

## 专家共识

DOI: 10.19538/j.fk.2021060113

## 早中期妊娠合并卵巢肿瘤终止妊娠的中国专家共识

中华医学会儿科学分会

中国优生优育协会生育健康与出生缺陷防控专业委员会

关键词: 早中期妊娠; 卵巢肿瘤; 终止妊娠; 专家共识

Keywords: early-and mid-trimester pregnancy; ovarian tumor; termination of pregnancy; expert consensus

中图分类号: R719.3 文献标志码: A

妊娠合并卵巢肿瘤的发生率约为0.05%~2.4%,其中良性肿瘤约占95%~99%,交界性肿瘤约占1%~2%,恶性肿瘤约占1%~6%<sup>[1-7]</sup>。不同研究者所报道的早期妊娠合并卵巢肿瘤发病率差异较大(21.4%~75.7%)<sup>[5-7]</sup>,随着孕周增加,妊娠合并卵巢肿瘤的发生率呈逐渐下降趋势。妊娠期合并卵巢肿瘤虽较少见,当非意愿妊娠或医学原因需终止妊娠时,卵巢肿瘤会增加终止妊娠的手术风险及疾病管理的难度。故对于合并卵巢肿瘤的早期及中期妊娠的终止时机、方式、术后随访、避孕等问题存在争议。为加强规范管理,保证操作或手术安全,中华医学会儿科学分会联合中国优生优育协会生育健康与出生缺陷防控专业委员会组织专家,在结合计划生育技术服务临床实践基础上,参考国内外相关文献,编写本共识,供临床参考。而针对妊娠期合并卵巢肿瘤的临床处理可参考《妊娠期卵巢肿瘤诊治专家共识(2020)》<sup>[7]</sup>。

## 1 终止妊娠前准备

1.1 提供终止妊娠服务单位及医生资质 妊娠合并卵巢良、恶性肿瘤均属高危妊娠,拟终止妊娠时应全面评估卵巢肿瘤的性质、大小,是否可能存在生殖道梗阻、宫颈暴露困难,术中及术后出血的概率等,最终确定终止妊娠方式。建议在具有急救抢救条件、拥有完备的妇科肿瘤综合处理能力的医疗机构(含病理科及胃肠外科等相关专业)进行,手术医生应具有相关计划生育资质且经验丰富,推荐转诊至三级甲等医疗机构。

1.2 病史和体格检查 针对性地采集病史,重点关注相关症状和体征。(1)症状:卵巢生理性、良性肿瘤常无自觉症状,恶性卵巢肿瘤可伴有消瘦、腹胀或乏力等消耗症状。(2)既往病史及家族史特别是家族性肿瘤遗传易感倾向对鉴别已诊断的卵巢肿瘤性质具有重要的参考价值。(3)妇科检查:评判经阴道终止妊娠的可行性;子宫颈口可否充分暴露,经子宫颈进行宫腔操作是否受阻;子宫大小、屈度和卵巢肿瘤的大小、性质、活动度与周围器官组织有无粘

连、是否可能造成生殖道梗阻等。妊娠合并可疑卵巢恶性肿瘤者,借助双合诊或三合诊评估子宫体活动度以及卵巢肿瘤大小、活动度、有无周围器官受累等。(4)注意核对孕周,判别子宫大小与停经月份是否相符;中期妊娠者可使用Bishop评分法评估子宫颈成熟度。(5)拟诊卵巢恶性肿瘤患者,除常规妇科检查外,还需进行细致的全身体检,协助评价卵巢恶性肿瘤的期别<sup>[7]</sup>。

1.3 辅助检查 妊娠合并卵巢肿瘤患者除因扭转、破裂或继发感染等所致急腹症外,常缺乏特异性临床表现,多需借助辅助检查如影像学检查及肿瘤标志物检测等做出倾向性诊断,从而判断干预时机及终止妊娠方式。见表1。

