

子宮肌腺症的手術治療

許沛揚 吳孟興

成大醫院婦產部

子宮肌腺症特指子宮內膜的組織異位出現在子宮肌肉層中，並造成病灶周圍的肌纖維增生，為一良性的病變。其所造成的主要症狀包括腫大的子宮、經痛以及異常的子宮出血。許多證據顯示，子宮肌腺症也與不孕症有相當的關係。治療的方式端視病患的疾病嚴重程度以及對於子宮保留的態度。子宮全切除目前仍是治療子宮肌腺症最有效的治療方式，同時也是確診子宮肌腺症的一個手段。然而對於仍想保留子宮，或甚至有生育考量的患者，當藥物或非侵入性治療無法達到適當的療效時，局部切除子宮肌腺症的手術便成為一個重要的治療方式。本文擷取翻譯 Current Opinion in Obstetrics and Gynecology 於 2012 年所刊一文『Update on the surgical management of adenomyosis』，旨在討論目前對於子宮肌腺症的手術治療，有哪些選項可供選擇，至於孰優孰劣，何時使用何種手術最恰當，自是一門藝術，希望各位讀者在瀏覽過本文後，能對這門藝術有進一步的領會。

首先要討論的是較根本的治療方式：子宮全切除手術。對於子宮肌腺症的患者，目前的專家建議認為應盡量執行子宮全切除手術，而不要保留子宮頸（次全子宮切除手術），主要的目的是要避免在剩餘的子宮頸或直腸及陰道間出現復發的子宮肌腺症。

手術的方式很多，有傳統經腹式的手術，或經陰道，或是利用腹腔鏡協助的手術。手術方式的選擇取決於多項元素，包括：子宮的大小，是否合併其他骨盆腔病灶，及執刀醫師的經驗等等。目前普遍認為經陰道子宮全切除手術相對於傳統開腹有較少的併發症及較快的術後恢復。值得注意的是，在過去的研究中發現，經陰道子宮全切除手術用於治療子宮肌瘤或是子宮肌腺症，在子宮肌腺症的患者有較高的機會發生膀胱損傷。推測其主因可能與子宮肌腺症同時合併的骨盆腔沾黏，使手術視野（尤其子宮及膀胱的交界）不清有關。腹腔鏡協助式經陰道全子宮切除術具有協助沾黏剝離的好處，對於手術時分離膀胱及子宮也有幫助，但要小心的是，在腹腔鏡協助式的子宮切除手術中，可能有較高的機會發生輸尿管的損傷。近期的發展則有單一切口（肚臍周圍）的腹腔鏡全子宮切除手術，不失為一種選擇。

除了治本的子宮全切除手術外，當患者因為各種原因希望保留子宮時，婦產科醫師的挑戰也隨之而來。以下就以保留子宮這項艱鉅的任務為前提，提出可的手術治療方式。首先要談的是利用子宮腔鏡手術進行燒灼及切除。手術性的子宮腔鏡可以用以切除有子宮肌腺症變化的息肉（約佔所有子宮內膜息肉的 1.3%）。子宮腔鏡手術進行內膜的燒灼可以減少因為子宮肌腺症所帶來的經血過多的症狀，除了傳統使用子宮鏡的燒灼外，目前已有許多新一代的（無須經由子宮鏡的）內膜燒灼方式可供患者做選擇。在今年八月的考科藍實證醫學資料庫也更新了相關的資訊，比較了新一代的內膜燒灼與子宮鏡式的內膜燒灼對於治療經血過量的效果，大體上認為兩者的療效或病患對治療的滿意度並沒有明顯差異，但新一代的內膜燒灼確實提供了一些好處，包括：較短的手術時間，

