

剖宫产瘢痕妊娠的内镜诊疗

段华

首都医科大学附属北京妇产医院 妇科微创中心

剖宫产瘢痕妊娠(cesarean scar pregnancy, CSP) 是一种特殊类型的异位妊娠, 是剖宫产术的远期并发症, 指受孕卵种植于子宫下段剖宫产瘢痕处的子宫组织中。近年来, 随着我国剖宫产率的持续上升, 文献中有关 CSP 诊治的报道逐渐增多, 其在剖宫产术后异位妊娠中发生率约为 6.1%, 已超过宫颈妊娠^[1]。CSP 对女性危害大, 后果严重, 由于受孕卵着床于没有收缩功能的纤维结缔组织中, 一旦 CSP 流产或浸润穿透肌层, 开放的血窦不易闭合, 会导致大出血、子宫破裂等风险, 甚至危及患者生命。因此, 提高临床医生对 CSP 的认识, 及时采取积极有效的治疗措施至关重要。近年来, 以宫、腹腔镜为代表的内镜技术以其微创、直观、诊治一体的优势, 在 CSP 的诊疗中发挥着重要作用。

一、内镜在 CSP 诊断中的作用

由于 CSP 缺乏特异性临床表现, 既往诊断主要依赖于病史、影像学检查、血 β -HCG 等的综合判断, 存在一定的漏诊、误诊可能。而宫、腹腔镜技术则可帮助我们直接观察 CSP 形态, 判断分型并进一步指导手术方案的选择。

参照 Vial 的分型标准^[2], 根据受精卵种植的深度与妊娠囊生长的方向可将 CSP 分为两型: I 型 CSP 指受精卵种植于剖宫产瘢痕处, 整体向子宫腔方向生长, 在宫腔镜下能够清晰观察妊娠囊的位置、大小及血管分布情况; II 型 CSP 是受精卵完全种植于剖宫产瘢痕缺损处, 向膀胱及腹腔方向生长, 在腹腔镜下可直视子宫下段的形态学改变, 根据受孕时间的长短可以观察到范围不等的局部隆起、菲薄的宫颈组织及其下方的妊娠囊。

二、内镜在 CSP 治疗中的应用

CSP 内镜手术方式取决于 CSP 的具体分型, 手术以切除孕囊组织、保护生育功能及减少

子宫损伤为目标。

1. 宫腔镜手术

在选择宫腔镜手术之前，应充分考虑孕囊大小、血流分布、妊娠组织向子宫肌层的浸润深度以及妊娠部位子宫浆肌层的连续性与厚度，同时还要结合血清 β -HCG 水平与患者的生命体征进行全面评估。CSP 宫腔镜手术的适应证^[3-5]包括：① I 型 CSP；② II 型 CSP 妊娠组织浸润子宫肌层表浅；③孕囊直径较小(<3cm)、周围血流不丰富；④血 β -HCG 值较低；⑤患者生命体征平稳。而以下情况：①妊娠组织深肌层浸润的 II 型 CSP；②子宫下段瘢痕部位缺损>80%的 I 型 CSP；③孕囊较大，血流丰富；④已经发生 CSP 破裂、大出血，出现休克征象；⑤血 β -HCG 持续升高；⑥合并其他宫腔镜手术禁忌。这些则应视为 CSP 宫腔镜手术的禁忌证。

宫腔镜直视下切除孕囊与妊娠组织是目前 CSP 手术治疗中最微创的途径。宫腔镜手术的优势主要体现在^[3-4]：①在宫腔镜直视下，通过环状电极分离并切除妊娠囊或陈旧机化的胚胎组织，可保证手术的有效性，同时可避免盲目刮宫引起的组织损伤、大出血以及子宫穿孔等风险，亦可降低对孕卵周围内膜的损伤，降低术后宫腔粘连的发生；②利用宫腔镜的直视、放大效应，进行“点对点”止血，可减少术中、术后创面出血；③术中同时处理瘢痕处的微管道，并修整潜在的切口憩室，可预防术后月经淋漓不尽，降低 CSP 的复发风险。

手术局限：由于宫腔镜手术操作空间狭小，作用电极在切割、电凝时不可避免会产生电热效应，加之施术者对子宫下段解剖结构的认识与宫腔镜手术操作的熟练程度参差不齐，医源性子宫穿孔的风险依然存在。因此，我们提倡在 B 超监护下进行宫腔镜手术，以降低手术并发症的风险。

