

宫腔镜检查在 I 型瘢痕妊娠诊疗过程中的价值分析

刘艺馨¹ 杨秀梅² 通讯作者

(1.承德医学院 河北 承德 067000)

(2.沧州市人民医院妇科 河北 沧州 061000)

【摘要】随着社会婚育习惯的改变及三胎政策的开放实施,国内剖宫产率居高不下,瘢痕妊娠作为剖宫产的远期并发症之一,其发病率亦呈明显上升趋势,该病若处理不当易导致难以控制的大出血,甚至有子宫破裂、切除子宫的可能,严重威胁妇女的生殖健康甚至生命。随着微创技术的不断进步,宫腔镜技术在妇科领域的重要性日益凸显,尤其针对宫腔内占位病变,瘢痕妊娠作为一种特殊类型、特殊部位的宫腔内占位性病变,宫腔镜对其兼顾诊断及治疗,值得推广,本文旨在对宫腔镜检查在 I 型剖宫产瘢痕部位妊娠诊疗过程中的价值做一综述,为日后 CSP 诊疗提供更多的循证医学证据。

【关键词】瘢痕妊娠;超声;宫腔镜

Value analysis of hysteroscopy in diagnosis and treatment of type I scar pregnancy

Yixin Liu¹ Xiumei Yang² Corresponding author

(1.Chengde Medical College,Chengde,Hebei,067000)

(2.Cangzhou City People's Hospital gynecology,Cangzhou,Hebei,061000)

【Abstract】With the change of social marriage and childbearing habits and the opening and implementation of the three-child policy, the rate of cesarean section remains high in China. As one of the long-term complications of cesarean section, the incidence of cicatricial pregnancy is also on the rise. If this disease is not properly handled, it is easy to lead to uncontrollable massive bleeding and even the possibility of uterine rupture and hysterectomy, which seriously threatens women's reproductive health and even their lives. With the continuous progress of minimally invasive technology, hysteroscopy technology has become increasingly important in the field of gynecology, especially for intrauterine space-occupying lesions. Scar pregnancy, as a special type and position of intrauterine space-occupying lesions, can be both diagnosed and treated by hysteroscopy, which is worth promoting. The purpose of this paper is to review the value of hysteroscopy in the diagnosis and treatment of pregnancy at the site of scar during type I caesarean section, so as to provide more evidence-based medical evidence for the diagnosis and treatment of CSP in the future.

【Key words】Cesarean scar pregnancy; Ultrasound; Hysteroscopy

剖宫产瘢痕部位妊娠(Cesarean scar pregnancy, CSP)是指受精卵着床于前次剖宫产子宫切口瘢痕处的一种特殊类型的异位妊娠^[1],2016年中华医学会提出《剖宫产术后子宫瘢痕妊娠诊治专家共识》将其分成3型^[2]。由于CSP早期缺乏特异性临床表现,且诊断方法有限,早期对于CSP诊断较为困难,导致部分患者存在漏诊或误诊,从而导致严重并发症的出现。鉴于瘢痕妊娠日益增长的发病率极其严重的并发症、潜在的高风险,近几年来已引起临床高度重视。

参照2016年专家共识,目前对于疑似CSP的患者大多会进行彩超检查,首选经阴道超声检查,其次是经阴道超声检查与腹部超声检查联合使用,但由于超声检查对于空间的分辨能力有限,部分孕囊着床部位不典型的CSP患者或疑似CSP的非CSP患者在超声下难以被正确判别,以致诊断的假阳性率亦或是假阴性率增加。参考历年文献,结合分析近3年我院就诊

