



· 病例报告 ·

腹膜后妊娠超声误诊1例

陶久志, 周毓青, 龚菁菁, 孙琦, 王博

上海市长宁区妇幼保健院超声医学科, 上海 200051

[关键词] 腹膜后妊娠; 超声; 误诊

DOI: 10.19732/j.cnki.2096-6210.2021.02.015

中图分类号: R445.1 文献标志码: A 文章编号: 2096-6210(2021)02-0140-03

1 资料

患者, 女性, 39岁, 已婚。2019年11月27日, 因停经47 d, 不规则阴道出血26 d, 下腹隐痛2 h于上海市长宁区妇幼保健院就诊, 查尿人绒毛膜促性腺激素(human chorionic gonadotropin, HCG)阳性, 血 β -HCG为10 908.9 mIU/mL, 经阴道彩色多普勒超声于宫内宫外检查未见妊娠证据。2019年11月29日免疫检验报告显示血 β -HCG为1 0877.80 mIU/mL。当日行经阴道彩色多普勒超声检查宫内未见孕囊, 子宫内膜双层厚度6.4 mm, 双卵巢未见明显异常, 附件区未见明显的异常肿块, 主诊医师结合病史高度怀疑异位妊娠, 于是请另一医师协助检查, 亦未探及宫内宫外妊娠征象; 再次请上级医师检查, 于子宫后陷凹极偏左部位见一混合性回声, 大小为21 mm × 18 mm × 18 mm, 边界尚清, 其内见一无回声, 大小为18 mm × 15 mm × 13 mm, 伴表面及内部星点状彩色血流(图1); 盆腔内未见明显积液。临床以“异位妊娠可能”急诊收住入院。入院后经紧急术前准备行腹腔镜下探查术及经阴道诊刮取环术。经阴道诊刮取环术中探得子宫前位, 取出 γ 形环1枚; 刮出少量组织物, 肉眼未见绒毛。腹腔镜术中见子宫正常大小, 表面完整, 活动可; 双侧输卵管、卵巢未见异常增大, 未见活动性出血及破口; 左侧骶韧带下方见

一3 cm × 3 cm × 2 cm囊性增大突起, 其表面略凹陷、中央见一0.5 cm破口, 破口处见少许鲜红色血迹, 未见活动性出血(图2), 切开后肉眼可见绒毛组织; 盆腔内另见棕色稀薄液体5 mL。术中诊断为异位妊娠(腹膜后妊娠), 并于病灶切除, 手术顺利。术后3 d血 β -HCG下降至1 345.60 mIU/mL, 病情平稳后予以出院。术后5 d病理学检查报告示宫腔少许破碎子宫内膜呈增生反应及鳞状上皮; 腹膜后病灶组织内见少量幼稚的绒毛组织伴退变(图3)。术后10 d复查血 β -HCG为60.90 mIU/mL, 术后17 d复查血 β -HCG正常。

