·短篇论著·

骶前囊肿 1 例诊治体会

吴方[1]，段丽君[1]，代少华[2]，邵雨萍[1]
1. 湖北医药学院附属武汉市江夏区第一人民医院妇科，湖北 武汉 430200；2. 湖北医药学院附属武汉市江夏区第一人民医院胃肠外科，湖北 武汉 430200

［摘要］ 骶前囊肿是位于骶尾骨与直肠之间的囊性或囊实性肿块，与骶尾骨筋膜、直肠及肛门括约肌等盆底组织关系密切，多数为良性疾病。骶前囊肿早期一般无任何症状，当囊肿逐渐增大压迫周围邻近脏器或组织时出现相应压迫症状，直肠指检易发现，确诊需行超声、CT、磁共振成像等影像学检查，经充分评估后确定手术方案及手术入路，术中主动减压使囊肿体积变小有助于囊肿暴露和完全切除。该文报告 1 例经腹入路骶前囊肿切除术的诊治经过，为类似病人诊治提供临床参考。

［关键词］ 骶前囊肿；临床诊治；盆腔
［中图分类号］R735.3　［文献标识码］A　**DOI**：10.3969/j.issn.1003-5591.2025.06.015

骶前囊肿是发生在骶前间隙的囊性肿物，多数为良性疾病，好发于中年女性[1]。骶前间隙为直肠与骶骨之间的间隙，前方为直肠，后方为骶尾骨，骶前囊肿通常起病隐匿，50%病人早期无明显症状，随着囊肿增大，出现便秘、肛门坠胀、排尿困难等压迫症状而就诊。部分病人因为发生囊肿继发感染而出现肛门流脓、瘘管、窦道等临床症状，易误诊为肛周脓肿[2]、肛瘘等，治疗效果不佳、无法根治[3]。湖北医药学院附属武汉市江夏区第一人民医院 2024 年 5 月收治 1 例骶前囊肿病人，现报道如下。本研究已获得湖北医药学院附属武汉市江夏区第一人民医院伦理委员会的批准（审批号：2024K11）。

临床资料

病人：女性，35 岁，因“停经 2 个月，B 型超声发现盆腔肿物 1 d”于 2024 年 5 月 18 日入院。现病史：病人平素月经规律，5 d/30 d，量中，无痛经；末次月经 2024 年 3 月 18 日，行经如常；停经后无不适。门诊子宫附件彩色多普勒超声检查提示“子宫后方低回声包块（11.3 cm×9.3 cm），左侧卵巢囊肿（4.6 cm×3.8 cm）”。既往史：已婚未育，孕 0 产 0；20 年前在外院行盆腔手术（具体不详）。体格检查：下腹平软，耻骨联合上可见一 10 cm 纵直陈旧性瘢痕。妇检：外阴发育正常，已婚未产型，阴道畅，壁光滑，宫颈暴露困难；子宫前位，受包块压迫向右前方移位，无压痛，子宫后方可扪及巨大包块约 12 cm×10 cm；双侧附件未扪及；三合诊扪及该巨大包块位于直肠后方，质中，活动度差，无压痛。辅助检查：血清人绒毛膜促性腺激素结果正常，血肿瘤标志物结果均正常，心电图、胸片、血尿常规、凝血功能、肝肾功能未见异常。盆腔 CT 提示：（1）盆腔内（直肠后方）囊性为主占位性病变 10.2 cm×10.2 cm×9.3 cm（左右径×前后径×上下径）；（2）双侧附件区异常信号，考虑卵泡或卵巢囊肿（图 1）。盆腔磁共振成像提示：（1）盆腔内占位性病变（直肠后方），大小为 10.2 cm×10.2 cm×9.3 cm（左右径×前后径×上下径）；（2）双侧附件区异常信号，考虑卵泡或卵巢囊肿（较大者大小约 35.8 mm×27.4 mm）；（3）双侧腹股沟区及双侧髂血管旁小淋巴结增多；（4）第 5 骶椎、第 1 尾椎骨髓水肿，双侧髋关节腔积液（图 2）。术前诊断：（1）盆腔肿物性质待查，卵巢肿瘤？骶前囊肿？（2）卵巢囊肿。

