

· 短篇报道 ·

人流术后子宫动静脉瘘1例

李志伟* 王霞 吕佳洋 黎公科 高丽珊 林翠莹
 三亚中心医院(海南省第三人民医院)放射科(海南 三亚 572000)

【关键词】计算机断层血管成像(CTA); 人工流产后; 子宫动静脉瘘

【中图分类号】R814.42

【文献标识码】D

DOI:10.3969/j.issn.1672-5131.2023.09.061

A Case of Uterine Arteriovenous Fistula after Abortion

LI Zhi-wei*, WANG Xia, LV Jia-yang, LI Gong-ke, GAO Li-shan, LIN Cui-ying.

Radiology Department of Sanya Central Hospital (Hainan Third People's Hospital), Sanya 572000, Hainan Province, China

Keywords: Computed Tomography Angiography (CTA); After Artificial Abortion; Uterine Arteriovenous Fistula

人工流产后合并子宫动静脉瘘(uterine arteriovenous fistula, UAVF)是临床上罕见病例, O'Brien等^[1]报道, UAVF发病率约为4.5%。子宫动静脉瘘在临床上容易和妊娠相关的疾病混淆, 使得临床处理相对棘手, 也是妊娠的不良结局之一, 现报告一例人工流产后合并子宫动静脉瘘的诊治过程, 旨在加强临床医生对该病诊断和治疗的认知。

1 临床资料

患者, 女性, 27岁。因宫内妊娠6+周行人流术, 术前检查未见异常, 术中术后出血不多, 无腹痛, 无畏寒发热, 但术后一直有阴道不规则流血, 时多时少, 呈暗红色。个人孕产史: G1P0, 月经史: 14岁5-6/28天, 末次月经: 2021年5月10日。既往体健, 否认慢性病、传染性疾病及手术外伤史, 术后彩超提示子宫体: 大小约53mm×34mm×48mm, 不大, 呈前位, 形态正常, 包膜光滑。肌层: 回声均匀。宫腔: 其内未见节育器回声。宫腔内见一大小约21mm×8mm×20mm不均质回声区, 边界欠清, 内回声不均, CDFI可见血流信号。PW测及动脉频谱: Vs 29.12cm/s, Vd 19.36cm/s, RI 0.34。宫颈: 上下径28mm, 前后径24mm,

左右径33mm, 大小形态正常, 其内未见异常回声。左卵巢: 大小约32mm×19mm, 大小形态正常, 其内结构清晰。右卵巢: 大小约29mm×16mm, 大小形态正常, 其内结构清晰。盆腔: 内未见明显无回声区。宫腔内不均质回声, 考虑胎物残留可能, 请结合临床及血HCG。(图1), 双附件未见异常。实验室检查绒毛膜促性腺激素17.86IU/L。利用X线计算机断层血管成像(CTA)对盆腔血管进行检查, 并扫描动脉期、静脉期两个期相, 经过厚层MPR重建及VR重建显示: 子宫右前壁局部见血管团, 边界不清, 大小约范围2.4cm×2.1cm, 静脉早期显影, 病灶由右侧子宫动脉供血, 右侧子宫动脉明显增粗迂曲改变, 影像诊断考虑子宫右前壁动静脉瘘(图2)。行子宫动脉造影右侧子宫动静脉瘘明确(图3), 给予右侧子宫动静脉瘘栓塞治疗, 用PVA颗粒及明胶海绵粒适量栓塞右侧子宫动静脉瘘; 次日行宫腔镜检查, 见宫腔后壁见一大小约1.5cm×1.5cm胎物样组织, 表面血供丰富, 可见裸露血管, 呈蚯蚓状, 成团(图4), 对病灶行宫腔镜下电切术, 将宫腔内残留胎物切除术, 宫腔内表面裸露血管及创面电凝止血, 术中出血不多, 术后检查宫腔形态正常, 胎物样组织已去除, 刮出宫内组织送病检。术后病理回报退变绒毛组织、血块及少许宫内膜组织。