1.3.1 彩色多普勒超声检查 彩色多普勒超声检查可准确提供肿瘤内部回声、血流阻力指数协助评估卵巢肿瘤的性质<sup>[8-9]</sup>。中期妊娠患者卵巢肿瘤常被增大的子宫遮挡,超声检查时易漏诊或显示不清,且妊娠期多普勒血流参数有所改变,如流速增加和血管阻力下降,导致鉴别困难,必要时可联合磁共振成像(MRI)评估<sup>[10]</sup>。同时需评估宫内孕囊或胎儿及其附属物情况,核对估测孕囊或胎儿大小、胎方位、胎盘位置及羊水量等,若有剖宫产史,应注意测量子宫瘢痕处肌层厚度,尤其应仔细判断孕囊或胎盘附着位置与子宫瘢痕的关系,排除剖宫产瘢痕妊娠、前置胎盘或胎盘植入等<sup>[11]</sup>。

1.3.2 MRI检查 MRI对妊娠期合并卵巢恶性肿瘤诊断的准确性极高,敏感度和特异度可分别达100%和94%<sup>[12]</sup>,有助于评估肿瘤侵袭范围、腹膜和淋巴结转移程度等。MRI对良性卵巢肿瘤的评估也具有优势,能较为准确地反映卵巢肿瘤的位置、形态、大小和大致组织病理学类型<sup>[7,12]</sup>。

妊娠期合并卵巢肿瘤 MRI建议应用指征:超声检查提示卵巢肿瘤性质不确定(推荐等级C)<sup>[13]</sup>;中期妊娠持续存在直径>10cm卵巢肿瘤(二线选择)(推荐等级C)<sup>[13]</sup>;卵巢癌的诊断与分期<sup>[14]</sup>;1.5T MRI可满足绝大多数卵巢肿瘤的诊断需求;因造影剂易透过胎盘进入羊水,造成影像学误判,故应慎用增强MRI<sup>[7]</sup>。

1.3.3 计算机断层扫描(CT)检查 常用于卵巢恶性肿瘤的诊断及评估肿瘤的侵犯范围,但由于电离辐射,故对于

通讯作者:顾向应,天津医科大学总医院,天津 300052,电子邮箱:gy6283@163.com

有继续生育意愿的孕妇慎重。

1.3.4 实验室检查 癌抗原 125(CA125)、妊娠期母体血甲胎蛋白(msAFP)、乳酸脱氢酶(LDH)、绒毛膜促性腺激素β亚单位(β-hCG)等肿瘤标志物与卵巢肿瘤关系密切,孕期CA125、msAFP和β-hCG均存在生理性升高<sup>[15-16]</sup>;而人附睾蛋白4(human epididymis protein 4, HE4)作为新型肿瘤标志物用于卵巢恶性肿瘤患者病情监测,在妊娠期与非妊娠期

差异无统计学意义,且在妊娠各个时期差异亦无统计学意义,不受妊娠的影响<sup>[7,16]</sup>。相比传统肿瘤标志物CA125易受妊娠等其他因素影响,妊娠合并上皮性卵巢肿瘤患者通过监测HE4,可以作为稳定可靠的指标。其他肿瘤标志物如糖链抗原19-9(CA19-9)、癌胚抗原(CEA)和乳酸脱氢酶(LDH)在某种情况下可用于协助诊断<sup>[16-18]</sup>。各类肿瘤标志物在妊娠期优缺点和推荐阈值见表2。

表1 妊娠合并卵巢肿瘤各种影像学检查方法的优劣与推荐等级

影像学检查方法	优点	局限性	推荐等级
彩色多普勒超声检查	简单、价廉、方便	(1)孕中晚期卵巢肿瘤易被增大的妊娠子宫所遮挡,易漏诊或显示不清 (2)妊娠期多普勒血流参数改变,如流速增加及血管阻力指数下降,良性和恶性肿瘤鉴别较非孕期困难	首选评估及筛查(推荐等级B) <sup>[10]</sup>
MRI	(1)特异度和敏感度高 (2)术前评估恶性肿瘤侵袭范围、分期、淋巴结转移情况及与周围组织的关系	费用高	评估肿瘤良恶性以及肿瘤侵袭范围(推荐等级C) <sup>[13]</sup>
CT	常用于卵巢恶性肿瘤的诊断及评估肿瘤的侵犯范围	电离辐射	评估肿瘤的侵犯转移范围,作为补充检查