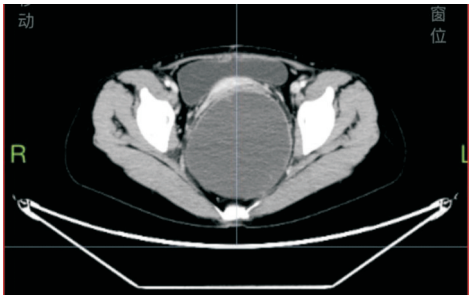


图 1　盆腔肿物性质待查病人术前盆腔 CT

在完善检查后，我们邀请了病理科、脊柱外科、肛肠科、胃肠外科、放射影像科、超声影像科、肿瘤内科进行多学科会诊，制定了开腹手术方案。2024 年 5 月 21 日为病人行剖腹探查术。手术步骤：病人取膀胱截石位，常规消毒

作者简介：吴方，主治医师，主要从事妇科肿瘤研究，Email：309286589@qq.com
通信作者：段丽君，Email：2642128466@qq.com

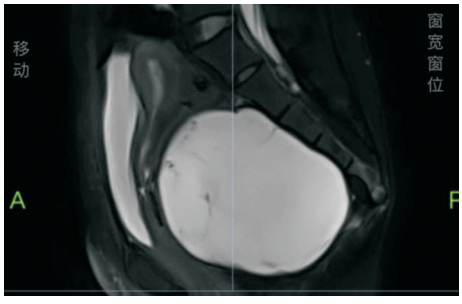


图2　盆腔肿物性质待查病人术前盆腔磁共振成像

铺巾，取下腹正中切口，切除原有切口瘢痕组织，放置切口保护套，探查盆腹腔，见大网膜、肠管与子宫及左侧附件致密粘连，分离粘连后，暴露盆腔，见子宫稍小，左侧输卵管及卵巢粘连包裹形成包裹性积液，分离粘连，清除包裹性积液，恢复正常解剖后见双侧卵巢均小于正常，双侧输卵管未见明显异常，打开左侧后腹膜，分离直肠与骶尾骨间隙，触及一大小为 13 cm×12 cm×10 cm 囊性包块（图 3A），包块下极位于右侧坐骨直肠窝，囊肿边界清晰，钝锐性分离囊肿与周围间隙，因包块过大，无法完整取出，切开囊壁，吸出大量胶冻装组织，缝扎切口，以超声刀切除囊壁与相邻的骶尾部筋膜，骶前血管以 Hem-o-lok 夹钳夹后切断，完整切除囊肿（图 3B），检查囊壁完整，无残留（图 3C），聚维酮碘盐水冲洗盆腹腔，直肠后间隙填塞明胶海绵和可吸收止血纱，在直肠后间隙放置引流管，经肛门放置肛管并固定。检查盆腹腔无明显出血，清点纱布器械无误，常规关腹。

手术时间 228 min，术中失血约 400 mL。术后给予禁食水、抗感染、止血、营养支持治疗，并输注红细胞 2 单位。术后第 1 天腹腔引流管少许暗红色血迹，肛管少许黄绿色引流液。术后 24 h 拔除尿管下床活动，术后第 2 天肛门排气。术后第 6 天拔除肛管，术后第 9 天拔除腹腔引流管，术后第 10 天间断拆线后出院。术后病检结果提示：（盆腔肿物）结合临床，符合腹膜后黏液性肿瘤，经广泛取材，未发现明确交界性成分（图 4）。免疫组化示：CK7（＋），CK20（＋），CDX-2（＋），SATB2（＋），PAX-8（-），ER（-），PR（-），WT-1（-），HER-2（-），P53（＋，野生型），Ki-67（Li 约 30%），P16（-）。

病人随访：（1）本例术后病检提示黏液性囊腺瘤，虽为良性疾病，但是因为病人 20 年前曾行盆腔手术（具体不详），本次囊肿发生是否与既往手术相关，目前也无法证实，考虑黏液性囊腺瘤有盆腔播散种植可能，术后需密切随访。（2）病人 34 岁，未生育，术后需检查性激素及抗缪勒管激素，监测排卵，必要时辅助生殖，及早完成生育。

讨　论

多数研究者认为[4]，骶前囊肿起始于胚胎发育期，由未完全退化的原始胚胎结构构成，主要包括尾肠、神经肠管和原条。骶前囊肿分为良性和恶性两大类型，良性较恶性多见。根据组织病理学特征和起源主要分为表皮样囊肿、皮样囊肿、肠源性囊肿、神经管原肠囊肿和畸胎瘤等多种类型。多数骶前囊肿病人无特异性临床表现[5]，部分病人有盆腔脏器及神经受压症状，表现为下腹坠胀、尿频尿急、里急后重、排便困难、下肢会阴部感觉异常及习惯性流产等。骶前囊肿术前首选磁共振成像检查[6]。磁共振成像能够准确定位囊肿上极，清楚显示囊肿与周围重要器官、血管的关系，还能识别囊肿内不同成分，根据不同成分的含量呈现不同的信号特点，有助于鉴别不同类型的囊肿及其他病变。骶前囊肿需要与卵巢囊肿、肛周脓肿、骶前神经源性肿瘤、直肠间质瘤等疾病鉴别。术前需要多学科会诊明确诊断，制定合理的手术方案。