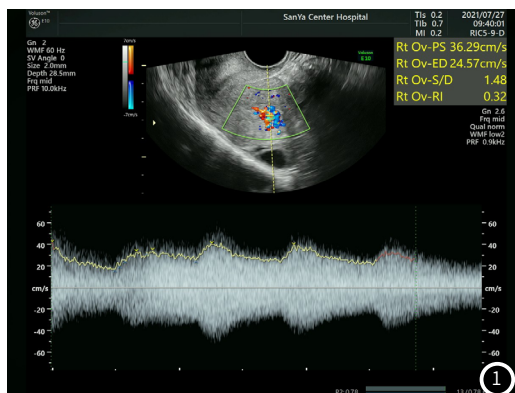


图1 宫腔内不均质强回声, 考虑宫腔内胎膜组织及血凝块形成。

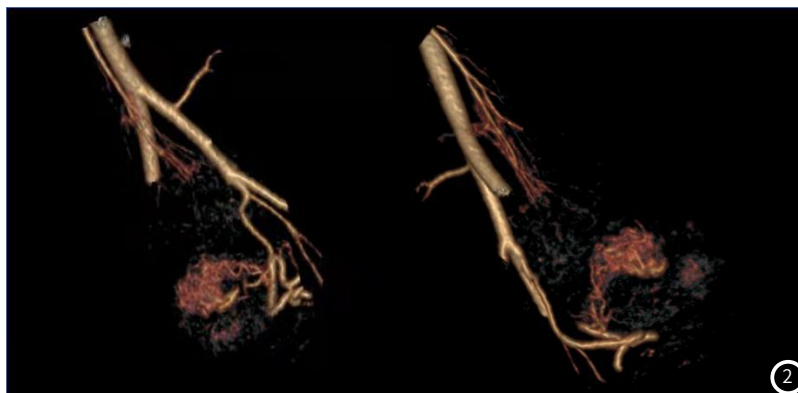


图2 CTA动脉期示子宫右前壁局部见血管团, 静脉早期显影, 病灶由右侧子宫动脉供血。

【第一作者】李志伟, 男, 主治医师, 主要研究方向: CTA血管成像。E-mail: 1055929017@qq.com

【通讯作者】李志伟

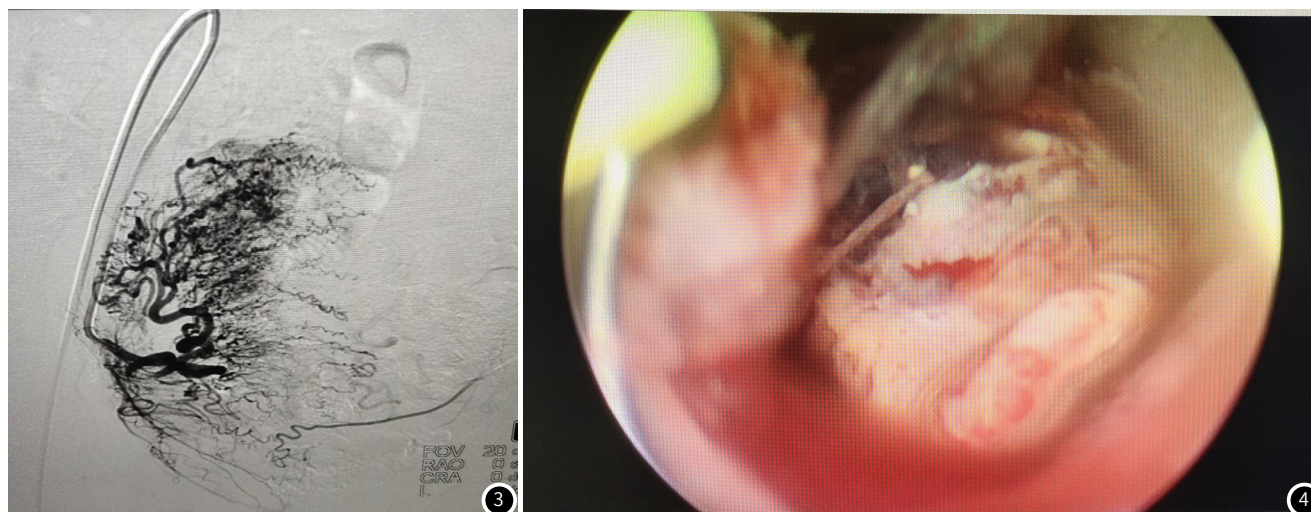


图3 DSA示左右侧子宫动脉明显增粗迂曲改变, 右侧子宫动脉上支形成动静脉瘘, 引流静脉畸形形成团样改变。

图4 宫腔镜于子宫腔后壁见一大约1.5×1.5cm胎物样组织, 表面血供丰富, 可见裸露血管, 呈蚯蚓状, 成团。

2 讨论

2.1 子宫动静脉瘘的定义和病理机制 子宫动静脉瘘(uterine arteriovenous fistula, UAVF)既往文献报道的不多, 常见的病理形态是子宫单条动静脉脉或双侧多条动静脉发生交通, 从发病机制上一般可以分为两种类型: (1)先天性UAVM, 是胎儿在发育过程中胎儿的子宫动脉、静脉发育畸形、形成瘘管, 这种病例报道极少, 也较难以在筛查中发现; (2)获得性UAVM, 是由于各种原因导致子宫肌层动脉、静脉损伤, 二者之间形成瘘道、交通, 并形成粗大、扭曲的血管团。临床上常见的原因包括手术创伤(人工流产术、多次清宫操作、多次自然分娩、剖宫产术、诊断性刮宫术、子宫手术)、感染、子宫恶性肿瘤(子宫内膜癌、宫颈癌和滋养细胞肿瘤)侵犯等^[2]。子宫动静脉瘘发生后通常没有即时的症状, 较为隐匿, 然而一旦再次进行子宫宫腔或者子宫肌层的有创操作触及畸形血管团时, 则有可能引起大量出血, 甚至危及生命, 因此提前对子宫动静脉瘘进行识别、诊断十分重要。