的CSP患者,其中不乏部分宫腔镜下证实的孕囊位于子宫后壁或侧壁的非CSP患者因彩超提示距离子宫切口瘢痕位置过近而被临床诊断为CSP采取流产,造成不必要的妊娠终止亦或是部分术后病理提示宫颈妊娠的患者因彩超提示孕囊着床部位靠近子宫下段瘢痕处被误认为CSP进行清宫,术中出现大出血,还有部分CSP患者由于不具备典型的超声图像而被认为正常的宫内孕进行人工流产,导致术后反复阴道流血,增加患者负担,因此尚需一种更为合理、精确的诊断手段。宫腔镜作为妇科近些年来快速发展的微创技术,对于宫腔内占位的诊疗具有其独到的价值,能够清晰直观地观察患者宫腔内孕囊的实际大小、形状、位置及周边血管分布情况,联合超声检查既可以大大提高CSP的诊断正确率,同时又可以进一步明确CSP分型,为临床下一步治疗方案的制定及实施提供准确参考。在积极提倡精准医疗的今天,及时、合理地采用宫腔镜

检查明确 CSP 诊断、分型尤为重要。

1 发病机制及危险因素

CSP 的发病机制至今尚未阐明,参考历年文献其发病机制可以囊括为由于子宫前壁剖宫产瘢痕部位愈合不良及炎症、免疫因子的共同作用,使得剖宫产术后子宫切口瘢痕处内膜发育缺陷,导致绒毛植入,其后发育形成孕囊并被周围子宫肌层及瘢痕部位的纤维组织包裹形成 CSP^[3]。研究发现,多次进行剖宫产、刮宫、人工流产等宫腔有创操作及此次妊娠距离前次剖宫产间隔时间短于 2 年或长于 5 年、剖宫产子宫切口缝合方式为单层缝合均是 CSP 发生的危险因素^[4]。

2 CSP 诊疗现状

由于 CSP 无特异性临床表现,目前临床上对其诊断主要依赖于超声检查,特别是经阴道超声检查,2016 年中华医学会提出的《剖宫产术后子宫瘢痕妊娠诊治专家共识》及 2020 年美国母胎学会制定的《剖宫产瘢痕妊娠指南》^[5]均推荐将经阴道超声检查作为诊断 CSP 的首选方法,经阴道超声及腹部超声的联合使用可以提供更加全面的诊断信息。2016 年专家共识根据孕囊生长方向及子宫前壁孕囊与膀胱间肌层的残余厚度将 CSP 分为三型,其中 I 型 CSP 是指:孕囊部分着床于子宫瘢痕处,部分或大部分位于宫腔内,少数甚至达宫底部宫腔;孕囊明显变形、拉长、下端呈锐角;孕囊与膀胱间子宫肌层变薄,厚度 >3mm;CDFI:瘢痕处见滋养层血流信号(低阻血流),但由于超声下判断孕囊的形态及生长方向无具体的量化指标参考,且实际临床中 CSP 的超声图像复杂多变,尤其针对非典型 CSP 患者,高度依赖于彩超医师技术水平。李波慧等人^[6]综合分析 2017 年至 2021 年吉林大学白求恩第一医院就诊的 421 位 CSP 患者发现其中 25 位患者术前被漏诊及误诊,其中 2 例首次彩超检查被漏诊,23 例被误诊为正常宫内妊娠,漏诊及误诊率为 5.94%。欧阳振波等人^[7]回顾性分析 2017 年至 2020 年广东省第二人民医院和中山市人民医院的 198 例 CSP 患者,其中误诊误治共 35 例,误诊、误治率为 17.7%,这与近 3 年来我院 CSP 的漏诊、误诊率相仿。

国内外目前对于 CSP 尚无统一的治疗指南,临床上常用的治疗方法有药物保守治疗、经腹、经宫腔镜、经腹腔镜或经阴道妊娠病灶切除术 ± 瘢痕修补术、高强度聚焦超声(HIFU)等,具体治疗方案的选择综合考虑妊娠时长、胚胎活性、患者年龄、生育要求、临床医生的经验及手术技巧。2016 年 BirchPetersen 等人^[8]对 2037 例 CSP 患者进行系统评价,将治疗方式

