

## 腹壁子宫内膜异位症 53 例临床分析

黄荣芳, 张燕萍, 刘玲, 高俊丽  
(昆明市妇幼保健院, 云南昆明 650031)

[关键词] 腹壁子宫内膜异位症; 治疗; 手术

[中图分类号] R816.91 [文献标识码] A [文章编号] 2095-610X (2014) 04-0145-03

腹壁子宫内膜异位症 (AWE) 是盆腔外 EM 中较为多见的一种类型。近年来由于剖宫产率的增加, 腹壁子宫内膜异位症的发病率也逐渐上升。因其发病率低, 故对其临床特点了解甚少, 但其对患者的身心健康均可造成一定影响, 而且 AWE 在发生和临床表现上都有别于盆腔 EM<sup>[1]</sup>。本文对昆明市妇幼保健院自 2007 年 3 月至 2012 年 3 月收治的 53 例腹壁子宫内膜异位症患者的临床资料进行分析, 以探讨针对该病的预防、诊断及治疗方法。

### 1 临床资料

#### 1.1 一般资料

53 例患者年龄 23~42 岁, 平均 (31.35 ± 4.32) 岁; 孕次平均 (2.69 ± 0.68) 次; 产次平均 (1.48 ± 0.34) 次。腹部切口为横切口者占 79.24% 为 42 例, 纵切口者占 20.75% 为 11 例。既往手术为剖宫产者 50 例, 卵巢囊肿 (巧囊) 剥除术后 2 例, 子宫肌瘤剔除术后 1 例。

53 例患者中以腹壁包块为主诉就诊的占 96.22% 为 51 例, 2 例因行其他手术时发现。症状出现时间距上次手术时间 3 月至 8 a。患者主诉为腹壁切口部位周围结节或肿块, 其中伴疼痛者 35 例 (包括与月经相关的周期性包块区域疼痛和无规律性下腹壁隐痛), 仅扪及肿块而无疼痛者 16 例。肿块表现可仅为扪及小结节感至中位最大经线达 6 cm 的包块。

所有患者术前均行超声检查及血清 CA125 测定, 术后送病理检查均证实为子宫内膜异位症。超声检查为腹壁切口周围低回声或不均质回声结构, 内部散在强回声, 边界不规则。血清 CA125 测定多正常或轻度升高。术后病检结果: 在送检

组织中见到内膜腺体和间质细胞或伴出血。

53 例患者中 37 例的病灶为单一病灶, 16 例患者病灶为两个以上; 其中 1 例横切口患者的病灶达 4 个, 散布在整个切口处。病灶中位最大经线为 0.5~6 cm 大小, 平均直径 (2.54 ± 0.41) cm。53 例患者中病灶位于切口周围的 48 例, 有 5 例患者的病灶距离原皮肤切口约 2~3 cm。病灶仅累及脂肪者 27 例, 达筋膜者 13 例, 达肌层者 9 例、累及腹膜者 4 例。

#### 1.2 手术治疗

对 11 例患者采用了硬膜外麻醉 (主要为病灶大、位置深者), 对 42 例患者采用了局部麻醉。切口多采取以病灶为中心的梭形切口, 这样缝合后切口相对美观, 对于病灶直径大于 3 cm 者缝合后可能致切口局部产生凹陷, 但患者术后 6 月复查时切口均已与周围组织长平整。切除病灶及周围 0.5~1 cm 的组织, 若患者切除肌层较宽或腹壁张力大, 可对其周围正常的肌肉组织进行“Z”行缝合或减张缝合。53 例患者中, 51 例单一进行腹壁子宫内膜异位病灶切除术, 其余 2 例同时施行其他手术, 分别为卵巢子宫内膜异位囊肿及子宫肌瘤剔除术。手术时间 (34.35 ± 14.65) min; 患者术中出血量 (36.35 ± 17.23) mL。值得注意的是, 术中切除术前已明显触及的病灶后需要再用手指仔细触摸切口周围组织, 以免遗漏细小病灶而致术后复发。

#### 1.3 药物治疗

53 例患者中有 14 例在术前曾进行了孕三烯酮治疗 1~3 月, 疼痛症状有所缓解但包块无明显缩小, 停药后出现疼痛症状复发, 最终采取了手术治疗。17 例患者在术后进行了口服短效避孕药 (妈富隆或优思明) 治疗 3~6 月, 这 17 例患者中尚未见复发病例。

## 1.4 随访

对 53 例患者进行了为期 1 ~ 5 a 不等的随访, 其中有 2 例患者出现复发 (为 3.77%), 距手术时间分别为 3 月及 2 a. 其中 1 例术后 3 月即复发的患者认为可能是手术切除不彻底所致. 复发的 2 例患者均采取再次手术切除病灶, 术后病理检查确认为子宫内膜异位症.

