

腹壁子宫内膜异位症 47 例临床特点分析

马兰芳, 曹莉莉, 吴章颖, 汪俊涛

基金项目: 国家自然科学基金项目(编号:81760266); 贵州省科技计划项目(编号:黔科合基础[2020]1Y307)

作者单位: 550001 贵州,贵阳市妇幼保健院妇产科(马兰芳,曹莉莉,汪俊涛); 550004 贵阳,贵州医科大学附属医院妇产科(吴章颖)
作者简介: 马兰芳(1987-),女,医学硕士,主治医师,研究方向:妇科内分泌疾病及妇科肿瘤的诊治。E-mail:617701934@qq.com
通信作者: 汪俊涛(1973-),男,医学硕士,主任医师,研究方向:妇科肿瘤的诊治。E-mail:jtwang7376@126.com

[摘要] **目的** 分析腹壁子宫内膜异位症(AWE)的临床特点,为 AWE 的诊治提供参考。**方法** 收集 2015 年 1 月至 2020 年 12 月贵阳市妇幼保健院收治的 47 例 AWE 患者的临床资料及随访资料并分析其特点。**结果** 患者就诊的平均年龄为(32.17±4.45)岁,均有剖宫产手术史。剖宫产 1 次者 32 例(68.09%),2 次者 15 例(31.91%)。腹部手术为横形切口 43 例(91.49%),纵形切口 4 例(8.51%)。患者初次发病距离上次剖宫产手术时间为 2~120 个月。37 例(78.72%)以经期腹壁包块疼痛为首发症状。包块位置多见于剖宫产手术横切口左右两侧。47 例 AWE 患者均行腹壁 B 超检查,其中 42 例(89.36%)提示腹壁切口处不规则的低回声肿块,边界不清,部分包块内可见血流信号。47 例 AWE 患者中有 29 例行 CA125 检测,均值为(23.52±12.81)U/ml。47 例患者均行手术切除病灶,病灶平均直径为(2.55±0.85)cm,病变多累及筋膜层和肌层。术后随访期间有 6 例患者复发。**结论** 剖宫产后 AWE 有典型的临床表现,可结合病史和 B 超检查结果进行诊断。AWE 首选手术治疗,术中彻底清除病灶是治疗的关键。临床医师在腹部手术中应防止医源性 AWE 的发生,术后可制定规范的管理模式并密切随访。

[关键词] 腹壁子宫内膜异位症; 剖宫产; 临床特点
[中图分类号] R 711.71 **[文献标识码]** A **[文章编号]** 1674-3806(2021)10-0991-04
doi:10.3969/j.issn.1674-3806.2021.10.08

Analysis of clinical characteristics of 47 cases of abdominal wall endometriosis MA Lan-fang, CAO Li-li, WU Zhang-ying, et al. Department of Obstetrics and Gynecology, Guiyang Maternity and Child Health Care Hospital, Guizhou 550001, China

[Abstract] **Objective** To analyze the clinical characteristics of abdominal wall endometriosis(AWE) and to provide reference for the diagnosis and treatment of AWE. **Methods** The clinical data and the follow-up data of 47 AWE patients admitted to Guiyang Maternity and Child Health Care Hospital from January 2015 to December 2020 were collected, and their characteristics were analysed. **Results** The average age of the patients was (32.17±4.45) years at the time of admission, and they all had a history of cesarean section. Among them, 32 cases(68.09%) received one cesarean section and 15 cases(31.91%) received two cesarean sections. There were 43 cases(91.49%) with abdominal transverse incision and 4 cases(8.51%) with abdominal longitudinal incision. The time from the patients' first onset to the last cesarean section was 2-120 months. Thirty-seven cases(78.72%) had abdominal mass pain during menstruation as the first symptom. The location of the masses was more common on the left and right sides of the transverse incision in cesarean section. All the 47 patients with AWE underwent abdominal wall ultrasound examination, forty-two of whom(89.36%) showed irregular hypoechoic masses at the incision of the abdominal wall, with unclear borders, and blood flow signals in some masses. Among the 47 AWE patients, 29 cases underwent CA125 detection, with an average value of (23.52±12.81)U/ml. All the 47 patients underwent surgical resection of the lesions, and the average diameter of the lesions was (2.55±0.85)cm. Most of the lesions involved the fascia and muscle layers. Six patients relapsed during the postoperative follow-up. **Conclusion** AWE has typical clinical manifestations after cesarean section, which can be diagnosed in combination with medical history and B-ultrasound results. Surgical treatment is the

