

巨块型剖宫产瘢痕处绒毛植入1例并文献复习

赵新月, 牛兆园, 杨 晶, 吕映频*

青岛大学附属医院妇科, 山东 青岛

收稿日期: 2024年9月16日; 录用日期: 2024年10月9日; 发布日期: 2024年10月17日

摘 要

随着目前剖宫产率越来越高, 剖宫产术后并发症, 如瘢痕妊娠的发生率随之升高, 进而导致剖宫产瘢痕处绒毛植入的发生逐年增多。绒毛植入是多种原因引起绒毛在子宫肌层附着较深或过深并植入子宫肌层, 是一种较少见但具有严重不良后果的妊娠早期并发症。本文报道1例巨块型剖宫产瘢痕处绒毛植入的患者, 结合文献进行分析, 为临床上巨块型剖宫产瘢痕处绒毛植入的患者的诊疗提供了临床依据。

关键词

剖宫产, 瘢痕妊娠, 绒毛植入

Giant Chorionic Villus Implantation at the Scar of Cesarean Section: A Case Report and Literature Analysis

Xinyue Zhao, Zhaoyuan Niu, Jing Yang, Yingpin Lyu*

Department of Gynaecology, The Affiliated Hospital of Qingdao University, Qingdao Shandong

Received: Sep. 16th, 2024; accepted: Oct. 9th, 2024; published: Oct. 17th, 2024

Abstract

With the increasing rate of cesarean section, the incidence of postoperative complications such as scar pregnancy increases, which in turn leads to an increase in the occurrence of villus implantation in the scar of cesarean section. Villus implantation is a rare complication of the first trimester of pregnancy with serious adverse consequences that causes villi to attach deeply or too deeply to the myometrium and implant them in the myometrium for a variety of reasons. This article reports a patient with chorionic villus implantation at the scar of giant cesarean section, and analyzes the

*通讯作者。

文章引用: 赵新月, 牛兆园, 杨晶, 吕映频. 巨块型剖宫产瘢痕处绒毛植入 1 例并文献复习[J]. 临床医学进展, 2024, 14(10): 693-697. DOI: 10.12677/acm.2024.14102715

literature to provide a clinical basis for the diagnosis and treatment of patients with chorionic villus implantation at the scar of giant mass cesarean section.

Keywords

Cesarean Section, Scar Pregnancy, Villus Implantation

Copyright © 2024 by author(s) and Hans Publishers Inc.

This work is licensed under the Creative Commons Attribution International License (CC BY 4.0).

<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>



Open Access

1. 引言

剖宫产瘢痕妊娠处绒毛植入是指剖宫产手术后再次妊娠时出现胎盘绒毛附着处的蜕膜发育不良或缺如,绒毛与子宫肌层直接接触并进入肌层,甚至穿透肌层。植入瘢痕处的绒毛会继续生长,进而深入此处的子宫肌层,逐渐发展形成包块,严重者甚至能穿透子宫造成子宫破裂。妊娠早期胎盘绒毛植入的临床表现无特异性[1],容易误诊为流产、宫颈妊娠或漏诊[2],继续妊娠对孕产妇的危害很大,所以早期明确诊断,并给与合适的治疗方案,可避免严重并发症的发生。由于医院条件、治疗方案选择标准及手术医生擅长的技术水平不同,现阶段剖宫产瘢痕妊娠处绒毛植入的多种治疗方案的成功率不统一[3],每种治疗方案均有其长处与不足,目前临床上对其治疗方案的选择仍有争议。本文就本院 1 例巨块型剖宫产瘢痕处绒毛植入患者的临床资料结合相关文献进行分析,现详细报告如下。