手术疗效：2005 年宫腔镜手术首次被应用于 CSP 治疗^[6]，经过近 10 年的尝试，越来越多的研究证实宫腔镜治疗 CSP 安全、可靠，在严格把握适应证的情况下，其有效率高达 95%~

100%^[1,4,7]。与传统开腹手术相比,宫腔镜手术时间短(平均 35~51.4min)、术中出血少(平均 48.1~140ml),术后血 β -HCG 下降快(平均 20.5~30 天下降至正常),术后残余组织吸收快(平均 30.4~47.9d)^[3-5,7],术后平均 30.4 天正常月经来潮^[5];并且研究发现宫腔镜手术不影响再次妊娠,对于有生育要求的患者,术后正常宫内妊娠率可达 50%~80%^[4-5]。

2. 腹腔镜手术

腹腔镜手术治疗 CSP 的目的是切除孕囊及其附着处的瘢痕组织,重建并恢复子宫下段的正常解剖。适应于腹腔镜手术的 CSP 包括^[8-10]: ① II 型 CSP; ② 子宫下段瘢痕部位裂开,即缺损>80%的 I 型 CSP; ③ 妊娠组织向深肌层浸润,并向膀胱、腹腔方向生长,子宫前壁与膀胱界线不清晰; ④ 孕囊直径较大,但血流不丰富; ⑤ 血 β -HCG 不高,患者生命体征平稳。对于已经出现或者高度怀疑孕囊破裂、子宫穿孔的患者,应通过腹腔镜迅速结扎双侧子宫动脉后,再实施孕囊、瘢痕组织的切除与子宫下段的修复重建。而对于遇到严重出血或危及生命的情况,应果断转行开腹手术。

腹腔镜手术切除 CSP 及其附着处瘢痕组织是由开腹子宫切开取胚术演变而来的一种微创方法,在 1999 年首例 CSP 腹腔镜手术成功^[11]。其合理性与优势主要表现在^[9-10]: ① 可充分暴露手术视野; ② 术中游离并下推膀胱,可避免对膀胱造成损伤; ③ 在切除孕囊的同时,配合局部注射杀胚药物,可实现对孕囊的彻底破坏; ④ 术中可同时切除被妊娠组织浸润的瘢痕组织,加固与重建子宫下段,恢复正常解剖结构,降低 CSP 复发及妊娠后期子宫破裂风险。

手术疗效:在准确把握适应证的前提下,CSP 腹腔镜治疗有效率可达 92.9%~100%^[5,9,12],腹腔镜手术可完全清除瘢痕部位妊娠组织,术后平均 15.3~25.5 天血 β -HCG 恢复正常^[5,8,12],平均 10.7 天 B 超检查子宫形态恢复正常^[8],平均 31 天月经复潮;此外,研究发现^[13]在合并正常宫内妊娠的 CSP 治疗中,腹腔镜 CSP 切除术并不对正常宫内妊娠产生影响,同时手术重建及加固子宫下段还可避免妊娠后期子宫破裂的发生;对于保守治疗失败、妊娠囊持续存在

的 II 型 CSP，腹腔镜手术亦可有效清除残余组织，术后平均 2.6 周血 β -HCG 恢复正常，术后第 6 周切口部位子宫肌壁厚度达 9.6mm，而在有生育要求的患者中，术后 5 年成功妊娠率达 75%^[9]。

3. 宫、腹腔镜联合手术

宫、腹腔镜联合手术可发挥各自独特的优势，弥补彼此的治疗局限，拓宽内镜治疗 CSP 的适用范围。CSP 选择宫、腹腔镜联合手术的适应证^[7,14]包括：①各类具有腹腔镜手术指征者；② I 型 CSP，孕囊直径较大时；③ I、II 型 CSP 经预处理后，孕囊缩小不明显；④可疑 CSP 破裂，但患者生命体征平稳；⑤孕囊周围血流丰富；⑥子宫下段瘢痕与周围组织粘连或合并盆腔炎性疾病后遗症等。