first choice for AWE, and complete removal of the lesions during the operation is the key to the treatment of this disease. Clinicians should prevent the occurrence of iatrogenic AWE during abdominal surgery, and formulate a standardized management model and follow up the patients closely after surgery.

[Key words] Abdominal wall endometriosis(AWE); Cesarean section; Clinical characteristics

子宫内膜异位症(endometriosis, EMs)好发于育龄期女性,是一种较常见的慢性妇科疾病,发病率约为11%^[1]。EMs病理特点表现为子宫内膜(腺体及间质)生长于子宫腔以外的部位,其发病机制尚不清楚。异位内膜可累及全身任何部位,包括膀胱、肾、输尿管、脐、肺、乳腺、胸膜,甚至大腿及手臂等,但大部分位于盆腔内,以卵巢和宫骶韧带最常见,其次为子宫^[2]。腹壁子宫内膜异位症(abdominal wall endometriosis, AWE)是一种特殊类型的盆腔外子宫内膜异位症,是指EMs发生于腹膜表面,多数继发于妇 产 科 手 术,如 剖 宫 产 术^[3-4]。其发病机制不明,多偏向种植学说,即手术过程中将子宫内膜种植于腹壁切口,内膜组织在激素作用下增生,促使周围筋膜组织化生为腺瘤样病灶。近年来随着剖宫产率的升高,AWE的发病率也呈上升趋势,发病率为0.03%~0.45%^[5-6]。本研究回顾性分析我院47例AWE患者的临床资料,总结其临床特点、诊治方法、预后因素及术后管理,为有效预防AWE的发生以及AWE的临床管理提供参考。

1 资料与方法

1.1 一般资料 收集2015年1月至2020年12月贵阳市妇幼保健院妇科病区收治的47例AWE患者的临床资料。纳入标准^[7]:既往有腹部手术史,腹壁切口处可触及结节或包块,肿块出现周期性疼痛或触痛,与月经周期相关(经前期或经期加重,月经干净后好转);超声检查提示腹壁切口处低回声结节,怀疑子宫内膜异位结节;经手术病理证实为AWE;病历资料及随访资料完整。排除有严重心、肺、肝或肾脏疾病及炎症活动期患者。

1.2 资料收集 通过医院电子病历系统查阅患者住院病历,收集患者年龄、月经史、孕产史、既往手术史、症状与体征、发病位置与原切口关系、辅助检查结果、手术麻醉方式、术中探查包块大小、病灶侵犯深度、术中出血量、手术时间、术后补充治疗等临床资料及随访资料。

2 结果

2.1 47例AWE患者的一般情况 患者年龄20~43(32.17±4.45)岁,以30~34岁占比最高(46.81%)。均有剖宫产手术史,患者初次发病距离上次剖宫产

手术时间为2~120个月,中位时间为27.00个月。剖宫产1次者占比最高,达68.09%。腹部手术切口以横形占比最高,达91.49%。见表1。

表1 47例AWE患者的一般情况[n(%)]

项 目	例数
年龄(岁)	
20~29	12(25.53)
30~34	22(46.81)
35~39	12(25.53)
40~43	1(2.13)
剖宫产次	
1次	32(68.09)
2次	15(31.91)
腹部手术切口	
横形	43(91.49)
纵形	4(8.51)
剖宫产手术单位	
本院	16(34.04)
外院	31(65.96)