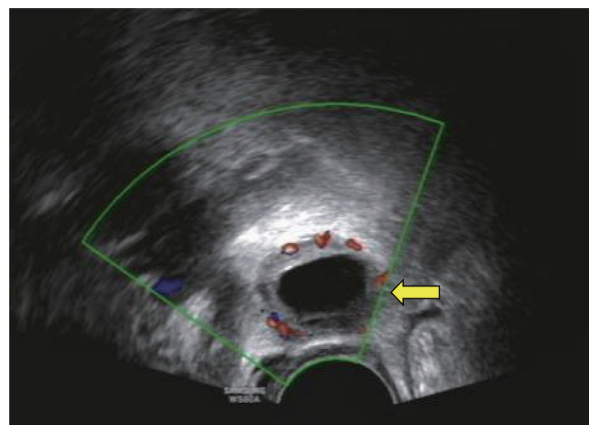


图1 腹膜后妊娠经阴道超声检查图

黄色箭头所示为经阴道超声检查发现的子宫后陷凹偏左侧混合性包块, 彩色多普勒血流显像显示表面见短条状及星点状彩色血流信号。

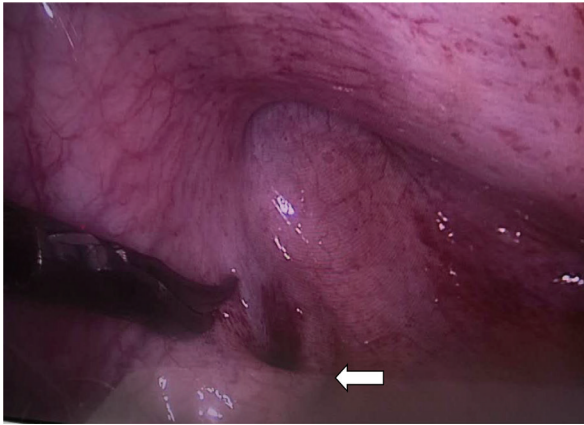


图2 腹膜后妊娠腹腔镜下所见病灶

白色箭头所示为左侧骶韧带下方（腹膜后）局部囊性增大突起，中央见一破口。

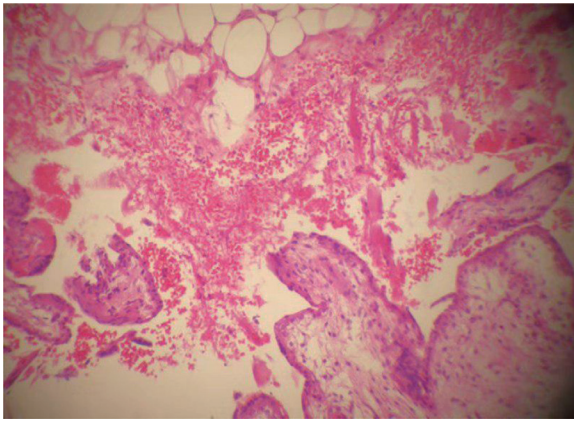


图3 腹膜后妊娠病灶的病理镜检图

病理学检查报告提示病灶处见少量幼稚的绒毛组织（H-E染色， $\times 100$ ）。

2 讨 论

腹膜后妊娠是指胚胎或胎儿位于腹膜腔以外的部位，是极罕见的特殊类型异位妊娠，母体病死率高^[1]；一般胚胎或胎儿不能存活，但国外有研究^[2]报道1例腹膜后足月妊娠，最终经剖宫产分娩1名健康男婴。另国外研究^[3]报道了1例孕23周因无脑儿畸形引产失败后剖腹手术证实为腹膜后妊娠。

腹膜后妊娠的受精卵可种植于后腹膜、闭孔窝、下腔静脉与主动脉间、主动脉与左肾动脉交界处、髂总动脉分叉处等腹膜外部位^[4-5]。常规的妇科超声很难探查这些部位，加之腹膜后妊娠患者的临床表现与一般部位的异位妊娠无明

显特征性差异，故术前的定位鉴别诊断较困难。综合分析文献报道的腹膜后妊娠确诊病例，均为对临床可疑异位妊娠的病例扩大超声扫查范围后发现，其中部分病例（3例）可在胰腺后下方、肾下极、腹主动脉旁（相当于髂血管分叉处）等处发现较典型的胚囊（内见胎芽及卵黄囊），但术前均提示为腹腔妊娠，而未考虑腹膜后来源^[6-8]；部分病例（3例）经阴道超声发现较低位置的肿块，术前均诊断为一般异位妊娠^[5, 9-10]；计算机体层成像（computed tomography, CT）能定位肿块位于腹膜后，结合病史能提示腹膜后妊娠，但有可能将停经史不明确或影像学表现不典型的病例误诊为腹膜后肿瘤或胰头假性囊肿^[11-15]；1例腹膜后妊娠因HCG持续性增高术前被误诊为绒毛膜癌^[16]。

腹膜后妊娠的具体病因尚不明确，高危因素主要包括输卵管切除术后、既往子宫穿孔史、多次异位妊娠史、多次人工流产史、输卵管炎及机械性损伤、体外受精-胚胎移植等^[4, 13]。其发病机制可能为以下几种：①输卵管妊娠破裂或流产后仍然具有活性的滋养细胞脱落到腹腔，并向腹膜后种植生长；②输卵管切除术后如果输卵管末端与腹膜后间隙形成瘘管，则宫腔与腹膜后直接相通，胚胎有可能由宫腔自发转移至腹膜后而发展成为腹膜后异位妊娠；③腹膜缺损，因先天缺损或因腹膜慢性炎症、子宫内膜异位灶等形成缺损，可能导致受精卵转移至腹膜后生长。也有作者认为，受精卵或其脱落细胞可能经血管淋巴管转移至腹膜后，然后种植生长，与妇科恶性肿瘤、滋养细胞肿瘤的血行转移及宫颈癌、子宫内膜癌等的淋巴转移类似；或受精卵游走于腹腔时受肠管的压迫及蠕动等影响，种植并生长于腹膜后^[4, 5, 9]。本研究患者无不良孕产史及手术史，发病机制更倾向于①或③。

本研究超声声像图没有特异性表现，肿块位置偏而深，且肿块不大，经阴道及经腹部超声检查均极易漏诊。对患者先后检查的3名超声科医师结合病史未轻易放弃对病灶的寻找，最终由上级医师在扩大扫查范围的情况下发现了异常肿块，但仅提示了异位妊娠可能，未能提示腹膜后

