

## 3 月龄以下婴儿卵巢囊肿 34 例诊疗分析



王 睿 周崇高 李碧香 王海阳 许 光 邹婵娟 夏仁鹏

**【摘要】 目的** 探讨年龄 3 个月以下婴儿卵巢囊肿的诊疗方法。**方法** 2005 年 1 月至 2013 年 12 月我们收治 34 例年龄 3 个月以下婴儿卵巢囊肿, 回顾性分析其临床症状、住院时间、囊肿大小、包块性质、影像学检查特点、处理方式及术后病理检查结果。**结果** 34 例中, 1 例表现为黄染, 1 例为腹胀, 32 例表现为腹部肿块。住院时间 7~23 d。囊肿 <5 cm 者 5 例, 5~10 cm 者 24 例, >10 cm 者 5 例。2 例术后病理检查结果为卵巢黄素化卵泡颗粒细胞, 而术前 B 超检查提示 1 例为囊实性, 1 例为囊性; 5 例术后病理检查结果为卵巢浆液性囊肿, 而术前 B 超检查提示 2 例为混合性, 3 例为囊性; 20 例术后病理检查结果为单纯囊肿, 术前超声检查提示均为囊性; 2 例超声提示为囊肿病例未行病理检查。34 例中, 5 例予临床观察, 未予手术治疗, 13 例采取腹腔镜手术治疗, 16 例采取小切口手术治疗。29 例手术病例获治愈, 且随访无一例复发。**结论** 3 月龄以下婴儿卵巢囊肿无明显急腹症体征。腹腔囊性包块 >5 cm 者应予手术治疗, <5 cm 不能排除来源于卵巢其他部位者应予探查性手术治疗。

**【关键词】** 卵巢囊肿; 诊断; 外科手术; 腹腔镜检查; 婴儿

**Clinical analysis to 34 neonatal ovarian cysts.** WANG Rui, ZHOU Chong-gao, LI Bi-xiang, et al. Hunan Children's Hospital, Changsha 410007, China

**【Abstract】 Objective** To analyze the diagnostic methods and treatment principles of newborn (age < 3 months) with ovarian cyst. **Methods** From January 2005 to December 2013 34 newborn who aged lower than 3 months with ovarian cysts were included, Retrospectively analysed their clinical symptoms, in-hospital time, cyst size and nature, imaging diagnosis characteristics, treatment and postoperative results. **Results** 1 case showed skin yellowing, 1 case showed abdominal distension, 32 cases were found abdominal masses. In-hospital time were from 7 to 23 days. 5 cases had ovarian cyst size <5 cm. 24 cases had ovarian cyst between 5~10 cm. 5 cases showed ovarian cyst >10 cm. 2 cases were human luteinizing granulosa cells after operation. While preoperative ultrasound imaging showed 1 case had solid cyst, 1 case was cystic. 5 cases were diagnosed ovarian serous cyst through disease screening. Preoperative imaging showed 2 cases were mixed, 3 cases were cystic. 20 cases were simple cyst, while preoperative imaging were all cystic. Images showed the cyst in 2 cases, but without pathological examinations. 5 newborns with small tumor suggested clinical observation. 13 cases treated with laparoscopic surgery. 16 patients used small incision surgeries. 5 in 34 cases did not got operation. All 29 cases were got operation and cured without relapse. **Conclusions** Newborn (age < 3 months) ovarian cysts were all found abdominal mass, no obvious signs of acute abdominal pain. When abdominal cystic mass size >5 cm, it should undergone surgery treatment. When <5 cm can't rule out other parts ovarian cystic masses and should carry on the exploration surgical treatment.