2.2 47例AWE患者的症状及体征情况 1例(2.13%)无临床症状及体征,于经腹子宫肌瘤剔除术中意外发现,关腹过程中腹直肌前鞘瘢痕处扪及一3cm×2.5cm×2.5cm包块,有咖啡色液体流出,术后证实为AWE。37例(78.72%)以经期腹壁包块疼痛为首发症状,其中有2例同时出现瘢痕处伴随月经的周期性出血。9例(19.15%)查体于腹壁瘢痕处触及结节,活动欠佳,与周围组织分界不清。包块于剖宫产手术横切口以右侧多见,4例纵形切口均见于切口下部。见表2。

表2 47例AWE患者的症状及体征情况[n(%)]

项 目	例数
首发症状	
经期腹壁包块疼痛	37(78.72)
瘢痕旁包块	9(19.15)
无临床症状及体征	1(2.13)
包块与横形切口位置关系	
包块位于切口左侧	14(32.56)
包块位于切口中间	4(9.30)
包块位于切口右侧	25(58.14)
包块与纵形切口位置关系	
包块位于切口上部	0(0.00)
包块位于切口下部	4(100.00)

2.3 47 例 AWE 患者辅助检查结果 47 例 AWE 患者均行腹壁 B 超检查,其中 5 例(10.64%)未探及病灶,42 例(89.36%)提示腹壁切口处不规则的低回声肿块,边界不清,部分包块内可见血流信号;其中 41 例为单发,1 例为多发。47 例 AWE 患者中有 29 例行 CA125 检测,结果显示为 9.0~56.8(23.52 ± 12.81) U/ml。

2.4 47 例 AWE 患者治疗情况 47 例患者均行手术切除病灶,采取全身麻醉 41 例(87.23%),硬膜外麻醉 4 例(8.51%),局部麻醉 2 例(4.26%)。其中 1 例进入盆腔并发现卵巢子宫内异位囊肿,行切除术;2 例发现盆腔子宫内异位病灶行病灶电凝术。术中切除病灶直径为 0.75~4.50(2.55 ± 0.85) cm。病灶位于脂肪层 9 例(19.15%),筋膜层 23 例(48.94%),肌层 11 例(23.40%);病灶达腹膜层 4 例(8.51%)。手术时长为 10~105(47.43 ± 21.94) min,术中出血量为 5~100 ml,平均为 31.70 ml。

2.5 47 例 AWE 患者的随访及复发情况 随访 6~73 个月,中位随访时间为 43.00 个月。期间有 6 例(12.77%)复发,复发时长为术后 6~24 个月。6 例复发患者中有 2 例于术后补充了促性腺激素释放激素激动剂(gonadotropin releasing hormone agonist, GnRH-a)治疗,另 4 例术后未行补充治疗。2 例复发患者因症状较重于外院再次手术,另 4 例复发患者症状较轻,仍在密切随访中。

3 讨论

3.1 目前 EMs 发病机制尚未完全清楚,存在多种学说,普遍认为有异位种植学说、体腔上皮化生学说、诱导学说、遗传因素学说、免疫与炎症因素学说和在位内膜决定论等,但均存在各自的局限性,并不能全面阐释 EMs 的发病机制^[8]。AWE 作为常见的盆腔外子宫内异位症,多数学者认为医源性播散是 AWE 发生的主要原因。本研究所有 AWE 患者均有剖宫产史,提示医源性手术与 AWE 的发生相关。剖宫产术后 AWE 的发生支持子宫内膜种植学说,推测可能的原因与手术操作相关,术中将子宫内膜直接带到切口的筋膜层、肌层等,随后这些内膜在雌激素的刺激下生长,从而导致 AWE 发生^[9]。但是有些病灶可以出现在远离剖宫产瘢痕部位,种植学说对此难以完全解释^[10],淋巴脉管播散学说可以进行补充解释。近年来,黄佳明和姚书忠^[11]研究提出 AWE 是一种复杂的慢性疾病,是多种发病机制共同作用的结果。