实施宫、腹腔镜联合手术的合理性与优势在于：①在诊断 CSP 的同时，能够对子宫腔内、外的病变与形态特征进行全方位观察，制订适宜的手术方案；②对于孕囊较大的 I 型 CSP，腹腔镜双侧子宫动脉结扎后施术，能够有效减少术中出血；③术中突发大出血时，腹腔镜下即时子宫动脉结扎亦可作为大出血的有效补救措施；④及时处理宫腔镜手术并发症，如子宫、膀胱穿孔的修补；⑤腹腔镜切除孕囊附着处瘢痕时，经宫腔镜定位指引使手术范围更为准确，避免对周围组织造成损伤等。

手术疗效：据文献报道，宫、腹腔镜联合手术治疗 CSP 的有效率可达 100%^[7,14]。临床研究证实^[7,14]，对于部分单纯宫腔镜、腹腔镜禁忌的 CSP，宫、腹腔镜联合手术优势互补，在保证安全、保留生育的前提下，可彻底清除妊娠病灶，避免周围器官损伤，减少术中出血（平均约 143ml），缩短手术时间（平均 70min）。

三、小结

CSP 选择内镜手术治疗时应综合分析患者的病情特征、病变分型与血供分布、孕周时间与孕囊大小、胚胎活力与血 β -HCG 水平等；结合患者对生育的要求、术者的经验与技巧等

诸多因素，制订个性化的治疗方案，以最大限度发挥内镜手术的微创优势，降低手术并发症率，获得良好的治疗结局，宫、腹腔镜联合手术是治疗 CSP 的理想选择。

参考文献

- [1] Ash A, Smith A, Maxwell D. Caesarean scar pregnancy. *Br J ObstetGynecol*, 2007, 114(3): 253–263.
- [2] Vial Y, Petignat P, Hohlfield P. Pregnancy in a cesarean scar. *UltrasoundObstet Gynecol*. 2000, 16(6): 592–593.
- [3] Yang Q, Piao S, Wang G, et al. Hysteroscopic surgery of ectopic pregnancy in the cesarean section scar. *J Minim Invasive Gynecol*, 2009, 16(4): 432-436.
- [4] Deans R, Abbott J. Hysteroscopic management of cesarean scar ectopic pregnancy. *FertilSteril*, 2010, 93(6):1735-1740.
- [5] 陈玉清, 常亚杰, 冯劲婷. 宫、腹腔镜在剖宫产瘢痕妊娠治疗中的应用. *中国微创外科杂志*, 2012, 12(2): 112-114.
- [6] Wang CJ, Yuen LT, Chao AS, et al. Caesarean scar pregnancy successfully treated by operative hysteroscopy and suction curettage. *Br J ObstetGynecol*, 2005, 112(6): 839–840.
- [7] Li H, Guo HY, Han JS, et al. Endoscopic treatment of ectopic pregnancy in a cesarean scar. *J Minim Invasive Gynecol*, 2011, 18(1): 31-35.
- [8] Wang HY, Zhang J, Li YN, et al. Laparoscopic management or laparoscopy combined with transvaginal management of type II cesarean scar pregnancy. *JSLs*. 2013,17(2):263-272.
- [9] Zhang Y, Duan H, Cheng JM, et al. Treatment options to terminate persistent cesarean scar pregnancy. *GynecolObstet Invest*, 2013, 75(2): 115-119.
- [10] Wang YL, Su TH, Chen HS. Operative laparoscopy for unruptured ectopic pregnancy in a caesarean scar. *BJOG*. 2006; 113(9):1035–1038.
- [11] Lee CL, Wang CJ, Chao A, et al. Laparoscopic management of an ectopic pregnancy in a previous caesarean section scar. *Hum Reprod*, 1999, 14(5): 1234-1236.
- [12] Wang CJ, Chao AS, Yuen LT, et al. Endoscopic management of cesarean scar pregnancy. *Fertility and Sterility*, 2006, 85(2):494 e1-e4.
- [13] Demirel LC, Bodur H, Selam B, et al. Laparoscopic management of heterotopic cesarean scar

pregnancy with preservation of intrauterine gestation and delivery at term: case report.
FertilSteril, 2009, 91(4): 1293.e5-e7.

[14] Robinson JK, Dayal MB, Gindoff P, et al. A novel surgical treatment for cesarean scar pregnancy : laparoscopically assisted operative hysteroscopy. Fertil Steril, 2009,92(4):1497.e13-e16