有較高的機會可以藉由局部麻醉完成手術，有較低的機會發生輸液過量、子宮穿孔、子宮頸裂傷及子宮腔內積血。

子宮肌腺症的深度對於使用燒灼術治療是否成功有相當大的影響。對於淺層的子宮肌腺症（侵入小於 2 mm），燒灼術可以有效的減少月經出血量。當子宮肌腺症的範圍超過 2 mm 時，燒灼術的幫助有限，而患者大多需要進一步的治療，例如子宮切除。若試圖使用子宮鏡切除較深部的子宮肌腺症的患部，容易因為觸及到走在子宮肌肉層（一般位於子宮肌肉層 5 mm 深處）的豐沛血管（尤其動脈）而導致出血量的增加。過去的研究也指出，對於燒灼術治療失敗（症狀持續或復發）最後需要接受子宮全切除手術的患者，有八成的子宮檢體最後發現存在這種深部的子宮肌腺症。

過去也有研究試圖比較在患者接受子宮鏡手術之前若先給予六到八週的性腺激素釋放素抑制劑（GnRH agonist），試圖探討增加的術前治療能否有更好的治療效果。結果發現，有接受術前治療的患者平均的子宮鏡手術時間較短，也較少出現輸液不平衡的現象，然而整體而言，在經過五年的追蹤後，不論是否接受過術前藥物治療，其治療的成效並沒有明顯差異。

除了燒灼手術這種症狀治療的方式外，進一步可能可以考慮的便是子宮肌腺症或肌腺瘤的切除手術。此類手術的作法即是切除被子宮肌腺症影響到的子宮肌層。這種減積手術可以藉由傳統剖腹或腹腔鏡的方式加以施行，端視子宮肌腺症影響的範圍和所在的位置決定。腹腔鏡手術的困難處主要在止血及在無法碰觸子宮的狀況下去評估子宮肌腺症的範圍，因此，侷限於局部的肌腺症或子宮肌腺瘤因為特性與子宮肌瘤較類似，較適合腹腔鏡的操作。對於接受此類手術的患者，過去的統計發現約有八成的患者在術後六個月內有症狀上的改善，然而，在追蹤至兩年時僅剩六成的患者還維持著療效。

開腹式的切除手術目前仍是主流，傳統手術的內容類似於子宮肌瘤切除手術。目前也有一些學者提出了較新穎的手術技巧，例如對於侷限性的子宮肌腺瘤做「Transverse H technique」（參見附圖一）。根據學者的報告，「Transverse H technique」術後相較於傳統的手術，患者術後症狀上的改善可能較佳，但是因為該篇報告病例數量過少，是否確實有較佳的療效仍有待進一步的研究證實。

除了手術之外，手術後合併使用 GnRH analogue 對於患者的預後也有影響。在術後有接受六個月的 GnRH analogue 治療的患者，有較低的症狀復發率；至於對未來的懷孕機會及活產率，是否有使用 GnRH analogue 並沒有影響。

過去也有報告使用腹腔鏡的手術切除侷限於局部的子宮肌腺症，手術的方式與腹腔鏡子宮肌瘤切除手術類似，手術的過程中亦可使用 Vasopressin 以降低出血量。由於子宮肌腺症之部位與周邊組織界線不清，手術確實有相當的難度。有學者提出了利用特殊的腹腔鏡子宮縫合方式以降低手術的出血（參見附圖二），對於使用腹腔鏡治療子宮肌腺症似乎有不錯的效果，且在術後也有患者成功懷孕，方法值得參考。此外，也有個案報告成功使用達文西機械手臂輔助切除侷限型的子宮肌腺症，不失為未來的可能趨勢。

對於瀰漫性的子宮肌腺症，手術方式更加困難。有學者提出幾種沿著子宮腔做大範

圍的減積手術的方式（參見附圖三、四），尤其 Dr. Osada 提出的子宮重建方式，報告有 104 位患者接受此一手術，僅有 4 位患者於術後兩年內有症狀的復發，其他的患者都有明顯症狀上的改善，值得注意的是，這些患者中共有 26 位希望能夠懷孕，而有 16 位（61%）如願以償，算是相當不錯的成果。當然子宮接受過如此廣泛的手術，若術後懷孕，需特別注意妊娠期間子宮破裂的風險。目前已有多篇的個案報告，從第一孕期到第三孕期都有自發性子宮破裂的案例。破裂的主因，目前認為是殘餘的子宮肌腺症長在手術過的子宮瘢痕組織中，而在懷孕期間因為蛻膜化（Decidualization）而使局部組織變得脆弱而破裂。值得再三強調的是，對於接受過子宮肌腺症切除手術的患者若於術後懷孕，吾人必須將子宮破裂這個診斷牢記在心，小心注意。

