

· 论著 ·

腹腔镜治疗输尿管子宫内位异位症的临床分析

顾成磊^{1,2} 张唯一¹ 赵路阳¹ 孟元光¹

【摘要】 目的 评价腹腔镜手术治疗输尿管子宫内位异位症的安全性和有效性。方法 回顾性分析2010年10月至2014年10月在解放军总医院接受腹腔镜手术治疗的11例输尿管子宫内位异位症患者的临床资料,分析治疗方法及治疗效果。结果 11例患者均成功接受腹腔镜手术,3例行输尿管松解术,6例行输尿管狭窄段切除+输尿管膀胱再植术,2例行输尿管狭窄段切除+输尿管端端吻合术,术中留置双J管,术后4~12周拔除,术中发现6例病变严重者,术后给予药物治疗3~6个月。围术期无严重并发症发生。术后平均随访31.3个月,1例3年后复发,再次手术,其余10例患者临床症状明显缓解,未见复发。结论 腹腔镜手术治疗输尿管子宫内位异位症是安全、有效的。术后辅以药物治疗可以减少复发。

【关键词】 腹腔镜; 子宫内位异位症; 输尿管

Laparoscopic management of ureteral endometriosis Gu Chenglei^{1,2}, Zhang Weiyi¹, Zhao Luyang¹, Meng Yuanguang¹. Department of Obstetrics and Gynecology, Chinese PLA General Hospital, Beijing 100853, China¹; Department of Obstetrics and Gynecology, The 309th Hospital of Chinese PLA, Beijing 100091, China²

Corresponding author: Meng Yuanguang, Email: meng6512@vip.sina.com

【Abstract】 Objective To evaluate the effectiveness and safety of laparoscopic management of ureteral endometriosis. **Methods** The clinical data of 11 cases with ureteral endometriosis treated by laparoscopic surgery in our hospital between Oct. 2010 and Oct. 2014 was retrospectively analyzed. **Results** Laparoscopic surgery was successfully finished in all 11 cases. The surgical procedures consisted of ureterolysis in 3 cases, distal ureterectomy and ureterocystoneostomy in 6, partial ureteral resection and end-to-end ureteral anastomosis in 2. Double-J ureteral stent was indwelled during the surgery, and was extracted 4-12weeks postoperatively. 6 cases with severe endometriosis received hormone therapy. There was no severe perioperative complication. The median follow-up time was 31.3 months. In the follow-up period, 1 case recurred 3 years later, and received surgery again. The postoperative recovery was uneventful in the other 10 cases. **Conclusions** Laparoscopic management of ureteral endometriosis is safe and feasible. Hormonal therapy after the operation can reduce the recurrence effectively.

【Key words】 Laparoscopic; Endometriosis; Ureter

子宫内位异位症是指子宫内位组织(腺体和间质)出现在子宫体以外的部位,是女性的常见疾病。异位内位可侵犯全身任何部位,多局限于卵巢、盆腔腹膜、宫骶韧带和子宫直肠窝,其中,输尿管子宫内位异位症的病例少见,发病率仅为0.01%~1.00%,因缺乏典型临床表现,不易确诊,延误治

疗^[1-4]。本研究回顾分析了解放军总医院2010年10月至2014年10月,腹腔镜治疗的11例输尿管子宫内位异位症患者的临床资料并进行随访,报告如下。

资料与方法

一、一般资料

本组选择2010年10月至2014年10月,在解放军总医院接受腹腔镜治疗的11例输尿管子宫内位异位症患者为研究对象。患者年龄28~46岁,平均年龄(37.6±5.3)岁;9例分娩次数≥1次,1例继发不孕,1例无性生活史。临床症状:腰痛或下腹部

DOI:10.3877/cma.j.issn.1674-6899.2015.03.003

基金项目:国家自然科学基金(81272867)

作者单位:100853 北京,解放军总医院妇产科¹; 100091 北京,解放军309医院妇产科²

通讯作者:孟元光,Email: meng6512@vip.sina.com

作者简介:顾成磊(1981-),在读博士,主治医师。研究方向为妇科肿瘤

疼痛不适6例,痛经3例,周期性肉眼血尿1例,3例患者无任何临床症状,体检发现肾中度、重度积水。4例既往有盆腔手术史,其中3例有子宫内膜异位症手术史,1位为剖宫产史。1例曾行内分泌治疗,口服孕三烯酮6个月。术前妇科超声提示:3例合并卵巢子宫内膜异位囊肿,1例合并有子宫腺肌症。术前泌尿系统超声、静脉肾盂造影、CT及MRI结果提示:4例输尿管扩张伴轻度肾积水,7例输尿管扩张伴中度、重度肾积水。所有患者行肾动态图显像检查,结果提示5例肾功能轻度减低,6例肾功能重度减低。患者血清尿素氮、肌酐结果均正常。