## 2 讨论

### 2.1 腹壁子宫内膜异位症的发生及诊断

多数学者认为, AWE 的发生可能是手术操作过程中将子宫或腹腔内游离的子宫内膜碎片种植到切口处而形成, 与术者手术方式及操作流程有关. 多发生在盆腔手术后, 其中以剖宫产术后最多. 根据国外文献报道剖宫产术后切口有 0.03% ~ 1.00% 的几率发生腹壁子宫内膜异位症; 在国外腹壁子宫内膜异位症中因剖宫产术后继发占 57%<sup>[2]</sup>.

在现有的医疗科技水平下, 广为认同的腹壁子宫内膜异位症的病因是一种联合作用, 是由种植学说、体腔上皮化生及血液/淋巴转移学说与免疫因素共同产生的<sup>[3]</sup>. 腹壁子宫内膜异位主要有三种形成方式: (1) 在对患者进行手术时, 子宫内膜直接种植到了腹壁切口, 内膜组织在体内激素的促进下产生了; (2) 子宫内膜对周围筋膜组织产生影响, 使其变为腺肌瘤样病灶; (3) 子宫内膜经淋巴与血液转移到了剖宫产的瘢痕处, 最终形成了腺肌瘤样病灶.

53 例患者的平均年龄 ( $31.35 \pm 2.54$ ) 岁, 可说明腹壁子宫内膜异位症多发于正处于生育期顶峰的女性. 平均孕次 ( $2.56 \pm 0.59$ ) 次, 平均产次 ( $1.54 \pm 0.28$ ) 次, 手术切口多为横向 (79.24%), 这可能与近年来妇产科开腹手术多为横切口有关. 腹壁子宫内膜异位症的临床表现较为明显, 53 例患者中, 以腹壁包块为主诉就诊的占 96.22% 为 51 例, 2 例因行其他手术时发现. 患者主诉为腹壁切口部位周围结节或肿块, 其中伴疼痛者 35 例, 仅扪及肿块而无疼痛者 16 例. 可见腹壁包块、疼痛为 AWE 的主要临床症状但并不一定同时具备. 超声作为一种简便易行无创的检查手段, 可在术前对包块进行定位及排除其他诊断. 53 例患者中血清 CA125 测定多正常或轻度升高, 故血清 CA125 测定对本病的诊断及随访意义不大.

### 2.2 治疗

手术治疗腹壁子宫内膜异位症是目前唯一肯

定有效的治疗方式. 手术治疗腹壁子宫内膜异位症的意义在于使病灶完全脱离, 同时保持腹壁外形与生理性的完整<sup>[4]</sup>. 文献报道切除范围应切除病灶及其周围 0.5 ~ 2 cm 的组织, 以降低复发的可能性, 但目前对切除的范围与复发之间的关系并没有确切的认定. 因子宫内膜异位症的病变部位并无明显的界限, 因此为确保病灶的完全切除与降低复发的可能, 我们对此类患者手术中切除病灶及周围 0.5 ~ 1 cm 的组织. 术后复发率 3.77% (2/53). 对腹壁缺损较大的患者 (腹壁缺损大于 2 cm<sup>2</sup>) 可采取筋膜、皮肤减张缝合、筋膜补片或腹壁成型修补术等方法, 或使用聚丙烯纤维补片代替腹壁筋膜. 对术后复发的患者, 应注意其癌变的可能性, 昆明市妇幼保健院对复发的 2 例患者采取再次手术治疗, 术后病检仍为子宫内膜异位症.

药物治疗对腹壁子宫内膜异位症的效果目前并不尽如人意, 53 例患者中 14 例在术前曾进行了孕三烯酮治疗 1 ~ 3 月, 疼痛症状有所缓解但包块无明显缩小, 停药后出现疼痛症状复发, 最终采取了手术治疗. 17 例患者在术后进行了口服短效避孕药 (妈富隆或优思明) 治疗 3 ~ 6 月. 这 17 例患者中未见复发. 但例数太少, 尚不能说明口服短效避孕药在预防术后复发中是否有效. 可能由于病灶周围纤维化增生, 药物很难达到异位病灶, 因此药物治疗很难将病灶完全根除.