2. 病例资料

患者伊某,37岁,G2P2,末次月经2022年4月9日,既往2次剖宫产手术史,末次剖宫产为2年前。专科查体:外阴发育正常,阴道通畅,宫颈光滑,子宫前位,宫体增大如孕3月余大,无压痛。患者因“停经40天,要求终止妊娠”于2022年5月19日外院口服“米非司酮+米索前列醇”药物流产,未见典型绒毛组织排出,复查超声提示:宫腔前壁局部肌壁变薄,厚0.8cm,无回声区范围 1.8×0.3 cm,回声不均见少量高回声光点附着,患者及家属要求出院观察。2022年7月12日复查超声:宫腔内胎儿,BPD约2.8cm,PL1.4cm,羊水最大深度5.1cm,胎盘下缘覆盖宫颈内口,检查提示中孕单活胎,遂因“停经13周5天,要求终止妊娠”于2022年7月13日再次就诊,遂行羊膜腔内注射依沙吖啶引产,操作顺利。2022年7月16日行钳刮+清宫术,术中感宫腔不平,术中出血较多,考虑出血原因为胎盘粘连于子宫前壁,不排除胎盘植入,术中出血约500ml,发生失血性休克,持续监测患者病情变化并及时给予输血、补液、促进子宫收缩、抗感染等治疗,抢救成功,患者生命体征逐渐稳定,术后予米非司酮35mg Tid保守治疗。2022年7月19日复查盆腔MR平扫提示:子宫增大,宫体下部与宫颈交界处的前壁肌层明显变薄,约0.1cm,内壁团块状信号影,符合前置胎盘信号改变,内部信号不均,并斑点状出血,结合CT观察团块顶部少量积气,考虑术后改变。2022年7月20日复查超声提示:子宫体积增大,形态饱满,宫体下段内见低回声区,范围约 $6.0 \times 5.4 \times 4.0$ cm,内见少量无回声区。CDFI:团块周边见较丰富血流信号。宫体下段子宫肌壁局部薄,厚约0.5cm。宫腔内见少量液性暗区及少量中高回声光点,盆腔内未见明显液性暗区,提示:引产后子宫,宫体下段内低回声区。子宫前壁原手术瘢痕处不排除血肿、胎盘植入出血可能,患者及家属强烈要求继续期待治疗。患者术后定期复查,2022年7月23日超声示:宫腔中下段及切口瘢痕见 $6.6 \times 6.4 \times 6.2$ cm不均质回声,边界欠清,内见多发囊性回声,前缘未见

正常肌层回声, 其内及其周边血流信号丰富, 该不均质回声距离宫颈外口 3.5 cm。2022 年 8 月 29 日超声示: 中上段子宫内膜厚约 0.6 cm, 宫腔及前壁下段见 $9.3 \times 9.3 \times 6.7$ cm 混杂回声包块(以肌层前壁为主), 内见多发囊性回声, 边界欠清, 前缘略突出于子宫轮廓, 包块及周边见血流信号。2022 年 11 月 7 日超声示: 宫腔下段及前壁肌层下段见 $5.4 \times 4.7 \times 3.6$ cm 混杂回声包块(以肌层前壁为主), 内见多发囊性回声, 边界欠清, 前缘突出于子宫轮廓, 包块内及周边均未见明显血流信号。术后随访 4 个月, 本文取包块径线平均值代表包块大小, 绘制血 HCG 及包块大小变化线性趋势图见图 1, 图中可见血 HCG 及包块大小均呈下降趋势。

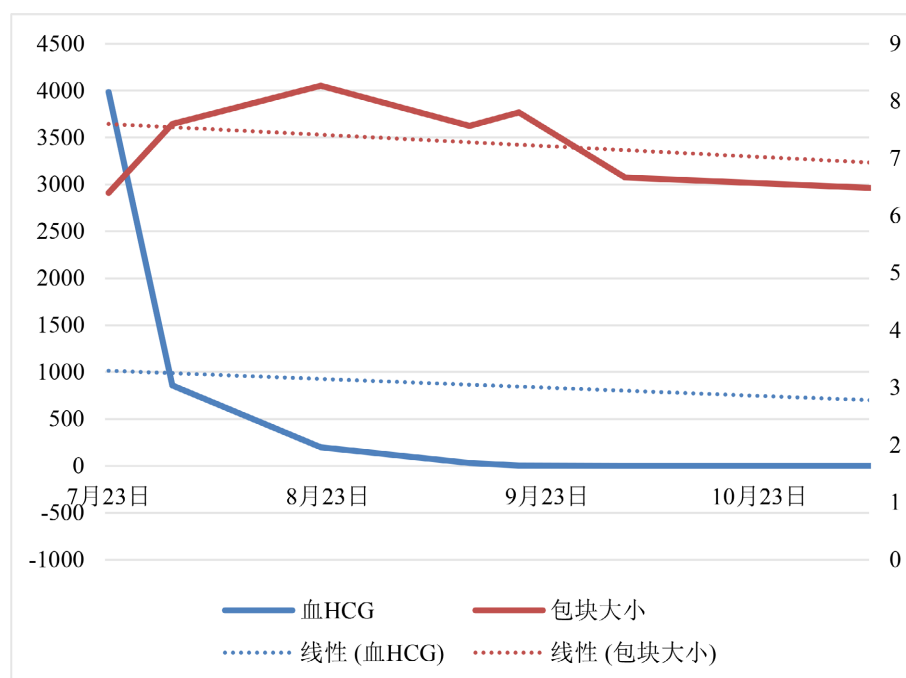


Figure 1. Linear trend of blood HCG and mass size

图 1. 血 HCG 及包块大小变化线性趋势图

3. 讨论

3.1. 发病机理

剖宫产手术近来越来越普及, 使得剖宫产的远期并发症即剖宫产瘢痕妊娠(cesarean scar pregnancy, CSP)发生率呈上升趋势, 文献报道 CSP 病例数与同期医院分娩量比例约为 1:1368~1:1221, 占同期异位妊娠病例数的 1.05%~1.1% [4]。CSP 的早期诊断较困难, 容易误诊为流产或宫颈妊娠, 进而选择药物流产或人工流产, 流产时见孕囊及绒毛排出, 且并未引起大出血, 以为流产成功, 但侵入瘢痕处肌层的绒毛在流产后仍会继续生长, 逐渐植入甚至穿透子宫肌层[5]。

