

腹膜后下腔静脉表面异位妊娠 1 例报告及文献复习

邱江南, 罗成燕, 黄晓昊, 杨一君, 程文俊*

(南京医科大学第一附属医院妇科, 江苏 南京 210029)

[关键词] 腹腔妊娠; 下腔静脉; 腹腔镜手术

[中图分类号] R714.22

[文献标志码] B

[文章编号] 1007-4368(2016)05-629-03

doi:10.7655/NYDXBNS20160525

异位妊娠是指受精卵在子宫体腔以外着床。根据受精卵着床部位分为: 输卵管妊娠、卵巢妊娠、腹腔妊娠、阔韧带妊娠及宫颈妊娠。其中输卵管妊娠最常见, 腹腔妊娠少见, 其发病率约为 1:15 000^[1], 而腹膜后异位妊娠更是罕见。现报道本院收治的 1 例位于腹膜后下腔静脉表面的异位妊娠。

1 病例资料

患者, 女, 30 岁, 孕 7 产 2, 均顺产。因“停经 50 d, 下腹痛 1 d, 加重 4 h”于 2015 年 9 月 22 日入院。患者平素月经规则, 末次月经时间 2015 年 8 月 3 日。停经 30 d 出现阴道少量流血, 至当地医院查尿妊娠试验阳性, B 超提示宫内未见孕囊, 予随诊。于 2015 年 9 月 21 日 22:00 出现下腹隐痛, 伴少量阴道出血。于 2015 年 9 月 22 日 6:00 腹痛加剧, 伴恶心, 当地医院 B 超检查示: 右侧附件至右肾之间见不规则混合回声, 腹腔下腔静脉前方见 18 mm × 13 mm 孕囊回声, 内见胚芽及心管搏动, 心率 118 次/min, 其左后方见约 41 mm × 25 mm 低回声; 左附件未见明确团块回声。盆腹腔见少量无回声区, 深约 15 mm。予后穹窿穿刺未抽出不凝血, 考虑腹腔妊娠可能, 急诊转至本院, 复查 B 超示: 子宫右侧见 124 mm × 57 mm × 53 mm 稍高回声团, 外形不规则, 内部回声不均匀(图 1)。腹腔: 下腔静脉右侧见 35 mm × 26 mm × 40 mm 低回声团, 内见 18 mm × 15 mm 囊性暗区, 内见卵黄囊、胚芽, 胎心(图 2)。盆腔见深 22 mm 不规则液性暗区, 透声差。超声提示: 宫内未见孕囊; 子宫右侧包块; 腹腔包块(异位妊娠); 盆腔积液。查血 HCG 示: 17 599.00 U/L。查体: 生命体征平稳, 腹部平软, 未及明显压痛。妇检示: 宫体: 中位, 常大; 右附件区触及约 5 cm 大小包块, 压痛明显, 左附件区未及异常。入院诊断: 腹腔妊娠。



图 1 超声见子宫右侧稍高回声



图 2 下腔静脉表面见孕囊回声, 可见胎心

于 2015 年 9 月 22 日急诊行全麻腹腔镜手术, 术中探查见腹腔内积血 100 mL, 子宫饱满, 表面光滑; 双侧卵巢无异常; 左侧输卵管无异常; 右侧输卵管系膜前后叶之间积血, 形成直径约 12 cm × 8 cm 巨大血肿, 自宫旁向右外上方延伸达右侧结肠旁沟, 向内上方延伸达腹主动脉的肠系膜下动脉水平, 右输卵管爬行于其上方, 无异常。左输卵管无异常。大网膜、肝、脾、膈顶、肠管、阑尾、子宫直肠陷凹、盆腹腔腹膜表面均光滑。结合患者术前 B 超提示为腹腔妊娠, 故打开后腹膜, 清除血肿, 见下腔静脉右侧一大小约 2 cm × 3 cm 妊娠样病灶, 紧贴于下腔静脉表面(图 3), 表面见缓慢渗血, 予以分离后

切除病灶,装袋后取出,病灶置于水中检查见绒毛样组织。术后病理示:(下腔静脉表面)胎盘绒毛和蜕膜组织,并可见少量淋巴组织,送检组织大小合计为 3.0 cm × 2.0 cm × 1.5 cm(图 4)。

术后 3 d 复查血 HCG 示:654.0 U/mL,考虑患者妊娠组织紧贴于下腔静脉表面,可能有残留的滋养细胞,遂予“MTX 75 mg im”单次治疗,术后监测血清 HCG,3 周至正常。