骶前囊肿明确诊断后，以手术切除为主，手术方式根据肿瘤大小选择合适的手术入路[7]。手术入路有 3 种：（1）经会阴入路[8]——用于囊肿体积小、囊肿上极低于 S4 水平，能够耐受 S4、S5 椎体切除的病人；（2）经腹入路[9]——腹腔镜骶前囊肿切除用于初治、与骶尾部及直肠壁间隙疏松、未越过骶骨后方的骶前囊肿，开腹骶前囊肿切除用于既往有开腹手术史、腹腔严重粘连分离困难、经会阴入路切除困难、位置较高的囊肿病人；（3）腹会阴联合入路[10]——用于体积大、囊肿上极高于 S4 水平、下极与骶尾部关系密切的骶前囊肿。本例骶前囊肿体积较大，上极达到 S2 水平，下极达到坐骨直肠窝水平，且既往有开腹手术史，故术前制定手术方案时选择开腹骶前囊肿切除术，必要时联合会阴切口。

基于该病例的诊疗，笔者总结了以下几点手术操作要点。（1）术中彻底切除骶前囊肿囊壁及与其关系密切的骶尾部筋膜，囊壁必须完整或完全切除，如果残留，则会导致囊肿复发[11]。（2）术中注意遵守无瘤原则，尽可能保持囊肿的完整性，即使囊肿过大，术中需要吸出囊肿内容物减压，也需在周围以纱布垫隔离，防止囊液外流。（3）术中注意止血，避免损伤骶前血管，引起不可控制的骶前大出血[12]，可以超声刀逐步切除，如遇明确的血管，可以 Hem-o-lok 钳夹血管后切除。



图3　盆腔肿物性质待查病人剖腹探查术术中后病理　A. 分离粘连，暴露囊肿；B. 囊壁及囊内容物；C. 完整剥除囊肿后

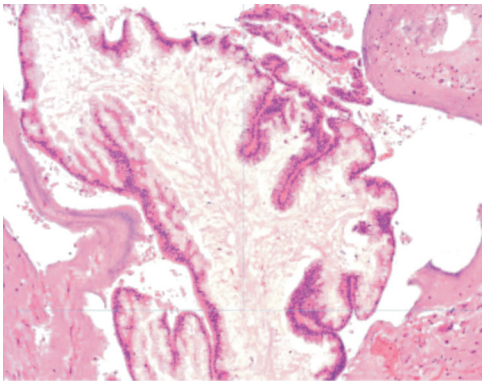


图 4　盆腔肿物性质待查病人病理检查结果（苏木精-伊红染色，×100）

（4）防止直肠损伤：①术前要做好肠道准备，万一术中损伤肠管，可以一期修补；②术中注重解剖，分离直肠与骶尾骨间隙时要保护好直肠，避免分离时损伤，使用超声刀等能量器械时注意防止热损伤；③术后留置肛管，禁食，减轻直肠压力，防止术后出现直肠瘘。（5）防止输尿管损伤：因本例囊肿较大，占据整个盆腔，在分离囊肿与周围间隙时，双侧输尿管紧贴囊肿，如果解剖不清，极易损伤。（6）注意保护子宫及卵巢，因本例病人既往有盆腔手术史，盆腔形成致密粘连，而且病人未育，子宫及双侧卵巢都较小，生育本就相对困难，所以术中要注意保护子宫及卵巢，不能钳夹子宫及输卵管卵巢，分离卵巢周围粘连时，注意卵巢功能的保护，尽量避免电凝卵巢，如有出血，可缝合止血。

骶前囊肿临床少见，具体发病率未见报道，大多数医院由结直肠外科接诊治疗，本例病人首诊在妇科，因病人术前检查同时合并有卵巢囊肿，既往有盆腔手术史，所以术中由胃肠外科与妇科联合手术，在保留卵巢功能，避免输尿管损伤、避免肠道损伤、避免骶前大出血、避免肿瘤破裂等方面，2个科室发挥各自优势，完整切除肿瘤，术后加强肠道外营养，没有出现肠瘘、腹腔感染等并发症，病人如期康复出院。

利益冲突　所有作者均声明不存在利益冲突

参　考　文　献

[1] Dahan H, Arrivé L, Wendum D, et al. Retrorectal developmental cysts in adults: clinical and radiologic-histopathologic review, differential diagnosis, and treatment[J]. Radiographics, 2001, 21(3): 575-584. DOI: 10.1148/radiographics.21.3.g01ma13575.