時至今日，子宮肌腺症的手術治療仍是婦產科醫師的一大挑戰，術前審慎的評估肌腺症或肌腺瘤的範圍以及與病患詳加的討論，了解患者對於手術的期待並使患者了解手術可能帶來的好處與壞處，仍是達到最大療效的不二法門，對於子宮肌腺症的非手術性治療方式，雖不在本文的討論範圍，但提供患者此類的資訊，並將手術置於較後線的治療，仍是目前的治療主流。

主要參考文獻：Pepas L, Deguara C, Davis C. Update on the surgical management of adenomyosis. Curr Opin Obstet Gynecol. 2012 Aug;24(4):259-64.

作者簡介：

許沛揚 醫師

現任：成大附設醫院婦產科主治醫師

美國約翰霍普金斯大學公共衛生碩士

吳孟興 醫師

現任：成大附設醫院婦產部主任

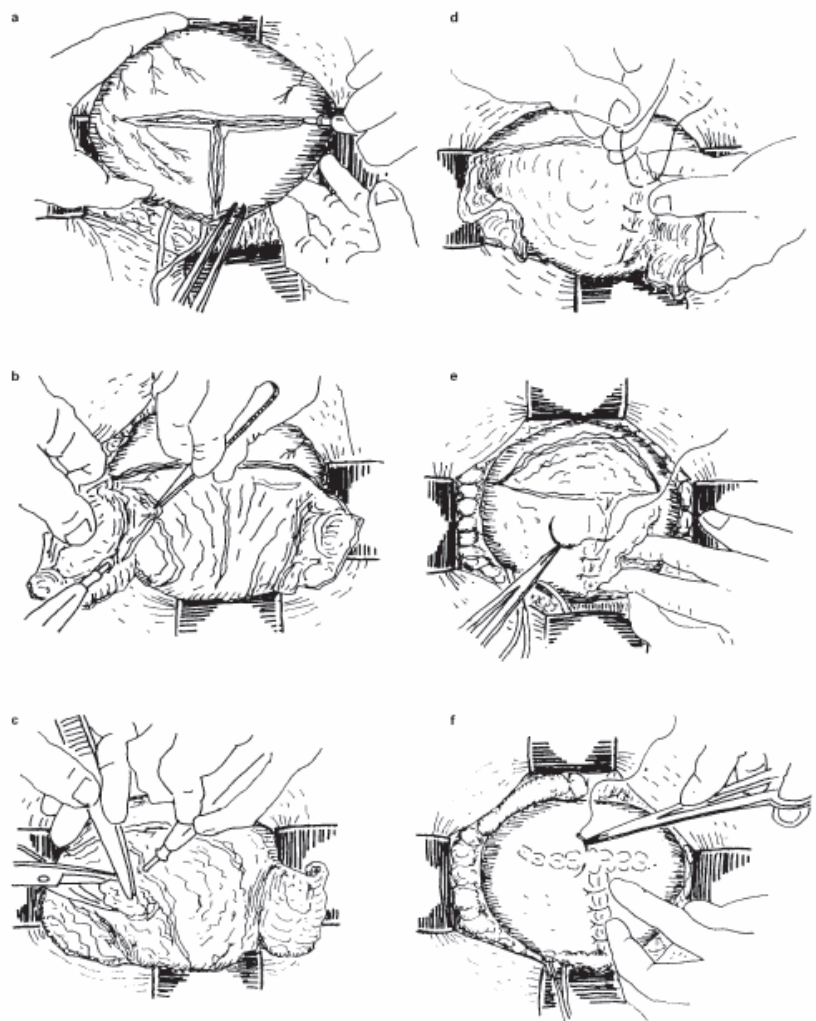
成大附設醫院婦產科副教授

成大附設醫院婦產部醫院生殖內分泌科主任

成功大學醫學院臨床醫學研究所博士

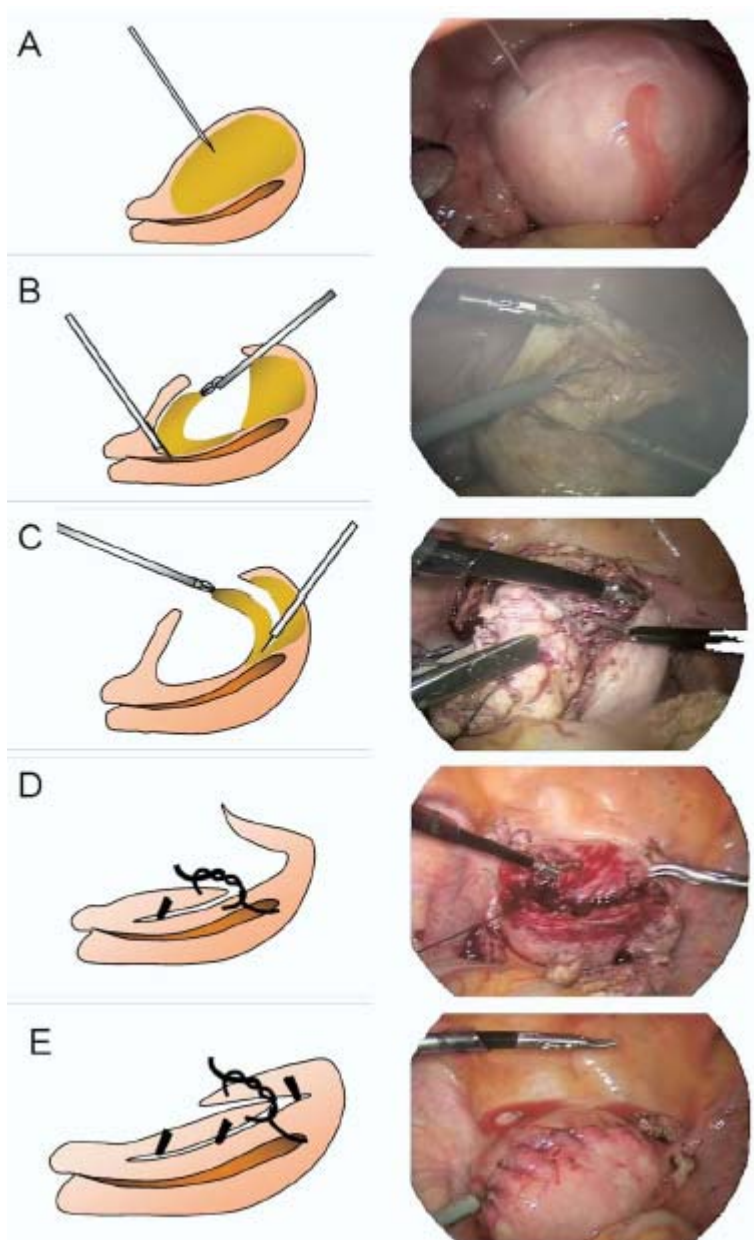
美國休士頓貝勒醫學院博士後研究

附圖一 『Transverse H technique』



Reference: Fujishita A, Masuzaki H, Khan KN, Kitajima M, Ishimaru T. Modified reduction surgery for adenomyosis. A preliminary report of the transverse H incision technique. Gynecol Obstet Invest. 2004;57(3):132-8.