**【Key words】** Ovarian Cysts; Diagnosis; Surgical Procedures, Operative; Laparoscopy; Infant

新生儿卵巢病理性囊肿是指最大直径 2 cm 以上的囊肿<sup>[1]</sup>。包括卵泡囊肿和卵巢囊肿, 二者根据肿块大小、临床症状和囊肿的超声特性来鉴别。病理性囊肿在胎儿和新生儿生理过程中会出现恶化迹象, 卵泡囊肿恶化的发生率为 90%, 卵巢囊肿恶化

的发生率为 20%~34%<sup>[1]</sup>。小婴儿卵巢囊肿较常见, 通常无症状, 多数自行消退。少数可引起症状, 如腹胀、肠道、泌尿道的阻塞、扭转和出血等, 甚至导致卵巢蒂扭转。对于必须治疗的小婴儿卵巢囊肿, 可以采用开腹或腹腔镜手术治疗<sup>[2]</sup>。我们应用上述两种方法治疗小婴儿卵巢囊肿, 疗效较好, 现报告如下。

资料和方法

一、临床资料

2005 年 1 月 1 日至 20013 年 12 月 31 日我们收治 34 例小婴儿(年龄 <3 个月)卵巢囊肿,年龄 1 ~ 83 d。足月剖腹产 18 例,早产 2 例,超月剖腹产 2 例,足月顺产 10 例,超月顺产 2 例。于产前(6 例)或产后(28 例)经临床及影像学检查,发现腹部肿块(32 例),腹胀(1 例),皮肤黄染(1 例)。囊肿 < 5 cm 5 例,5 ~ 10 cm 24 例, > 10 cm 5 例。2 例术后病理检查结果为卵巢黄素化卵泡颗粒细胞,术前 B 超提示 1 例为囊实性,1 例为囊性;5 例病理检查结果为卵巢浆液性囊肿,术前 B 超提示 2 例为混合性,3 例为囊性;20 例病理检查结果为单纯囊肿,术前 B 超均提示为囊性;2 例 B 超提示为囊肿未做病理检查,术中仅采取穿刺放液处理。34 例中,8 例术中发现卵巢囊肿蒂扭转并坏死,其内含有咖啡色不凝固血性液体,

二、治疗方法

患儿术前经临床、腹部 B 超及 CT 检查确诊后予手术治疗。5 例肿块较小者建议临床观察,未予手术治疗;13 例采取腹腔镜手术治疗;16 例行耻骨上旁开腹直肌外侧腹横纹小切口手术治疗。手术方式的选择主要依据卵巢囊肿的病理类型和大小,对复杂、巨大的囊肿采用开腹手术。

耻骨上旁开腹直肌外侧腹横纹小切口手术: ① 患儿取仰卧位,采用气管插管与静脉复合麻醉。② 做耻骨上旁开腹直肌外侧腹横纹小切口,拉开肌肉,打开腹腔。③ 探查病变卵巢。根据囊肿情况考虑是否做吸液处理。根据卵巢受累程度,行单纯囊肿剔除术、卵巢部分切除术或全部切除术,清理与其他盆腔器官粘连的囊肿。④ 探查对侧卵巢,若有异常情况进行恰当处理,腹腔探查无异常后常规关腹。⑤ 术后禁食 1 ~ 2 d,予静脉止血治疗。

腹腔镜手术: ① 麻醉后经脐部打孔,插入气腹针建立二氧化碳气腹,控制压力在 10 ~ 12 mmHg。② 探查腹腔。拔出气腹针之后,采用三孔操作法。经脐置入 3 mm 腹腔镜(德国 STORZ 公司),推开肠管行腔镜下双侧卵巢探查。探查内容包括:囊肿大小、活动与否、包块性质、边界、包膜、粘连、钙化等。处理囊肿液体。③ 手术时,对右侧卵巢囊肿自左中腹和左下腹切口刺入 Troca,左侧卵巢囊肿自右中腹和右下腹刺入 Troca 进行操作。用电凝钩沿囊肿壁

与正常卵巢组织和(或)肠管等粘连组织完全剥离囊肿,断离囊肿及坏死子宫附件,自脐部切口提出囊肿,依次缝合切口。④ 释放气腹,撤除腹腔镜操作器械,切口处贴创可贴。术后 12 h 内禁食,予止血治疗。开腹手术与腹腔镜手术范围详见表 1。

表 1 开腹手术和腹腔镜手术范围(例,n)

手术范围	腹腔镜手术 (n = 13)	开腹手术 (n = 16)	合计
囊肿开窗	4	2	6
囊肿剥除	12	8	20
切除患侧卵巢和/或附件	3	5	8
对侧卵巢和/或附件处理	3	2	5