分为 14 种,包含药物保守治疗及手术治疗,其中治疗成功率最高的是经阴道妊娠病灶切除术、腹腔镜下妊娠病灶切除术、UAE 联合宫腔镜下清宫术、UAE 联合清宫术及宫腔镜下妊娠病灶切除术,其治疗成功率分别为 99.2%、97.1%、95.4%、93.6% 及 83.2%。因此,BirchPetersen 认为手术治疗优于药物保守治疗且其认为以上五种治疗方式值得临床推广。目前临床上针对 I 型 CSP 多采用超声监测下清宫术 ± 宫腔镜检查术,综合考虑近 3 年来我院收治的 I 型 CSP 患者,相较于直接进行超声监测引导下清宫,术中联用宫腔镜检查者术中出血量、术后阴道出血天数及术后随访血 HCG 恢复的理想程度均明显优于前者,这与鲁成林^[9]、陈滢^[10]等人的研究结果一致,综合考虑可能是由于子宫下段瘢痕部位肌层相对薄弱,收缩性差,且孕囊周遭血管丰富,直接清宫或仅在超声引导下清宫,难以避开血管部位,容易发生术中大出血,而联合宫腔镜检查,在宫腔镜镜头的高倍放大作用下,可明确孕囊位置,明晰地显示孕囊周边血管分布,为术者刮宫提供有效参考,合理避开血管,减少术中出血,有效清除孕囊。

3 宫腔镜技术在妇科领域中的应用

宫腔镜,作为一种新型的、微创性的妇科诊疗技术,具有视野清晰、病变辨识度高、创伤小、术后恢复快等优点,在处理宫腔内异物方面具有其明显价值,是诊断宫腔内占位性病变的金标准。能够直观宫腔内情况,明确暴露宫腔内异物所处位置及周边环境,为术者直接、准确的处理病灶提供有效参考,避免盲目刮宫,一定程度减少了术中大出血的概率,提高治疗的准确性。虽然宫腔镜检查有子宫穿孔、TURP 综合征、急性左心衰等并发症,但是通过积极的术前准备、术中妥善处理,这些并发症均可以得以避免。

4 宫腔镜在 I 型 CSP 诊疗中的优势

宫腔镜作为妇科常用的微创辅助技术,具有较好的直视及放大功能,其通过自然腔道穿过宫颈管进入宫腔内,可以直观明晰的观察宫腔内病变形态、周边血管分布情况及宫腔、宫颈管的一般情况,对彩超提示可疑瘢痕妊娠的患者既能明确诊断,又能为治疗过程中准确清除孕囊提供参考,避开周围血管及薄弱部位子宫内膜,可有效保护患者生育功能,利于术后恢复,同时可以及时发现术中出血点,必要时予以精准电凝止血,一定程度地减少了术中出血量及术后出血概率。有研究结果显示,宫腔镜检查指导清宫术治疗的所有患者均成功清除病灶,且术中无任何并发症出

现。Deans^[11]等人对比观察行MTX全身用药、MTX妊娠囊局部注射治疗联合宫腔镜手术治疗CSP,证明宫腔镜手术安全,治疗时间短,出血少,术后恢复快(血 β -hcg下降快),不影响再次正常妊娠。赵璐^[12]等人回顾性分析天津市中心妇产科医院2014年至2017年CSP不全流产患者共42例,患者均先行双侧子宫动脉栓塞术,对比分析传统清宫术及宫腔镜直视下清宫术发现,与传统清宫术相比,宫腔镜直视下切除剖宫产瘢痕部位残留妊娠组织出血量少,手术成功率更高,创伤更小,恢复更快,是治疗剖宫产瘢痕妊娠不全流产较理想的方法。I型CSP患者孕囊部分着床于子宫前壁瘢痕处,部分或大部分位于宫腔内,通过宫腔镜检查既可以及时、准确得出临床诊断,又能为其后治疗提供重要参考,综合以上,作者认为宫腔镜检查对于I型CSP而言是一种较为安全、有效的诊疗方式,应积极推广。