表2 妊娠合并卵巢肿瘤的肿瘤标志物在妊娠期应用的优缺点和推荐阈值

肿瘤标志物	特点及适用范围	局限性	推荐阈值
CA125	筛查卵巢上皮性癌;监测卵巢上皮性癌治疗后的效果	孕期波动范围大,孕早期及孕晚期易升高,不利于评估	参考阈值CA125的诊断界值( $\geq 60$ kU/L);建议联合MRI及HE4评估 <sup>[15-16]</sup>
HE4	监测卵巢浆液性癌或卵巢子宫内膜样癌;不受妊娠影响	不适宜用于筛查	相对稳定可靠,有助于评估卵巢肿瘤性质;推荐值同非孕期(各实验方法存有差异);孕期参考阈值设定为70 pmol/L <sup>[16]</sup>
msAFP	高水平的msAFP可见于某些卵巢生殖细胞肿瘤,如胚胎性癌、卵黄囊瘤或未成熟畸胎瘤等,msAFP常高于1000μg/L,在一些卵黄囊瘤中可高于10 000μg/L	msAFP易受妊娠生理或病理影响,因此该指标不能作为可靠的卵巢肿瘤标志物来协助诊断,仅作为术后随访监测指标	不推荐阈值,排除新生儿畸形后,仅作为协助诊断及治疗后随访指标 <sup>[16-18]</sup>
CEA及CA19-9	(1)两者协同用于卵巢肿瘤(卵巢黏液性囊腺癌)的随访及监测,不受孕期影响 (2)CA19-9对卵巢黏液性囊腺癌或胃肠道来源转移癌有提示作用	需排除胎儿畸形导致母体血清指标异常	阈值参考非孕期,CEA为0~5 μg/L;CA19-9多数实验室阈值为0~37kU/L <sup>[17]</sup>
LDH	常用于协助诊断卵巢生殖细胞肿瘤,特别是无性细胞瘤与卵黄囊瘤	罹患子痫前期和HELLP综合症的母体血清中,LDH可能会升高	LDH $\geq 221$ U/L <sup>[18]</sup>

孕期肿瘤标志物参考价值有限,亦需结合临床及影像学检查进行综合诊断。目前孕期肿瘤标志物主要用于随访治疗效果及监测肿瘤复发情况,以及用于区分原发性或继发性肿瘤<sup>[6,10]</sup>。

1.4 与患者和家属充分沟通 向患者充分告知手术相关风险,取得知情同意。(1)妊娠合并卵巢生理性囊肿,一般<5cm且在手术流产后逐渐消失,可超声动态监测其变化,若持续6个月不消失或增大<sup>[19]</sup>则需进行进一步检查。

卵巢生理性囊肿还可影响生殖内分泌轴恢复,导致流产后阴道流血淋漓不尽、月经不规则或继发停经(术后月经延迟6周以上)。(2)若因卵巢肿瘤造成解剖学结构异常(如妊娠合并巨大卵巢肿瘤),经阴道牵拉子宫颈暴露困难,流产手术难度加大,手术失败、流产不全、术中出血和子宫损伤概率均会增加。经充分评估经阴道终止妊娠较困难者,应与患者及家属充分沟通,尽量收治入院,需经腹腔镜或经腹卵巢肿瘤手术与人工终止妊娠同时进行,或先行卵巢肿

瘤手术后再终止妊娠。(3)终止妊娠过程中若发生卵巢肿瘤蒂扭转、卵巢肿瘤破裂等急腹症,需做好急诊手术等相关应急预案。(4)除妊娠合并卵巢疾病外,合并内外科疾病者,需请相关专科会诊,做好围手术期处理并知情同意<sup>[7,20]</sup>。