三、随访方法

随访方式为电话随访或复诊,随访截止日期为本研究调查结束之日,即 2013 年 12 月 31 日,获随访 29 例,平均随访时间(8.3 ± 1.8)年。

结 果

34 例中,20 例卵巢囊肿仅行囊肿剔除术;1 例左侧卵巢呈囊肿样改变合并右侧输卵管及卵巢缺如,术中仅行囊肿穿刺放液。34 例中 5 例未行手术治疗。本组 29 例手术病例获治愈,随访 29 例,无一例复发,无一例因囊肿复发增大或扭转而再次治疗。

讨 论

新生儿卵巢囊肿最初的切除方法为开腹手术,最近腹腔镜切除卵巢囊肿逐渐发展起来。1995 年,范德<sup>[4]</sup>等报道了 2 例腹腔镜切除卵巢囊肿。1999 年,德克<sup>[7]</sup>等报道了 3 个 Trocar 行腹腔镜手术(5 mm trocar)。2002 年报道了通过 5 mm 脐下切口、2 个 Trocar 实施腹腔镜手术<sup>[8]</sup>。2007 年,有作者报道了腹腔镜辅助囊肿取出术<sup>[9]</sup>。Cesca E<sup>[5]</sup>等认为小婴儿卵巢囊肿直径大于 4 cm 时卵巢扭转和坏死的发生率较高,建议手术治疗。对直径小于 4 cm 的单纯性囊肿,肿瘤指标正常增高时,可以采取 3 ~ 6 个月的观察与保守治疗。但对于复杂的囊肿,通常卵巢已经扭转,新生儿卵巢扭转和梗塞会导致肠粘连和并发症,包括肠梗阻、泌尿道及卵巢静脉的压缩、囊肿破裂等<sup>[6]</sup>。复杂的囊肿超声检查呈囊性外观、回缩凝块,可活动或没有内部回声。

目前,较多病例术前难以明确囊性占位为卵巢囊肿。我们在术前诊断中,采用影像学检查以及实

实验室检查等方法提示各种囊肿占位,但不能明确诊断为卵巢囊肿。当具有手术指征时,手术即具有了一定的探查意义。当腹腔囊性包块  $>5\text{ cm}$  时应进行手术治疗,  $<5\text{ cm}$  不能排除来源于腹腔其他部位的囊性肿块时,应行探查性手术。如果术前明确诊断为卵巢囊肿,并囊肿大小、性质,这对手术与否以及手术入路和方法具有重要意义。术前是否明确诊断为卵巢囊肿对于手术与否、手术入路与方法没有明显影响。我们采用的  $3.0\text{ mm}$  腹腔镜容易使用,因婴儿小,更大的腹腔镜( $5\text{ mm}$  或  $10\text{ mm}$ )可能导致腹腔操作困难。若良性囊肿直径大于  $10\text{ cm}$ ,则先用吸引器吸尽、电凝钩放出或注射器抽出囊腔内液体后再行手术。或囊肿切除后,于腹腔内吸出囊腔内液体再将囊肿提出腹腔。

腹腔镜手术治疗小婴儿卵巢囊肿需注意以下事项:①腹腔镜手术前必须确定卵巢囊肿有无穿破、扭转,囊肿是否恶性。②遇到与卵巢接触面小的囊肿,可以剪开囊肿包膜采用钝性分离。③囊壁薄时,以血管钳分别钳夹囊壁及卵巢皮质并反方向扭脱,剥除囊肿,卵巢自行内卷。④电凝须选择囊肿包膜表面无血管区,深达囊壁,边分离边切割。⑤切割后卵巢创面止血,缝合或不缝合,用生理盐水冲洗,吸尽。⑥剥离过程中肿瘤穿破时,需反复冲洗后继续剥离。⑦如卵巢已坏死或缺如,应通知家属签署知情同意书后,对坏死卵巢行卵巢切除术。