### 2.3 预防

腹壁子宫内膜异位可采取的预防措施有: 剖宫产手术中用纱垫严密保护切口; 胎盘娩出后不再使用清理宫腔的纱垫, 医护人员应更换手套, 并禁止徒手操作; 剖宫产手术缝合子宫肌层时不穿透内膜, 缝合子宫的缝线不缝合腹壁, 预防腹壁子宫内膜异位症的最重要方法之一便是减少无指征剖宫产, 从而减少医源性因素<sup>[5]</sup>. 母乳喂养也是预防该类疾病的重要措施, 因为母乳喂养能够延缓卵巢功能的恢复, 最大程度的避免散落于切口的子宫内膜种植. 腹腔镜手术旋切子宫取出标本时也应避免组织与腹壁接触, 从而防止子宫内膜或子宫内膜异位病灶的种植. 因昆明市妇幼保健院治疗病例中观察到有的患者虽有腹壁包块但无疼痛, 故数年后包块很大了才采取手术治疗, 这样会导致手术困难, 术后腹壁缺损大而影响腹壁美观, 所以建议定期进行正规的妇科检查也可达到尽早发现危险因素, 尽早预防及治疗的效果.

复口腔黏膜干糙、舌体开裂,疼痛,口角炎,双下肢对称性皮炎,最初诊断“念珠菌感染合并湿疹”,反复抗真菌药物治疗 6 a 余,症状无缓解。直至患者出现体重进行性下降(因舌体疼痛不愿进食和/或后期肿瘤消耗),不能坚持正常生活和工作才来就诊。

胰腺内分泌肿瘤(pancreatic endocrinotumors, PETS)发病率低,临床表现复杂多样,这就要求我们详细询问病史,细致体格检查,对于常见疾病不能解释的症状或经过治疗症状不缓解者,应进一步全面检查,多学科协作,以减少误诊和漏诊。对于功能性 PET,将临床症状结合实验室放射免疫技术测定的相应激素血清水平,不难作出定性诊断,但需建立在对该类疾病的了解和一定临床经验基础上。随着多排螺旋 CT 的应用,其诊断阳性率已提高到 80% 以上。早期诊断可以改善患者预后,甚至得到治愈。

#### [参考文献]

- [1] 王春友. 胰腺内分泌肿瘤[J]. 中国实用外科杂志, 2010,30(9):15-19.
- [2] OBERG K. Pancreatic endocrine tumors[J]. *Semin Oncol*, 2010,37:594-618.
- [3] MODLIN I M, OBERG K, CHUNG D C, et al. Gastroenteropancreatic neuroendocrine tumours[J]. *Lancet Oncol*, 2008,9:61-72.
- [4] FRANKO J, FENG W, YIP L, et al. Non-functional neuroendocrine carcinoma of the pancreas: incidence, tumorbiology, and outcomes in 2,158 patients [J]. *J Gastrointest Surg*, 2010,14(3):541-548.
- [5] WANG D S, ZHANG D S, QIU M Z, et al. Prognostic factors and survival in patients with neuroendocrine tumors of the pancreas [J]. *Tumour Biol*, 2011,32(4):697-705.
- [6] WANG D S, ZHANG D S, QIU M Z, et al. Prognostic factors and survival in patients with neuroendocrine tumors of the pancreas [J]. *Tumour Biol*, 2011,32(4):697-705.
- [7] HALFDANARSON T R, RUBIN J, FARNELL M B, et al. Pancreatic endocrine neoplasms: epidemiology and prognosis of pancreatic endocr [J]. *Endocr Relat Cancer*, 2008,15(2):409-427.
- [8] 苗毅, 郭峰, 奚春华, 等. 胰腺内分泌肿瘤的外科治疗[J]. 肝胆外科杂志, 2007,6:168-171.  
(2014-03-05 收稿)

(上接第 146 页)

#### [参考文献]

- [1] 黄汉辉, 杨丹. 腹壁子宫内位异位症的研究进展[J]. 复旦学报(医学版), 2010,37(1):116.
- [2] NOMIANTO N S, PRATES L F, LAUAR I, et al. Caesarean section greatly increases risk of scar endometriosis [J]. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*, 2010,152(1):83.
- [3] CHANG Y, TSAI E M, LONG C Y, et al. Abdominal wall endometriomas [J]. *J Reprod Med*, 2009,54:155.
- [4] 林琳, 王平. 腹壁切口子宫内位异位症 112 例临床分析[J]. 四川大学学报(医学版), 2009,40(3):568.
- [5] 李淑霞, 李正玮, 张哲, 等. 腹壁子宫内位异位症切除术中补片替代筋膜缺损的临床研究[J]. 现代妇产科进展, 2008,17(4):313.  
(2014-03-02 收稿)