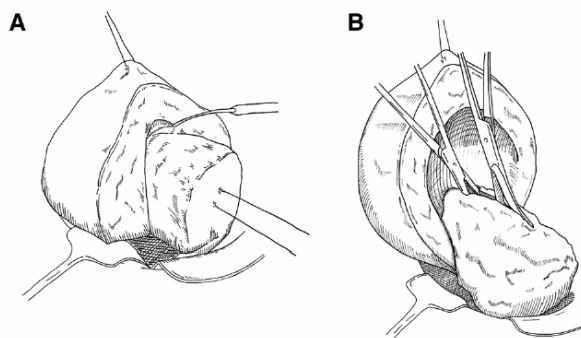
附圖二



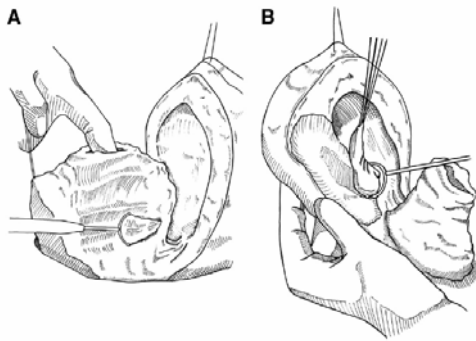
Reference: Takeuchi H, Kitade M, Kikuchi I, Shimanuki H, Kumakiri J, Kitano T, Kinoshita K. Laparoscopic adenomyomectomy and hysteroplasty: a novel method. J Minim Invasive Gynecol. 2006 Mar-Apr;13(2):150-4.

附圖三

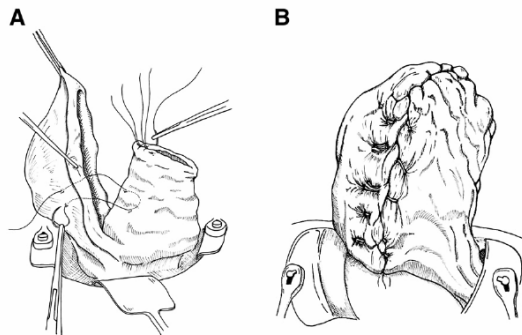
(A) Dissection of the uterus. (B) Opening of the uterine cavity.



(A) Excision of the inner side lesion. (B) Excision of the outer side lesion.



(A) Suture of the lesion. (B) Rejoining of the uterus.



Reference: Nishida M, Takano K, Arai Y, Ozono H, Ichikawa R. Conservative surgical management for diffuse uterine adenomyosis. *Fertil Steril*. 2010 Jul;94(2):715-9.

附圖四

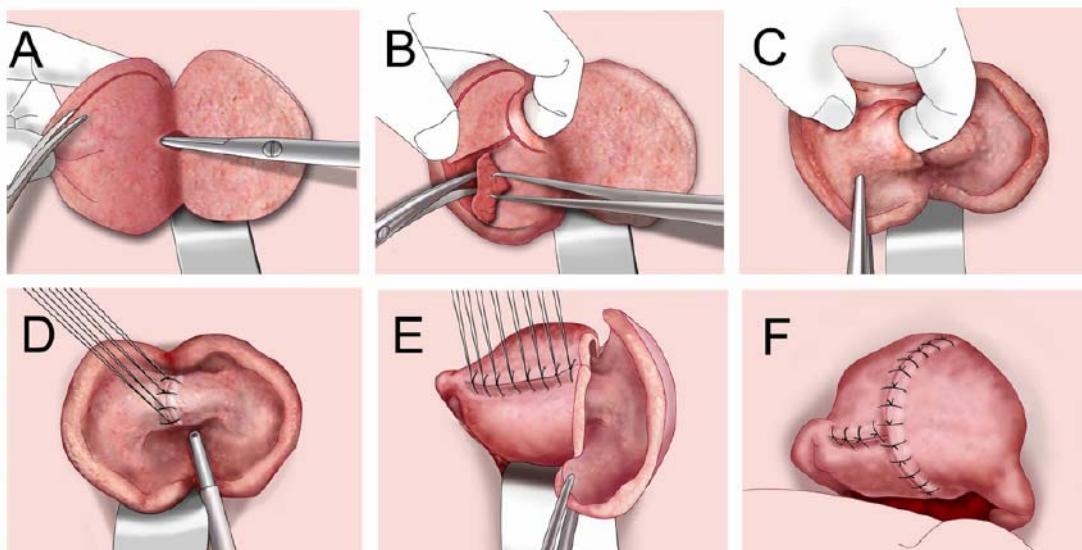


Figure 3 (A–F) Diagrammatic depiction of the stages of the triple-flap method.

Reference: Osada H, Silber S, Kakinuma T, Nagaishi M, Kato K, Kato O. Surgical procedure to conserve the uterus for future pregnancy in patients suffering from massive adenomyosis. *Reprod Biomed Online*. 2011 Jan;22(1):94-9