1.5 下述情况建议住院终止妊娠 (1)妊娠≥10周。(2)中、重度贫血。(3)既往不良孕产史(产科大出血、人流并发症等)。(4)子宫颈暴露困难或子宫颈扩张困难,如合并巨大卵巢肿瘤。(5)存在卵巢肿瘤的严重合并症。(6)因卵巢肿瘤需终止妊娠的卵巢上皮性癌;早期妊娠合并非上皮性卵巢肿瘤需接受化疗者,酌情考虑终止妊娠后再参照非孕期保留生育功能的规范诊治<sup>[7]</sup>。(7)合并较严重急慢性疾病或其他内外科疾病。

1.6 术中监测 建议采用超声引导和(或)宫腔观察吸引手术系统(妊娠<10周),必要时备选腹腔镜、开腹探查<sup>[10,13]</sup>。

## 2 术前风险评估及预案

2.1 术中出血 备宫缩剂、纱条或纱布、Foley尿管。若高度可疑合并卵巢恶性肿瘤时,应与妇瘤科、麻醉科、放射科、介入科甚至普外科等相关科室等进行多学科会诊,商定终止妊娠策略。

2.2 子宫颈暴露困难 评估卵巢肿瘤,若肿瘤过大造成生殖道梗阻而影响子宫颈暴露,可先行卵巢肿瘤手术后再终止妊娠;若为早期妊娠则推荐选择药物终止妊娠并做好相应的应急预案。如选择手术终止妊娠,需备阴道拉钩和超声监护,并做好腹腔镜或开腹探查的准备。

2.3 不全流产 特别是药物流产过程中,不全流产致大量出血,应具备紧急清宫的条件。告知经阴道终止妊娠困难时,有腹腔镜或开腹探查可能。

2.4 合并原发疾病风险评估 患有心肺功能异常、甲状腺功能异常等全身系统性疾病,术前需请相关科室全面评估,制订预案,术中若病情变化可及时做出相应的处理。

2.5 卵巢肿瘤破裂及扭转的应急预案 (1)卵巢肿瘤蒂扭转:卵巢肿瘤蒂扭转的风险与卵巢的大小相关。确诊卵巢肿瘤蒂扭转后建议进行急诊腹腔镜手术探查(推荐等级B)<sup>[7]</sup>。(2)卵巢肿瘤破裂:一旦提示卵巢肿瘤破裂建议积极进行外科手术(推荐等级C)<sup>[7]</sup>。详见并发症处理。

2.6 术中损伤 实施手术的医院应具备床旁超声检查、腹腔镜或开腹探查的条件,出现损伤时能及时补救处理。

2.7 子宫颈扩张困难 终止妊娠前应进行子宫颈预处理,可采用药物性扩张或机械性扩张,必要时二者联合应用。具体方法参照子宫颈预处理专家共识<sup>[21]</sup>。

## 3 早期妊娠合并卵巢肿瘤终止妊娠方式

早期妊娠合并卵巢肿瘤终止妊娠方式常规方法包括药物流产、负压吸宫术及钳刮术。

### 3.1 药物流产

3.1.1 适应证 用于孕14周以内的早期妊娠。

3.1.2 方法与技巧 孕8周以内患者,米非司酮可分4次口服,总量150~200mg(具体用法参照文献<sup>[20]</sup>)或顿服150~200mg(d1);首次服用米非司酮36~48h后,顿服或阴道穹隆放置米索前列醇600μg,或阴道穹隆放置卡前列甲酯1mg,间隔3~4h未排出胚囊可追加1次。

孕8~14周患者,米非司酮可分2次口服,总量200mg(100mg/d,d1~d2)或顿服200mg(d1);36~48h后顿服或阴道穹隆放置米索前列醇400μg(间隔3h可重复给药,最多可追加4次)。用药期间米非司酮存在胃肠道反应如恶心、呕吐等,米索前列醇存在低热、恶心、腹泻、肢端麻木等副作用,极少数可发生严重过敏性休克<sup>[20]</sup>。