5 小结与展望

由于孕早期CSP不具有典型临床表现,且超声检查对于多维度空间辨别力有限,无法对于孕囊着床位置及生长方向准确辨析,目前对于临床医师及彩超医师而言,CSP的诊断仍具有挑战性,有少数患者是因为人流或药流术后仍有阴道流血、HCG不下降而被发现漏诊。2016年专家共识建议对于可疑CSP的患者首选阴道超声确诊,并在超声下对其分型,为选择治疗方式提供依据,尽管阴道超声对于CSP诊断准确性较高,但主要依靠间接征象进行判断,存在一定的误诊率,且超声有影像的局限性,容易受到干扰,难以准确判断孕囊距切口的实际距离,尤其是被误诊的CSP在清宫后失去典型的超声征象,增加诊断难度,以至于目前临床上对于CSP的诊断或需多次彩超检查动态监测,在此过程中既增加了患者及家属的心理负担,又增加了并发症出现的可能性,鉴于延迟诊断可能导致的严重后果,因此作者认为早期、及时行宫腔镜检查确诊并对确诊患者正确分型尤为重要,这一观点与苏绍民^[13]等人的研究结论一致。由于妊娠期子宫质地较软,宫腔镜检查存在局部子宫穿孔的风险,在进行宫腔镜检查过程中常规采用超声监测,既能协助术者进镜,明确镜体与子宫肌壁之间的关系,有效地防止子宫穿孔,亦能在超声指导下有参考的调整镜头方向进行宫腔全方位检查,避免漏诊及误诊,二者优势互补,为I型CSP的临床诊断提供可靠资料。

无论对于CSP的诊断还是治疗,宫腔镜都发挥着无可替代的重要价值,尤其针对I型CSP。因此,在

日后的临床工作中,当临床医生面对一位彩超提示可疑CSP的患者时,应尽早选择宫腔镜检查明确诊断,避免误诊、漏诊,减少患者不必要的负担。

参考文献:

- [1] 谢幸,妇产科学[M].人民卫生出版社,2018(9)
- [2] 中华医学会妇产科学分会计划生育学组.剖宫产术后子宫瘢痕妊娠诊治专家共识(2016)[J].中华妇产科杂志,2016,51(08):568-572.
- [3] OuYang Z,Wu J,Wan Z. Pathogenesis and classification of Cesarean scar pregnancy: getting closer to the truth[J]. Ultrasound in Obstetrics & Gynecology,2022,60(2).
- [4] Wang C,Wei Y,Liang H M,Zhao Y Y,Guo H Y,Li R,Qiao Jie. [Clinical risk factors of cesarean scar pregnancies]. [J]. Zhonghua yi xue za zhi,2022,102(32).
- [5] OuYang ZB, Wu J, Zhong B. Society for Maternal-Fetal Medicine Consult Series for cesarean scar pregnancy: each treatment option hasItsIndications[J]. Am J Obstet Gyne col, 2020 [Epub ahead of print].
- [6] 李波慧.619例特殊部位异位妊娠的危险因素分析及治疗策略探讨[D].吉林大学,2022.DOI:10.27162/d.cnki.gjlin.2022.006462.
- [7] 欧阳振波,钟碧婷,张艺,张秋实.剖宫产瘢痕妊娠的治疗进展[J].现代妇产科进展,2018,27(08):622-624.DOI:10.13283/j.cnki.xdfckjz.2018.08.017.
- [8] Kathrine Birch Petersen et al. Cesarean scar pregnancy: a systematic review of treatment studies[J]. Fertility and Sterility, 2016, 105(4): 958-967.
- [9] 鲁成林,聂林.宫腔镜联合超声引导终止子宫瘢痕妊娠[J].当代医学,2019,25(23):157-158.
- [10] 陈滢,王晶,杨赛花,童明.宫腔镜诊治I型剖宫产瘢痕妊娠的价值[J].中国微创外科杂志.2016(01)
- [11] Rebecca Deans,Jason Abbott. Hysteroscopic management of cesarean scar ectopic pregnancy[J]. Fertility and Sterility,2008,93(6).
- [12] 赵璐,杨华,马葆荣,殷震慧.瘢痕妊娠不全流产宫腔镜与清宫术治疗的比较[J].中华医学杂志,2018,98(03):217-221.
- [13] 苏绍民.3种方案治疗子宫瘢痕妊娠的疗效对比[J].临床合理用药杂志,2018,11(10):49-50.DOI:10.15887/j.cnki.13-1389/r.2018.10.023.