二、方法

所有患者均行腹腔镜手术,依据术中输尿管病灶位置、梗阻程度及肾积水程度分别实施输尿管松解术、输尿管狭窄段切除+输尿管膀胱再植术、输尿管狭窄段切除+输尿管端端吻合术,同时切除其他部位的子宫内膜异位病灶。所有患者术中均留置双J管。6位病变程度严重者,术后给予孕三烯酮、促性腺激素释放激素激动剂辅助治疗3~6个月。术后通过门诊复查、电话或信函获得随访资料。

结 果

11例患者均顺利完成腹腔镜手术,3例轻度肾积水的腔外型患者行输尿管松解术,手术时间50~90 min,术中出血量30~160 ml;对于中度、重度肾积水患者和腔内型患者,6例行输尿管狭窄段切除+输尿管膀胱再植术,2例行输尿管狭窄段切除+输尿管端端吻合术,手术时间90~240 min,平均手术时间(136.2 ± 37.2) min,术中出血量110~540 ml,平均术中出血量(186.3 ± 80.9) ml。术中发现所有病例均为单侧病变:左侧8例,右侧3例;9例病灶位于输尿管下段,2例位于输尿管中段;8例为腔外型,3例为腔内型。患者术中常规留置双J管,根据病情留置4~12周。8例合并其他子宫内膜异位疾病(3例合并有卵巢子宫内膜异位囊肿,5例合并有盆腔腹膜子宫内膜异位病灶,6例合并有宫骶韧带及子宫直肠窝处子宫内膜异位,1例病灶累及直肠表面),术中尽量切除所有其他可见的子宫内膜异位病灶,发现病变严重者,术后给予孕三烯酮、促性腺激素释放激素激动剂辅助治疗3~6个月。围术期无严重并发症发生。术后所有病例术后病理均证实为输尿管子宫内膜异位症。

11例患者均获得随访,随访时间4~49个月,平均随访时间(31.3 ± 8.9)个月,10例临床症状消失,复查尿常规、泌尿系统超声未见异常,1例行左输尿管狭窄段切除+输尿管端端吻合术后3年复

发,超声提示左侧输尿管扩张及中度肾积水,给予输尿管狭窄段切除+输尿管端端吻合术治疗,术后给予曲普瑞林治疗6次,二次术后随访11个月,症状消失,尿常规、泌尿系超声均未见异常。继发不孕患者术后试孕,19个月仍然未受孕时,给予辅助生殖,现已生育1女。

讨 论

子宫内膜异位症是一种常见的妇科疾病,育龄期女性发病率为10%^[5]。基本病理变化为异位子宫内膜随卵巢激素变化而发生周期性出血,周围组织纤维化形成致密瘢痕,粘连形成结节或包块,侵犯并破坏邻近组织或器官。其发病机制至今尚未阐明,目前主要学说及发病因素有异位种植学说、体腔上皮化生学说、诱导学说、遗传因素、免疫与炎症因素等。

一、临床表现

输尿管子宫内膜异位症是指具有活性的子宫内膜组织种植于输尿管,在局部生长、浸润,导致输尿管解剖结构受压或扭曲变形。输尿管子宫内膜异位症早期往往无明显的临床症状和体征,随着病情的发展,可出现患侧腰痛、下腹部疼痛不适、周期性血尿等症状。输尿管子宫内膜异位症中25%~43%发现时已累及肾脏,引起肾积水、肾功能受损^[6]。本研究中,腰痛或下腹部疼痛不适6例(54.5%),痛经3例(27.3%),周期性肉眼血尿1例(9.1%),无临床症状但体检发现肾积水3例(27.3%)。因本病常缺乏典型症状,容易漏诊,发现时即有可能为重度肾积水,故而输尿管子宫内膜异位症的早期诊断非常重要。当发现有以下情况时应考虑到本病的可能:与月经周期密切相关的泌尿系统症状(如不明原因血尿、腰痛或腹痛),既往有痛经史或子宫内膜异位病病史的患者。