[2] 程跃，周晋. 骶前囊肿误诊为肛周脓肿1例[J]. 临床合理用药杂志，2013，6(35)：144. DOI：10.15887/j.cnki.13-1389/r.2013.35.119.

[3] 易汪洋，刘金林，朱睿. 成人骶前囊肿再手术10例临床分析[J]. 临床误诊误治，2012，25(3)：94-96. DOI：10.3969/j.issn.1002-3429.2012.03.049.

[4] 海峡两岸卫生交流协会肿瘤防治专家委员会，中国医师协会结直肠肿瘤专业委员会脏器联合切除与质量控制学组. 骶前囊肿规范化诊疗中国专家共识[J]. 中华肿瘤杂志，2021，43(10)：1034-1042. DOI：10.3760/cma.j.cn112152-20210820-00629.

[5] 姬慧茹，张书信，高静，等. 骶前囊肿诊疗32例分析[J]. 中国临床医生杂志，2021，49(3)：321-323. DOI：10.3969/j.issn.2095-8552.2021.03.022.

[6] 韦骏，文小军，孙嗣麒，等. 骶前尾肠囊肿的磁共振影像表现[J]. 海南医学，2023，34(3)：384-387. DOI：10.3969/j.issn.1003-6350.2023.03.020.

[7] 王刚成，王聪，王有财，等. 骶前囊肿切除的多种手术入路与解剖[J]. 中华解剖与临床杂志，2023，28(6)：419-422. DOI：10.3760/cma.j.cn101202-20221017-00315.

[8] 张国强，王刚成，张燕，等. 截石位经会阴横弧形切口手术入路在完全切除骶前囊肿术中的应用价值[J]. 中华消化外科杂志，2023，22(6)：762-768. DOI：10.3760/cma.j.cn115610-20230402-00144.

[9] 施晨成，马君俊，陆爱国，等. 经腹路径腹腔镜巨大骶前囊肿切除术（附1例报告）[J]. 外科理论与实践，2012，17(5)：499-500. DOI：10.3969/j.issn.1007-9610.2012.05.024.

[10] 闫梓乔，周继点，易黎，等. 巨大骶前囊肿的外科诊治（附1例报告）[J]. 外科理论与实践，2020，25(1)：77-78. DOI：10.16139/j.1007-9610.2020.01.017.

[11] 姜洋，李博，李海. 骶尾旁入路治疗复发性骶前囊肿1例[J]. 中国老年学杂志，2011，31(14)：2757-2758. DOI：10.3969/j.issn.1005-9202.2011.14.075.

[12] 刘金林. 成人骶前囊肿的临床特点及外科处理[J]. 中国实用外科杂志，2003，23(12)：749-750. DOI：10.3321/j.issn：1005-2208.2003.12.021.

（收稿日期：2024-07-04）

（上接第489页）

[9] Antony A, Ravindran SK, Jayan NP, et al. Performing Median arcuate ligament release surgery in celiac artery compression syndrome: Insights from a tertiary care hospital[J]. J Minim Access Surg, 2024, 20(3): 318-325. DOI: 10.4103/jmas.jmas_402_23.

[10] Alnahhal KI, Tedesco A, Khan ZZ, et al. Median arcuate ligament syndrome: comparing the safety of open and laparoscopic management in a large cohort[J]. Ann Vasc Surg, 2023, 96: 215-222. DOI: 10.1016/j.avsg.2023.04.021.

[11] Volokitin M, Bergman A. Post-surgical Median arcuate ligament syndrome (MALS) symptom exacerbation treated with osteopathic manipulative treatment (OMT): a case report[J]. Cureus, 2024, 16(6): e61509. DOI: 10.7759/cureus.61509.

[12] Maréchal MT, Koliakos N, Papaconstantinou D, et al. Robotic Median arcuate ligament release: a video vignette[J]. J Minim Invasive Surg, 2024, 27(3): 181-183. DOI: 10.7602/jmis.2024.27.3.181.

（收稿日期：2024-10-06）