2.2 子宫动静脉瘘的临床、影像表现分析 子宫动静脉瘘诊断标准目前没有明确指南, 但大部分患者临床表现为无痛性阴道出血。临床上针对子宫动静脉瘘的检查手段包括盆腔彩超、CT血管造影(CTA, CT angiography)、磁共振血管造影(magnetic resonance angiography, MRA)、数字减影血管造影(digital subtraction angiography, DSA)^[3-4]。盆腔彩超实施方便、无需注入造影剂、较为便捷, 在临床上作为子宫动静脉瘘检查的首选检查工具。盆腔彩超图像上子宫动静脉瘘的典型特点是在子宫肌壁内可见团样混杂血流, 多普勒示色彩丰富, 并向宫外延伸, CDFI见高速低阻的动静脉频谱, 但超声一方面和宫壁、宫腔内占位病变的鉴别存在一定困难, 另一方面往往难以显示供血血管和引流静脉的全貌。CTA、MRA可见病变血管增粗, 走行迂曲, 病变区血管增多, 可见血管呈管状或囊状扩张, 尤以CTA应用较为广泛, 进行多平面重建(MPR)和容积再现(VR)后可以清晰显示髂动脉、子宫动脉及其分支及引流静脉^[5], 但是CT检查的辐射对于育龄期妇女盆腔扫描, 存在一定的潜在辐射风险; MRA安全无辐射, 但是技术难度较高, 在基层医院的开展还需要一定时间的推广; DSA能够清晰显示供血动脉、引流静脉和畸形血管团, 在检查确诊的同时还可以进行选择性动脉栓塞术^[7], 目前是诊断UAVM的金标准。

2.3 子宫动静脉瘘的诊疗体会 本病例根据患者人工流产术后病史以及术后持续出血的临床表现, 行彩超检查, 虽然彩超图像不甚不典型, 但CTA及DSA支持诊断。本病例采用选择性动脉栓塞术+宫腔镜电切术治疗, 先栓塞病灶的供血动脉, 而后将残余病灶切除, 以防止术中操作引发子宫大出血, 切除病灶的同时最大程度保留患者生育功能, 是一种有效的治疗方法。

综上所述, 近年来我国人工流产率较高, 同时国家生育政策调整, 放开二胎、三胎生育, 多次怀孕、多次剖宫产术的孕妇逐年增多, 子宫动静脉瘘也逐渐在临床上多见。子宫动静脉瘘的临床表现程度不一、治疗方法、指征和临床结局存在差异, 严重者可危及生命。因此提高对子宫动静脉瘘认识及处理能力, 及早确诊、评估血管畸形情况、供血动脉及引流静脉情况, 对防止不良预后及保留患者生育能力具有重要意义。

参考文献

- [1] O'BRIEN P, NEYASTANI A, BUCKLEY A R, et al. Uterine arteriovenous malformations: from diagnosis to treatment. [J]. J Ultrasound Med, 2006, 25 (11): 1387-1392.
- [2] 徐硕, 李长东. 不全流产继发子宫动静脉瘘16例临床分析[J]. 中国计划生育学杂志, 2021, 29 (10): 2101-2104.
- [3] 黎静. 多层螺旋CT和超声检查对人工流产后子宫动静脉瘘的临床价值[J]. 医学影像学杂志, 2019, 29 (2): 337-340.
- [4] 贾柠伊, 刘佳, 李坚. 子宫动静脉瘘诊断及治疗现状进展[J]. 中国妇产科临床杂志, 2019, 20 (6): 571-573.
- [5] 龙晚生, 胡茂清, 黄列彬, 等. 腹盆腔动静脉瘘的MSCT诊断[J]. 中国CT和MRI杂志, 2014, 12 (1): 98-100.
- [6] 陈奇, 邱水波, 周汝明, 等. 子宫动静脉瘘——附2例报告及文献复习[J]. 罕少疾病杂志, 2004 (4): 42-44.

(收稿日期: 2022-11-22)

(校对编辑: 韩敏求)