输尿管子宫内膜异位症中影像学检查对该病的诊断具有重要作用,超声检查可早期发现此病引起的输尿管扩张及肾积水,CT、MRI、静脉肾盂造影检查可以进一步明确病变的位置,进行腔内、腔外的分型,肾动态图显像可以评价肾功能。但输尿管子宫内膜异位症在影像学上,有时与输尿管尿路上皮癌、输尿管息肉、输尿管结核等疾病很难鉴别。必要时可行输尿管镜或腹腔镜检查并活检以明确诊断^[7]。血清CA125在部分患者中可见轻度升高,具有一定参考价值,血清肌酐、尿素氮、尿酸及尿常规检查有助于判断肾功能的改变。

输尿管子宫内膜异位症通常为单侧,左侧输尿管远端最常见,往往表现为输尿管环^[8-9]。根据尿管

管受侵的不同层次可以分为两类:腔外型 and 腔内型,腔外型更为常见。本研究 11 例患者中,病灶位于左侧输尿管者 8 例(72.7%),右侧 3 例(27.3%);位于输尿管下段者 9 例(81.8%),中段者 2 例(18.2%);腔外型 8 例(72.7%),腔内型 3 例(27.3%)。

二、治疗

输尿管子宫内位症的治疗原则是去除病灶,解除梗阻,保护肾功能,防止复发。治疗方法包括药物和手术治疗,由子宫内位症导致的梗阻性输尿管受累,首先应当考虑手术治疗。根据受累的部位、程度、类型决定手术方式。手术方式主要有输尿管粘连松解、部分输尿管切除、输尿管切除后端端吻合、输尿管切除后输尿管膀胱再植、患侧肾及输尿管切除术。但该类患者的手术治疗选择尚无标准模式,大多数学者认为对于腔内型及中重度输尿管梗阻患者,推荐切除受累输尿管狭窄段,并行输尿管端端吻合术,或者输尿管膀胱再植术,对于无输尿管梗阻征象的轻度积水患者,推荐行输尿管粘连松解术^[10-13]。由于腹腔镜下术野放大,可以清楚探查盆、腹腔情况,且腹腔镜手术并发症少,创伤小,可效解除狭窄引起的梗阻。目前,随着微创技术的发展,越来越多的患者接受腹腔镜手术^[14]。本研究中,所有患者均施行了腹腔镜手术,对 3 例轻度肾积水的腔外型患者行输尿管松解术,对于中重度肾积水患者和腔内型患者,6 例行输尿管狭窄段切除 + 输尿管膀胱再植术,2 例行输尿管狭窄段切除 + 输尿管端端吻合术。因输尿管子宫内位症多合并其他盆腔组织的子宫内位症病灶,对于病灶广泛的患者,术中应该由经验丰富的妇科医师和泌尿外科医师同时处理,充分发挥各自的优势,尽量去除可见的病灶,这样可以明显降低术后复发率。该类患者盆腔粘连严重,故而手术难度高,时间长,本研究中患者平均手术时间为(127.4 ± 38.1) min,平均出血量为(161.7 ± 81.4) ml。术中患者常规留置输尿管导管引流治疗,根据病情留置 4 ~ 12 周,预防尿瘘,促进创面吻合,但注意避免长时间留置输尿管导管,以免支架周围发生钙化,形成泌尿道微结石。术后 11 例患者全部获得随访,随访期间,10 例临床症状消失,1 例在术后 3 年复发,再次给予手术,辅以药物治疗,二次手术后随访 11 个月,症状消失,尿常规、泌尿系统超声均未见异常,治疗效果满意。

子宫内位症常用治疗药物包括孕激素、促性腺激素释放激素激动剂及避孕药 3 大类。输尿管子宫内位症多有严重的纤维增生,对激素类药物反应差,单纯药物治疗价值有限,仅用于输尿管受

累轻,无肾功能损害的患者^[15]。单纯药物治疗在停药后容易复发,因此药物治疗期间及停药后仍需密切监测有无输尿管梗阻进展,若梗阻进行性发展或肾功能有损害需及时手术治疗。目前,药物治疗多用于手术的辅助治疗。对于病变严重的病例,术前可应用药物治疗,减轻组织充血水肿,缩小病灶,利于术中干净切除病变组织,术后药物的辅助治疗可以降低复发率^[16-17]。