低于 6 月龄婴儿卵巢囊肿主要表现为无特异性的腹胀和(或)腹部包块,判断卵巢囊肿有无蒂扭转是治疗的关键<sup>[2,6]</sup>。临床上婴儿卵巢囊肿还需与以下疾病进行鉴别<sup>[3-5]</sup>:①卵泡囊肿:术前不易鉴别,可手术时进行鉴别。②胆总管囊肿:CT 扫描显示十二指肠肠曲扩张、转位。③囊肿型肠重复畸形:肿块小,囊壁厚。邻近肠管变形。④肠系膜囊肿:与腹膜或肠系膜关系紧密,多位于下腹肠管间。

在小婴儿卵巢囊肿大小、手术条件相同的条件下,腹腔镜手术较传统开放手术为优。但当卵巢囊肿较大,腹腔镜治疗无把握时,则以开放手术为佳。开腹手术应用广泛,易于执行。根据目前的技术水平,开放手术有其明显优势,即可以对腹腔镜难以治疗的卵巢囊肿行手术,尤其适用于较大的卵巢囊肿或恶性卵巢囊肿。我们采取耻骨上旁开腹直肌外侧腹横纹小切口手术,在保证手术完成的前提下尽可能减少创伤。对血运完全恢复、颜色改善明显、发病时间在 3 d 以内及无继发感染、无明显粘连和腹膜转移结节的小婴儿,选择保留卵巢的囊肿切除术;对

存在严重缺血、组织坏死的患儿,行附件切除术<sup>[3]</sup>。但传统开腹手术术中易损伤输卵管及输卵管伞,引起继发性不孕及异位妊娠,且腹腔手术干扰大,并发症多。

无论开腹治疗或腹腔镜手术治疗小婴儿卵巢囊肿,预后均良好。随着对卵巢囊肿病理生理的认识和腹腔镜技术应用,开腹手术率下降了  $11\%$ <sup>[3]</sup>。小婴儿卵巢囊肿手术干预原则:①检查时发现腹部包块,无明显急腹症体征,良性,腹腔囊性包块大小  $>5\text{ cm}$  时应手术治疗,  $<5\text{ cm}$  不能排除来源于腹腔其他部位的囊性肿块应行探查性手术。②尽可能完整剥除囊肿,保留较多的卵巢组织;尽可能采用腹腔镜等微创手术。③切除卵巢及附件需慎重。囊肿越大,越易造成扭转及卵巢坏死。本研究的局限在于手术治疗样本量小,难以分析统计学意义。

## 参考文献

- 1 Ak1n MA, Ak1n L, Özbek S, et al. Fetal-neonatal ovarian cysts-their monitoring and management: retrospective evaluation of 20 cases and review of the literature[J]. J Clin Res Pediatr Endocrinol, 2010, 2(1): 28-33.
- 2 Ichikawa M, Akira S, Mine K, et al. Evaluation of laparoscopic single-site gynecologic surgery with a multitrocar access system[J]. J Nippon Med Sch, 2011, 78(4): 235-240.
- 3 蒋志慧,董蓓,张虹,等. 儿童功能性卵巢囊肿并性早熟 1 例[J]. 临床小儿外科杂志, 2012, 11(1): 79.
- 4 Van der Zee DC, van Seumeren IG, Bax KM, et al. Laparoscopic approach to surgical management of ovarian cysts in the newborn[J]. J Pediatr Surg, 1995, 30(1): 42-43.
- 5 Cesca E, Midrio P, Boscolo-Berto R, et al. Conservative treatment for complex neonatal ovarian cysts: a long-term follow-up analysis[J]. J Pediatr Surg, 2013, 48(3): 510-515.
- 6 李凯,翟晓文,姚伟,等. 107 例儿童卵巢囊性肿块的临床特征和治疗分析[J]. 中华小儿外科杂志, 2012, 33(11): 835-837.
- 7 Decker PA, Chammas J, Sato TT. Laparoscopic diagnosis and management of ovarian torsion in the newborn[J]. JSLS, 1999, 3(2): 141-143.
- 8 Tseng D, Curran TJ, Silen ML. Minimally invasive management of the prenatally torsed ovarian cyst[J]. J Pediatr Surg, 2002, 37(10): 1467-1469.
- 9 Prasad S, Chui CH. Laparoscopic-assisted transumbilical ovarian cystectomy in a neonate[J]. JSLS, 2007, 11(1): 138-141.