [J]. Bio Med Research International, 2016, 2016: 1-6.
- [21] ZHOU J, YAO M, WANG H, et al. Vaginal repair of cesarean section scar diverticula that resulted in improved postoperative menstruation [J]. J Minim Invasive Gynecol, 2016, 23 (6): 969-978.

(收稿日期: 2016-10-21, 修回日期: 2016-11-27)