目前剖宫产瘢痕妊娠绒毛植入的发病机制尚未明确国内外均有多项研究。剖宫产术后子宫内膜及肌层断裂形成瘢痕, 受精卵在瘢痕处着床后, 局部底蜕膜缺损, 绒毛逐渐侵入子宫肌层甚至达子宫浆膜层 [6]。已有研究表明[7], 绒毛组织的植入深度可能与子宫肌层损伤的程度有关。众所周知, 黏附蛋白在受精卵着床过程中起重要作用。有学者证实, E-钙粘蛋白在正常子宫肌层中是均匀分布的, 这提示受精卵在子宫腔内粘附的几率是较一致的, 而在绒毛植入部位, 由于绒毛与瘢痕组织之间缺少蜕膜, 植入部位表层的子宫肌层被破坏, 其 E-钙粘蛋白表达明显低于深层未被侵袭的肌层组织, 这表明, E-钙粘蛋白的

下调对于绒毛通过减少细胞间粘附进而侵袭子宫肌层的过程是必要的[8]。另外,马斌[9]等研究表明,病灶更大者对肌层侵犯程度会加重,而残余肌层较薄亦可使肌层受侵犯程度更重,能够在一定程度上增加出血风险。

3.2. 超声诊断标准

超声检查是诊断绒毛植入的主要方法,首选彩色多普勒超声检查[10]。王华([11], p. 1)等提出了包块型剖宫产瘢痕处绒毛植入的超声诊断标准,其指出瘢痕部位包块形成与生长时间相关,较大的包块可导致瘢痕处的子宫肌层菲薄,包块边界通常与子宫肌层分界不清,且包块周边及内部血流信号更丰富。国内外多项研究均报道[12]-[14],病理证实为绒毛植入患者,常规超声检查发现瘢痕处子宫肌层变薄。本文报道的病例也符合上述超声诊断标准,剖宫产瘢痕处绒毛植入诊断明确。

3.3. 治疗方案

剖宫产瘢痕处绒毛植入的治疗要根据患者的具体情况而定。对有生育要求的患者可以选择药物治疗,首选甲氨蝶呤治疗[15],也可以选择米非司酮治疗[16]。另外,清宫术清除瘢痕处绒毛等病灶也是有效的,需要注意的是在超声引导下进行清宫术时,如感觉有明显的粘连无法清出则不能强行手术,可术后给予药物治疗。对于药物治疗效果欠佳、绒毛有可能植入较深的患者建议行宫腔镜手术治疗,通过宫腔镜能够直观地观察到宫腔内的异常部位,同时针对性切除病灶。在治疗观察过程中如发生大出血,可通过血管介入手术止血,必要时行子宫切除术。后两种方法能够在精准清除病灶的同时避免或减少子宫损伤,但是需要在备血及具备应急宫腔止血措施前提下,由手术医生及经验丰富且可以精确识别病灶的超声医生操作。

已有研究表明([11], p. 2),在应用甲氨蝶呤治疗开始后,血 HCG 在降低但尚未降至正常水平时,包块仍增大或无明显改变,出院后随访复查过程中包块才逐渐缩小或消失。在本文报道的案例中,该患者清宫术中出现大量出血,术中及时采取按摩子宫、静脉滴注缩宫素、迅速补液、输血等措施,术后患者生命体征逐渐稳定,患者及家属强烈要求期待治疗,动态监测血 HCG 逐渐下降但仍高于正常水平时,超声可见子宫腔及前壁下端包块逐渐增大约 0.5 倍,后随着血 HCG 持续降低,包块开始缩小,这种变化趋势也符合上述研究结果。期待治疗具有简便、经济等优点,方法可行,对于保留生育功能、期待治疗意愿强烈的患者,也可在明确巨块型剖宫产瘢痕妊娠绒毛植入的危险性、征得患者及家属同意后进行治疗,在期待治疗过程中,瘢痕处包块存在继续增大的可能性,但随着血 HCG 继续降低,包块会逐渐缩小。但在治疗观察过程中应当密切监护,定期复查血 HCG 及超声,如果出现阴道大量流血,甚至引起失血性休克等危重情况时及时采取血管介入或者手术止血,必要时行子宫切除术,这对女性来说是一种严重创伤,会影响到其生育功能和心理健康。