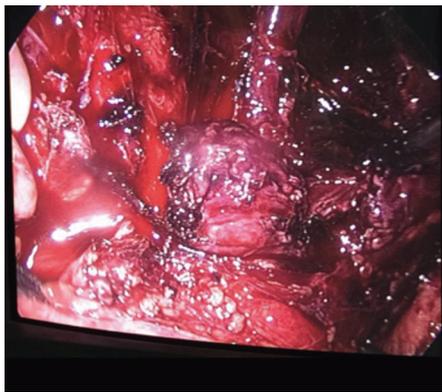


图 3 妊娠囊位于下腔静脉表面

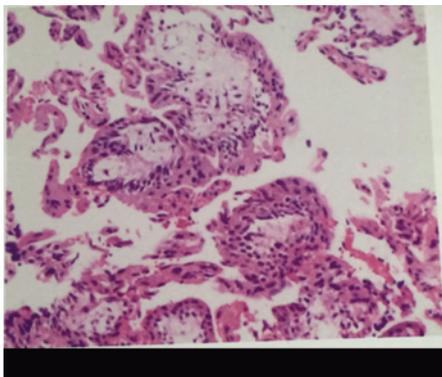


图 4 病理见胎盘绒毛及蜕膜组织,并可见少量淋巴结

2 讨论

腹腔妊娠是指受精卵着床于腹腔脏器,包括腹膜、肠系膜、大网膜等,可分为原发性及继发性,其中继发性较常见,多发生于输卵管妊娠流产或破裂后,偶尔可继发于卵巢妊娠或子宫内妊娠。原发性腹腔妊娠极罕见,是指受精卵直接种植在腹腔脏器^[1]。原发性腹腔妊娠的诊断标准为^[2]:①两侧输卵管和卵巢正常,无近期妊娠的证据;②无子宫腹膜漏形成;③妊娠只存在于腹腔内,无输卵管妊娠可能。其中,腹膜后妊娠属于腹腔妊娠中的罕见类型,国内外关于腹膜后妊娠报道较少。患者常见临床表现为停经后阴道出血,下腹部疼痛,约半数患者伴有失血性休克。常规检查提示血 HCG 升高,数值不等,波动于几百至几万单位之间,其值越高,胚胎活性越大,破

裂风险越大。B 超在子宫附件区未见妊娠囊,扩大扫描范围后在腹腔内可探及妊娠囊或包块。病情允许时,可行盆腔 MRI 检查,进而明确妊娠部位及妊娠囊与周围组织的关系。文献报道的着床部位有:子宫宫骶韧带^[3-4]、肾脏周围^[5-6]、胰腺下方^[7]、闭孔窝^[8-9]、腹主动脉表面^[10]、下腔静脉表面^[11-12]等。

本例患者术前检查血 HCG 升高,B 超发现下腔静脉旁见包块,其内见妊娠囊、胎心。急诊行腹腔镜手术,术中见子宫输卵管表面光滑,无破口,输卵管伞端未见积血块,无活动性出血,且术中见妊娠囊与下腔静脉表面致密粘连。术后病理提示(下腔静脉表面)胎盘绒毛和蜕膜组织。故考虑诊断为原发性腹腔妊娠,位于腹膜后下腔静脉表面。靖翠英等^[13]报道 1 例腹膜后异位妊娠,患者行药物流产后出现腹痛、晕厥急诊入院。入院时 B 超提示宫腔内见少许高回声,双侧附件未见异常,盆腹腔大量积液。左侧脾肾内下方延续至盆腔见一约 20 cm 不均质回声,内见 1.5 cm × 0.8 cm 无回声,似妊娠囊。考虑肾脏破裂不排除,与普外科联合行剖腹探查术,术中在左肾下极见绒毛样组织。清除后送病理,证实为腹膜外妊娠。Jiang 等^[11]报道 1 例因血 HCG 持续升高,阴道出血,初步诊断为绒癌,予“MTX 20 mg”肌注 5 d。患者于腹部触及一包块,行 CT 检查发现腹膜后见一 45 mm × 42 mm 包块,MRI 检查提示包块内为妊娠囊回声,且紧邻大血管,行手术治疗,同样在腹主动脉分叉处上方见妊娠样组织,完整切除病灶,术后血 HCG 降至正常。腹腔妊娠的常见临床表现,常与外科急腹症、异位妊娠及滋养细胞疾病相似,容易误诊为此类疾病,造成处理不当。因此对于停经后阴道异常出血同时血 HCG 升高的患者要提高警惕,逐一排除可能诊断,最终决定治疗方案,以免造成误诊。

因妊娠囊往往与周围组织致密粘连,着床部位血供丰富,因此对腹膜后妊娠的治疗很棘手。目前为止,腹腔妊娠的诊治尚无统一标准。对于出现失血性休克的患者,应立即行剖腹探查术,因部位特殊往往需与普外科或血管外科联合处理。对于病情尚平稳,尽量选择手术治疗,如着床部位手术切除风险大,可以选择肌肉或局部注射 MTX 杀胚治疗。文献报道,可以通过腹腔镜探查明确妊娠部位,直视下注射^[3],治疗后血 HCG 降至正常,且复查 B 超腹部包块消失。本例入院时生命体征平稳,B 超提示腹腔内存在少量积血,见到胎心,随时存在腹腔妊娠破裂可能,遂急诊手术治疗。术中见后腹膜巨大