妊娠。对位置较高或偏一侧的肿块, 经阴道超声受扫查范围及角度的影响常常无法探及, 扫查范围无法做到无限制的扩大, 腹部超声检查也很难发现病灶, 给诊断带来困难。腹腔镜术中反复探查大网膜、肠管及肠系膜表面均未能发现异常, 术中再次通过经阴道超声定位肿块其声像图及部位同术前无明显变化, 根据超声定位的方向, 妇科医师并没能立即找到病灶, 最后由妇科上级医师探查发现左侧盆壁骶韧带下方腹膜突起, 戳动突起部位, 超声定位声像图随之而动, 因此确定病灶并成功切除; 如病灶部位的后腹膜光滑完整, 手术探查相对不易发现病灶, 手术难度也会增加; 如病灶邻近大血管或重要器官, 手术风险较高; 因此术前准确定位尤为重要, 需警惕意外损伤, 必要时行多学科协作手术^[5, 7-8]。国内研究^[13]报道1例血 β -hCG $>9\ 000\ \text{U/L}$ 、孕囊大小约4 cm、孕囊位置与腹主动脉关系密切的腹膜后妊娠患者于CT引导下穿刺注射甲氨蝶呤(MTX)治疗成功, 一定程度上避免了手术风险^[13]; 国外也有研究^[17]报道MTX治疗腹膜后妊娠失败, 最终接受手术治疗^[17]。因此根据个人情况不同, 对腹膜后妊娠可考虑行MTX治疗后再行腹腔镜下病灶清除术, 以最大限度地减少手术风险的发生^[5]。

本研究超声诊断过程提示, 超声检查必须紧密结合临床病史, 对于病史提示妊娠而超声检查不能找到宫内、宫外妊娠证据者, 需警惕特殊或罕见部位的异位妊娠, 应扩大扫查范围。对于超声检查不能发现明确病灶的患者, 应建议其行CT或磁共振成像(magnetic resonance imaging, MRI)检查, 重点观察腹腔其它部位及腹膜后部位有无异常肿块。而对于没有配备CT、MRI的妇产专科医院, 在妊娠诊断不明确、病灶位置不明确的情况下, 患者生命体征平稳时可建议转院诊治; 患者不配合转院或病情危急不宜转院者, 应在腹腔镜或剖腹探查术前备好外科手术会诊和输血准备。

[参 考 文 献]

- [1] 谢 幸, 孔北华, 段 涛. 妇产科学[M]. 9版. 北京: 人民卫生出版社, 2018: 79.
- [2] MILIĆEVIĆ S, JOVANOVIĆ D, VILENDEČIĆ Z, et al. Full-term interstitial retroperitoneal pregnancy with delivery of a healthy infant [J]. J Obstet Gynaecol Res, 2010, 36(4): 869-871.
- [3] MEIRE I, VAN HEUSDEN A, ROUKEMA M S, et al. A retroperitoneal pregnancy of an anencephalic fetus [J]. J Obstet Gynaecol, 2007, 27(5): 518-519.
- [4] 李丽果, 夏 梦, 刘军秀, 等. 腹膜后妊娠一例[J]. 中华妇产科杂志, 2018, 53(5): 342.
- [5] 张宏涛, 刘运芬, 罗 琼, 等. 腹膜后闭孔妊娠1例报道[J]. 现代妇产科进展, 2017, 26(7): 560.
- [6] 卞 均, 李北氢, 王忠民. 腹膜后妊娠1例[J]. 中国实用妇科与产科杂志, 2019, 35(8): 954-956.
- [7] 佐满珍, 王成双, 汤文凡. 原发性腹膜后妊娠一例[J]. 中华妇产科杂志, 2013, 48(5): 398.
- [8] 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.
- [9] YANG M, CIDAN L, ZHANG D. Retroperitoneal ectopic pregnancy: a case report and review of the literature [J]. BMC Pregnancy Childbirth, 2017, 17(1): 358.
- [10] 杨宝华, 曹云桂. 特殊部位异位妊娠3例临床分析[J]. 中华生殖与避孕杂志, 2019, 39(10): 832-834.
- [11] 胡明华, 翁媛英. 腹膜后腔异位妊娠一例[J]. 中华妇产科杂志, 2010, 45(11): 879.
- [12] YANG Y Z, LIU Z Y, SONG L, et al. Diagnosis and surgical therapy of the retroperitoneal ectopic pregnancy: a case report [J]. Int J Surg Case Rep, 2018, 49: 21-24.
- [13] 彭 静, 罗喜平, 江魁明, 等. 腹膜后妊娠保守治疗成功一例[J]. 中华妇产科杂志, 2017, 52(11): 783.
- [14] DMOWSKI W P, 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.
- [15] 于守君, 齐 鲁. 腹膜后异位妊娠破裂超声误诊1例[J]. 中国医学影像技术, 2019, 35(5): 749.
- [16] JIANG W, LV S J, SUN L, et al. Diagnosis and treatment of retroperitoneal ectopic pregnancy: review of the literature [J]. Gynecol Obstet Invest, 2014, 77(4): 205-210.
- [17] OKORIE C O. Retroperitoneal ectopic pregnancy: is there any place for non-surgical treatment with methotrexate? [J]. J Obstet Gynaecol Res, 2010, 36(5): 1133-1136.

(收稿日期: 2020-05-07 修回日期: 2020-07-15)