3.1.3 注意事项 首选适用于因卵巢肿瘤过大,子宫变形、子宫颈暴露困难,超声引导或子宫腔直视下手术困难的宫内早期妊娠妇女;临床上需要密切观察腹痛和阴道流血情况及药物不良反应;卵巢肿瘤过大致使子宫腔变形,流产不全、药物流产失败风险明显增加,建议与患者充分沟通及制定替代方案。

### 3.2 负压吸宫术

3.2.1 适应证 适用孕10周以内的早期妊娠。

3.2.2 方法与技巧 需超声引导和(或)子宫腔直视下手术,动作轻柔;器械进入子宫腔时注意避免与子宫腔线成角,保持子宫颈管、子宫腔线于同一直线水平,必要时助手可用阴道拉钩协助子宫颈钳夹子宫颈前或后唇持续用力暴露子宫颈,并适当给予子宫复位<sup>[22]</sup>;如因过大卵巢肿瘤致使子宫腔操作困难,可先行手术去除卵巢肿瘤后再行或同时行负压吸宫术。

3.2.3 注意事项 操作应由有经验医师在超声引导下完成;术前建议子宫颈预处理,以降低操作难度<sup>[20-21]</sup>。

### 3.3 钳刮术

3.3.1 适应证 适用孕10~14周妊娠或药流失败者。

3.3.2 方法与技巧 步骤前半部分基本同负压吸宫术;如子宫腔压迫变形,器械无法直接到达子宫底,可先探及妊娠囊下极,小心破膜,待羊水缓慢流尽及子宫腔缩小后,再用卵圆钳沿子宫腔壁滑入子宫底,尽可能完整或大块钳取出胎盘,或先行钳夹子宫腔下段妊娠物,再通过牵引钳夹子宫腔上段组织,整个过程中务必动作轻柔,且保持胎儿纵位夹取胎体,以减少胎儿骨骼对子宫壁损伤<sup>[20,22]</sup>。

3.3.3 注意事项 操作应由有经验医师在超声引导下完成;术前建议子宫颈预处理,以降低操作难度<sup>[20-22]</sup>。

### 3.4 早期妊娠合并卵巢肿瘤患者处理原则

3.4.1 早期妊娠合并生理性卵巢囊肿 可根据孕周大小及患者意愿,选择以上任一合适的方式终止妊娠,生理性卵巢囊肿可终止妊娠后随访观察。

3.4.2 早期妊娠合并卵巢良性肿瘤 可根据孕周大小、医院条件及患者意愿,或选择负压吸宫术或钳刮术终止妊娠,同时手术处理卵巢良性肿瘤(推荐腹腔镜手术);或选择以上任一合适的终止妊娠方式之后,再手术处理卵巢良

性肿瘤(推荐腹腔镜手术)。

3.4.3 早期妊娠合并卵巢恶性肿瘤 总体原则是以处理卵巢恶性肿瘤为主:(1)若高度可疑合并卵巢上皮性癌,建议尽快参照非妊娠期卵巢上皮性癌的规范诊治,行卵巢上皮性癌的规范分期手术。(2)若合并卵巢交界性肿瘤,可根据孕周大小及患者意愿,建议尽快选择合适的方式终止妊娠后进行满意的分期手术。或条件情况允许,可选择负压吸宫术或钳刮术终止妊娠同时行卵巢交界性肿瘤的规范分期手术。(3)若合并卵巢非上皮性恶性肿瘤(生殖细胞肿瘤或性索间质肿瘤),建议尽快选择合适的方式终止妊娠后进行满意的分期手术,术后依据分期决定是否进行辅助化疗;或条件情况允许,可选择负压吸宫术或钳刮术终止妊娠同时行规范分期手术,根据病理、分期等,决定是否进行辅助化疗。