综上所述,输尿管子宫内位症是一种少见病,起病隐匿,临床症状不典型,诊断过程中容易漏诊或误诊。影像学在诊断过程中起着重要的作用,病理学诊断是确诊的金标准。手术为首选治疗方式,腹腔镜可以清楚探查盆腔、腹腔情况,创伤小,术后恢复快,安全有效。对于腔外型的轻度梗阻患者,推荐行输尿管粘连松解术;对于中重度输尿管梗阻患者,推荐切除受累输尿管狭窄段,并行输尿管端端吻合术,或者输尿管膀胱再植术,当肾输尿管积水严重、松解困难,应及时行肾造瘘引流,根据肾功能损害程度决定是否行肾切除术或先行经皮穿刺肾造瘘,恢复肾功能,待肾功能改善后,再行手术^[18]。术前置入输尿管导管有助于术中组织分离,术后预防尿瘘及吻合口处狭窄。术后给予孕三烯酮、促性腺激素释放激素激动剂辅助治疗 3 ~ 6 个月,减少复发。妇科医师和泌尿外科医师的合作可以有效地提高该病的检出率,并制订和实施最佳的手术方案,取得令人满意的疗效。

参 考 文 献

- 1 Sonavane SK, Kantawala KP, Menias CO. Beyond the boundaries-endometriosis: typical and atypical locations [J]. *Curr Probl Diagn Radiol*, 2011, 40(6):219-232.
- 2 戴毓欣. 输尿管子宫内位症的治疗紧张[J]. *国际妇产科学杂志*, 2011, 38(4):279-280.
- 3 Donnez J, Brosens I. Definition of ureteral endometriosis [J]. *Fertil Steril*, 1997, 68(1):178-180.
- 4 Mu D, Li X, Zhou G, et al. Diagnosis and treatment of ureteral endometriosis: study of 23 cases [J]. *J Urol*, 2014, 11(4):1806-1812.
- 5 Giudice LC. Endometriosis [J]. *N Engl J Med*, 2010, 362(25):2389-2398.
- 6 Comiter CV. Endometriosis of the urinary tract [J]. *Urol Clin of North Am*, 2002, 29(3):625-635.
- 7 Castaneda CV, Shapiro EY, Ahn JJ, et al. Endoscopic management of intraluminal ureteral endometriosis [J]. *Urology*, 2013, 82(2):307-312.
- 8 Bosev D, Nicoll LM, Bhagan L, et al. Laparoscopic management of ureteral endometriosis: the Stanford University hospital experience with 96 consecutive cases [J]. *J Urol*, 2009, 182(6):2748-2752.
- 9 Rozsnyai F, Roman H, Resch B, et al. Outcomes of surgical

- management of deep infiltrating endometriosis of the ureter and urinary bladder[J]. JSLS,2011,15(4):439-477.
- 10 Camanni M, Delpiano EM, Bonino L, et al. Laparoscopic conservative management of ureteral endometriosis. [J]. Curr Opin Obstet Gynecol,2010,22(4):309-314.
- 11 Chapron C, Chiodo I, Leconte M, et al. Severe ureteral endometriosis: the intrinsic type is not so rare after complete surgical exeresis of deep endometriotic lesions [J]. Fertil Steril, 2010, 93 (7):2115-2120.
- 12 Scioscia M, Molon A, Grosso G, et al. Laparoscopic management of ureteral endometriosis [J]. Curr Opin Obstet Gynecol, 2009, 21 (4):325-328.
- 13 Schonman R, Dotan Z, Weintraub AY, et al. Long-term follow-up after ureteral reimplantation in patients with severe deep infiltrating endometriosis[J]. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol, 2013, 171 (1):146-149.
- 14 Uccella S, Cromi A, Casarin J, et al. Laparoscopy for ureteral endometriosis: surgical details, long-term follow-up, and fertility outcomes[J]. Fertil Steril,2014,102(1):160-166.
- 15 Guo T, Gu C, Feng C, et al. Endouretotomy is not a sufficient treatment for intrinsic ureteral endometriosis [J]. Wideochir Inne Tech Malo Inwazyjne,2013,8(3):187-191.
- 16 Rivlin ME, Miller JD, Krueger RP, et al. Leuprolide acetate in the management of ureteral obstruction caused by endometriosis [J]. Obstet Gynecol,1990,75(3):532-536.
- 17 Li L, Leng JH, Lang JH, et al. Diagnosis and treatment of ureter endometriosis [J]. Zhonghua Fu Chan Ke Za Zhi,2011,46(4):266-270.
- 18 Mereu L, Gagliardi ML, Clarizia R, et al. Laparoscopic management of ureteral endometriosis in case of moderate-severe hydroureteronephrosis[J]. Fertil Steril,2010,93(1):46-51.

(收稿日期:2015-03-30)

(本文编辑:银冰)

顾成磊,张唯一,赵路阳,等. 腹腔镜治疗输尿管子宫内层异位症的临床分析[J/CD]. 中华腔镜外科杂志:电子版,2015,8(3):177-180.