3.2 AWE 好发于育龄期女性,本研究显示患者的平均年龄为(32.17 ± 4.45)岁,与相关文献报道的

32.54 岁相近^[12]。从本研究结果来看,产次增加并未提高 AWE 的发生率。另外,本研究发现,AWE 患者的剖宫产手术单位为外院的占比明显大于本院。本院是三级甲等医院,剖宫产技术处于贵州省内较高水平,由此推测,剖宫产技术可能是影响 AWE 的发病率的重要因素。虽然 AWE 多见于剖宫产手术横形切口左右两侧,但横形切口本身就是剖宫产常采用的切口方式,因此也难以说明 AWE 的发生与切口形状有关联。

3.3 对于 AWE 的诊断目前尚缺乏统一标准,但 AWE 患者大多有典型的临床表现及体征,经期腹壁包块疼痛及瘢痕旁包块常为首发症状。本研究结果显示,经期腹壁包块疼痛为最常见的首发症状,占 78.72%。其中 2 例患者内异病灶穿透皮肤出现破溃,表现为周期性病灶出血。大多病例可根据上述症状和体征诊断,但仍需注意与其他疾病鉴别。目前国内多采用国外学者提出的 AWE 诊断标准^[13],需符合以下三点:(1)与月经相关的周期性疼痛;(2)有妇产科或下腹部手术史;(3)靠近瘢痕或瘢痕处查见包块。本研究中有 42 例(89.36%)术前经 B 超检查发现并诊断,提示 B 超可作为 AWE 诊断的便捷检查方法,可作为首选。有学者提出,对于 B 超探查的包块直径>4 cm 者,建议行核磁共振进行充分评估,明确浸润范围及深度,避免术中损伤到盆腔器官,判断病灶切除后的腹壁缺损是否需要补片或皮瓣修补治疗^[11]。另外本研究中 29 例 AWE 患者 CA125 检测未见明显升高,提示 CA125 对于 AWE 的诊断价值有限。有研究显示,若将 CA125 的截断值定为 35 U/ml 时,其诊断 AWE 诊断的敏感度为 21.43%^[14]。可能是由于病灶局限,AWE 对全体的生物因子影响不大。细针穿刺细胞学检查虽是最精准的检查方法,但其为有创操作,建议在排除恶变时使用。

3.4 本组患者均行手术治疗,部分患者术后补充 GnRH-a 治疗,用药期间病情缓解,但停药后有患者复发,并需再次手术。目前尚无循证医学证据表明药物治疗对 AWE 有效,手术治疗仍是 AWE 的首选治疗方案^[15]。亦有研究提出术后予孕三烯酮口服补充治疗,患者在术后随访 6 个月至 1 年期间无复发情况^[16],但该研究仅有 16 例病例,尚需大样本临床研究提供更有力证据。随着病程迁延,AWE 的病灶会逐渐增大并且侵犯周围组织,增加手术难度,必要时需皮瓣移植或使用补片修补。因此,AWE 一经确诊应尽早手术。本研究发现 AWE 病灶多侵犯筋膜层和肌层,少数侵犯脂肪和腹膜层,多数与周围组

织形成粘连,界限不清。多数学者认为,手术切缘距离病灶至少 1 cm^[17]。

3.5 AWE 多继发于剖宫产术后,为降低其发生率,应严格掌握剖宫产手术指征^[18-19]。剖宫产过程中应注意规范操作^[20],取胎时用纱垫保护好子宫切口周围术野,防止宫腔内容物溢入腹腔和腹壁切口。缝合子宫时,避免缝针穿透子宫内膜。缝合子宫切口后对使用的手术器械、缝针线、手套等应用盐水冲洗等,预防剖宫产术后 AWE 的发生。此外,产后建议母乳喂养可推迟月经复潮,这对预防 AWE 有益。

综上所述,AWE 为少见的 EMs,临床医师应防止医源性种植。结合临床症状体征及 B 超检查可对 AWE 作出较准确的诊断。治疗以手术为首选,术后药物治疗可以控制残留病灶和微小病变,进而控制疼痛复发,若近绝经期可选择药物保守治疗。因术后存在一定的复发率,故术后应对患者予以密切的随访观察,制定规范的管理模式,减轻疾病给患者身心健康带来的影响。