血肿,妊娠组织与下腔静脉表面致密粘连,考虑滋养细胞残留可能,遂术后予 MTX 单次肌注,随访 3 周后血 HCG 降至正常。

腹膜后妊娠的病因尚未明确,有文献报道,腹膜后妊娠发生的危险因素包括不孕史、异位妊娠史、盆腔炎性疾病、人工流产史、子宫内膜异位症和体外受精配子输卵管内移植手术^[8]。有学者认为受精卵结合后脱落于腹腔,随着肠蠕动着床于血管丰富的部位,如下腔静脉等人体大血管表面^[14];有学者认为与多次人工流产有关^[15];有的学者认为孕卵经血管淋巴管转移至腹膜后种植生长,孕卵周围淋巴有蜕膜组织^[16]。本例患者既往人流 5 次,术中见子宫输卵管卵巢表面光滑,考虑此次腹膜后妊娠与人流次数多有关。结合病理:(下腔静脉表面)胎盘绒毛和蜕膜组织,并可见少量淋巴组织。考虑孕卵经淋巴管转移至下腔静脉表面种植可能。

腹膜后妊娠属于异位妊娠中罕见病例,但因其部位特殊,无特征性临床表现,往往造成误诊或者漏诊,进而出现腹腔内大出血危及生命。因此,临床医生要提高警惕。当停经后血 HCG 升高,子宫附件区未见妊娠囊回声,要考虑到腹腔妊娠的可能,扩大超声扫描范围,早期发现病灶,避免妊娠囊破裂出现腹腔内出血、失血性休克等严重并发症。

[参考文献]

- [1] 谢 幸,苟文丽.妇产科学[M].8 版.北京:人民卫生出版社,2013:353
- [2] WE S. Primary peritonera pregnancy [J]. Am J Obstet Gynecol,1942,44(2):487-491
- [3] 金蕴洁.腹膜后妊娠 1 例[J].苏州大学学报(医学版),2012,32(5):749
- [4] Martinez-Varea A,Hidalgo-Mora JJ,Paya V,et al. Retroperitoneal ectopic pregnancy after intrauterine insemination[J]. Fertil Steril,2011,95(7):2431-2433
- [5] Lee JW,Sohn KM,Jung HS. Retroperitoneal ectopic pregnancy[J]. AJR,2005,184(5):1600-1601

- [6] 陈 羽.腹膜后妊娠 1 例[J].中国实用妇科与产科杂志,2011,27(11):876
- [7] Dmowski WP,Rana N,Ding J,et al. Retroperitoneal subpancreatic ectopic pregnancy following in vitro fertilization in a patient with previous bilateral salpingectomy: how did it get there? [J]. J Assist Reprod Genet,2002,19(2):90-93
- [8] Persson J,Reynisson P,Masback A,et al. Histopathology indicates lymphatic spread of a pelvic retroperitoneal ectopic pregnancy removed by robot-assisted laparoscopy with temporary occlusion of the blood supply [J]. Acta Obstet Gynecol Scand,2010,89(6):835-839
- [9] Lin JX,Liu Q,Ju Y,et al. Primary obturator foramen pregnancy:a case report and review of literature [J]. Chin Med J(Engl),2008,121(14):1328-1330
- [10] 刘 彧,荆春丽,李云霞.腹膜后腹主动脉旁异位妊娠 1 例报告并文献复习[J].中国实用妇科与产科杂志,2015,31(7):687-688
- [11] Jiang W,Lv S,Sun L,et al. Diagnosis and treatment of retroperitoneal ectopic pregnancy:review of the literature [J]. Gynecol Obstet Invest,2014,77(4):205-210
- [12] Iwama H,Tsutsumi S,Igarashi H,et al. A case of retroperitoneal ectopic pregnancy following IVF-ET in a patient with previous bilateral salpingectomy[J]. Am J Perinatol,2008,25(1):33-36
- [13] 靖翠英.腹膜后异位妊娠 1 例[J].实用妇产科杂志,2015,31(5):397
- [14] Fisch B,Peled Y,Kaplan B,et al. Abdominal pregnancy following in vitro fertilization in a patient with previous bilateral salpingectomy[J]. Obstet Gynecol,1996,88(4):642-643
- [15] Lazarov L.A rare case of a retroperitoneally situated extrauterine pregnancy[J]. Akush Ginekol (Sofia),1993,32(2):40-41
- [16] Liang C,Li X,Zhao B,et al. Demonstration of the route of embryo migration in retroperitoneal ectopic pregnancy using contrast-enhanced computed tomography[J]. J Obstet Gynaecol Res,2014,40(3):849-852

[收稿日期] 2015-12-13