3.4. 预防

针对剖宫产瘢痕妊娠处绒毛植入的高危因素,建议从以下几个方面预防:① 积极宣传生殖健康卫生知识,开展生殖道感染规范化诊治的培训,减少生殖道感染造成的子宫内膜损伤。② 严格掌握剖宫产手术指征,降低剖宫产率,加强计划生育手术操作规范化培训,减少手术损伤。③ 加强安全避孕教育,避免意外妊娠和重复人工流产。

4. 小结

巨块型剖宫产瘢痕妊娠处绒毛植入对于既往有剖宫产史的女性,尤其是仍有生育要求的女性,构成严重威胁,甚至影响其身心健康及生命安全。医师要结合患者具体情况,制定个体化治疗方案,对于保

留生育功能、期待治疗意愿强烈的患者,也可在明确巨块型剖宫产瘢痕妊娠绒毛植入的危险性、征得患者及家属同意后进行治疗。但在期待治疗过程中,如出现植入包块持续明显增大、血 HCG 水平下降缓慢甚至升高等异常情况,则应当及时与患者及家属沟通,以保证患者生命安全为前提,更改治疗方案,以期获得最佳治疗结局。

声 明

该病例报道已获得病人的知情同意。

参考文献

- [1] 张淑媛,侯成桢,张雪松,顾向应.妊娠早期发现胎盘绒毛植入的临床病例汇总分析[J].中国计划生育学杂志,2018,26(8):722-725.
- [2] 洪蜜蜜,李岩.疤痕妊娠的超声误诊分析[J].中国医疗器械信息,2021,27(2):107-108.
- [3] 王晓平,应锦华,王慧,夏群芬,张颂华.早期妊娠胎盘绒毛植入诊治分析[J].齐齐哈尔医学院学报,2012,33(23):3210-3211.
- [4] 任彤,赵峻,万希润,刘欣燕,冯凤芝,向阳.剖宫产瘢痕妊娠的诊断及处理[J].现代妇产科进展,2007,16(6):433-436.
- [5] 邱婷,周洁,翁廷松,邹先翔.剖宫产瘢痕妊娠期待治疗的不良妊娠结局研究[J].中国实用医药,2020,15(24):67-69.
- [6] 姚鑫林,危春容,张耀允,尹思乐.剖宫产术后瘢痕妊娠的临床及影像诊断研究进展[J].四川医学,2023,44(9):992-996.
- [7] 白秀丽,张素英,陈杨萍.胎盘植入性疾病的相关影响因素分析及预测[J].中国现代医生,2024,62(6):40-44.
- [8] Gao, L., Chen, H., Liu, J., Wang, M., Lin, F., Yang, G., *et al.* (2022) Extravillous Trophoblast Invasion and Decidualization in Cesarean Scar Pregnancies. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, **101**, 1120-1128. <https://doi.org/10.1111/aogs.14435>
- [9] 马斌,王艺璇,冉婕,鲁琰,李天刚,杨磊.经阴道超声及超声造影对剖宫产瘢痕妊娠病人术中大出血的风险评估[J].安徽医药,2022,26(6):1110-1113.
- [10] 孙多成,栾峰,李海军,王小华,钟守军.多种影像方法检测早孕胎盘绒毛植入与临床分析[J].实用放射学杂志,2020,36(9):1450-1453.
- [11] 王华,杨健,李星云,陈兴美.包块型剖宫产子宫切口处绒毛植入的超声诊断[J].实用医学杂志,2012,28(5):794-795.
- [12] 毋荃梅.经阴道超声对早期妊娠清宫后胎盘绒毛植入的诊断价值[J].临床超声医学杂志,2016,18(1):69-70.
- [13] Comstock, C.H., Love, J.J., Bronsteen, R.A., Lee, W., Vetrano, I.M., Huang, R.R., *et al.* (2004) Sonographic Detection of Placenta Accreta in the Second and Third Trimesters of Pregnancy. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, **190**, 1135-1140. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2003.11.024>
- [14] 闭凤春.经阴道彩超诊断早期流产后胎盘绒毛植入 19 例临床分析[J].临床合理用药杂志,2019(16):139-141.
- [15] 董能慧,李晓玲.氨甲喋呤与米非司酮治疗子宫切口绒毛植入的效果观察[J].湘南学院学报(医学版),2007,9(1):56-57.
- [16] 陈芳荣.胎盘绒毛植入 22 例保守性治疗分析[J].海南医学,2011,22(1):65-66.