参考文献

- [1] Czyzyk A, Podfigurna A, Szeliga A, et al. Update on endometriosis pathogenesis[J]. *Minerva Ginecol*, 2017,69(5):447-461.
- [2] Emre A, Akbulut S, Yilmaz M, et al. Laparoscopic trocar port site endometriosis: a case report and brief literature review[J]. *Int Surg*, 2012,97(2):135-139.
- [3] Ramdani A, Rais K, Rockson O, et al. Parietal mass: two case reports of rare cesarean scar endometriosis[J]. *Cureus*, 2020,12(2):e6918.
- [4] Patterson GK, Winburn GB. Abdominal wall endometriomas: report of eight cases[J]. *Am Surg*, 1999,65(1):36-39.
- [5] Dwivedi AJ, Agrawal SN, Silva YJ. Abdominal wall endometriomas[J]. *Dig Dis Sci*, 2002,47(2):456-461.
- [6] Blanco RG, Parithivel VS, Shah AK, et al. Abdominal wall endometriomas[J]. *Am J Surg*, 2003,185(6):596-598.
- [7] 袁明,汪雯雯,王世宣. 87 例腹壁子宫内膜异位症临床分析

- [J]. *中国妇幼保健*,2014,29(4):505-507.
- [8] 郎景和. 子宫内膜异位症研究的新里程[J]. *中华妇产科杂志*, 2005,40(1):3-4.
- [9] Gachabayov M, Horta R, Afanasyev D, et al. Abdominal wall endometrioma: our experience in Vladimir, Russia[J]. *Niger Med J*, 2016,57(6):329-333.
- [10] Egami S, Kumagai Y, Yokoyama T, et al. Development of abdominal wall endometriosis in a region distant from a caesarean section scar[J]. *Clin Exp Dermatol*, 2017,42(2):214-215.
- [11] 黄佳明,姚书忠. 剖宫产手术与子宫内膜异位症[J]. *中国实用妇科与产科杂志*,2019,35(2):180-183.
- [12] 蒋梦雨,李留霞,朱迎. 腹壁子宫内膜异位症 231 例临床特点及诊治预后分析[J]. *中国实用妇科与产科杂志*,2020,36(4):361-364.
- [13] Esquivel-Estrada V, Briones-Garduño JC, Mondragón-Ballesteros R. Endometriosis implant in cesarean section surgical scar[J]. *Cir Cir*, 2004,72(2):113-115.
- [14] 黄坚,石一复. 不同部位子宫内膜异位症与血清 CA125 水平的关系[J]. *现代妇产科进展*,2006,15(1):39-41.
- [15] Doroftei B, Armeanu T, Maftai R, et al. Abdominal wall endometriosis: two case reports and literature review[J]. *Medicina (Kaunas)*, 2020,56(12):727.
- [16] 张彩霞. 剖宫产术后腹壁切口子宫内膜异位症 16 例临床分析[J]. *中国临床新医学*,2016,9(5):430-432.
- [17] Yıldırım D, Tatar C, Doğan O, et al. Post-cesarean scar endometriosis[J]. *Turk J Obstet Gynecol*, 2018,15(1):33-38.
- [18] 霍飞霞,欧慧慧,纪新强,等. 剖宫产术后腹壁子宫内膜异位症 174 例临床分析[J]. *实用妇产科杂志*,2018,34(7):523-526.
- [19] 张坤,邱伍英,韩劲松,等. 86 例剖宫产术后腹壁子宫内膜异位症病灶分布的临床分析[J]. *中国微创外科杂志*,2014,14(5):420-422.
- [20] 高志娟,田芮肖. 腹壁子宫内膜异位症临床特征及防治分析[J]. *中国实用医药*,2011,6(4):96-97.

[收稿日期 2021-06-21][本文编辑 余军 吕文娟]

本文引用格式

马兰芳,曹莉莉,吴章颖,等. 腹壁子宫内膜异位症 47 例临床特点分析[J]. *中国临床新医学*,2021,14(10):991-994.