#### 4 中期妊娠合并卵巢肿瘤终止妊娠方式

中期妊娠合并卵巢肿瘤终止妊娠方式包括以下几种。

##### 4.1 依沙吖啶(利凡诺)羊膜腔内注射引产

4.1.1 适应证 适用于孕14~27<sup>+</sup>6周患者(首选)。

4.1.2 方法与技巧 超声引导下避开胎盘及卵巢肿瘤行羊膜腔穿刺,注意应垂直子宫进针。

4.1.3 注意事项 在超声引导下进针注药,务必避开胎盘及卵巢肿瘤;术前建议予宫颈预处理,降低引产难度;注意甄别中期引产腹痛原因(如子宫破裂、感染、胎盘残留、药物误注等)。

##### 4.2 药物流产

4.2.1 适应证 适用于孕14~27<sup>+</sup>6周无法行依沙吖啶引产患者(如依沙吖啶过敏或者羊水极少者等)。

4.2.2 方法与技巧 孕14~16周可参照早期妊娠(孕8~14周)药物流产方案;孕16~27<sup>+</sup>6周给药方案可参照2017年FIGO更新的妇产科单独应用米索前列醇建议<sup>[23-24]</sup>,米索前列醇从小剂量开始试用,根据个体化反应逐步摸索有效剂量。

4.2.3 注意事项 引产过程需密切观察宫缩情况和不良药物反应,与妊娠期合并卵巢肿瘤并发急腹症的临床症状加以区别;做好相关应急预案及抢救措施。

##### 4.3 水囊引产

4.3.1 适应证 适于肝肾功能损害、有药物引产禁忌者<sup>[11]</sup>。

4.3.2 方法与技巧 参见国内指南《临床诊疗指南与技术操作规范:计划生育分册(2017修订版)》<sup>[20]</sup>。

4.3.3 注意事项 禁止将水囊引产于瘢痕子宫患者<sup>[25]</sup>;产程过程需密切观察宫缩、阴道流血情况。

##### 4.4 剖宫取胎术

4.4.1 适应证 用于不能耐受阴道分娩或其他引产方法者;或在引产过程中出现先兆子宫破裂、大出血等严重并发症时,必须立即结束分娩者<sup>[20,25]</sup>。或合并卵巢恶性肿瘤,要求终止妊娠同时行保留生育力手术者。

4.4.2 方法与技巧 手术方法与步骤同剖宫产术。

4.4.3 注意事项 注意清理宫腔和保护切口;对于良性卵巢肿瘤,建议术中同时行卵巢肿瘤剥除术,同时探查对侧卵巢情况,术中组织送冰冻病理检查;若术前高度可疑卵巢恶性肿瘤,多学科会诊,手术治疗原则同非孕期患者<sup>[7]</sup>。

##### 4.5 中期妊娠合并卵巢肿瘤患者处理原则

4.5.1 中期妊娠合并生理性卵巢囊肿 可根据孕周大小及患者意愿,选择以上任一合适的方式终止妊娠,生理性卵巢囊肿可终止妊娠后随访观察。

4.5.2 中期妊娠合并卵巢良性肿瘤 可根据孕周大小、医院条件及患者意愿,对于需选择剖宫取胎终止妊娠同时条件允许等情况下,可同时手术处理卵巢良性肿瘤;或选择合适的方式终止妊娠后,再手术处理卵巢良性肿瘤(推荐腹腔镜手术)。

4.5.3 中期妊娠合并卵巢恶性肿瘤 总体原则是兼顾孕周、继续妊娠意愿和肿瘤的组织学类型:(1)若合并卵巢上皮性癌,可根据孕周大小、医院条件及患者意愿,建议尽快选择合适的方式终止妊娠后参照非妊娠期卵巢上皮性癌的规范诊治,个体化治疗;或条件允许的情况下,选择剖宫取胎终止妊娠同时行卵巢上皮性癌的规范分期手术,个体化治疗。(2)若合并卵巢交界性肿瘤,可根据孕周大小及患者意愿,建议尽快选择合适的方式终止妊娠后进行满意的分期手术,个体化治疗;或条件允许的情况下,选择剖宫取胎终止妊娠同时行卵巢交界性肿瘤的规范分期手术,个体化治疗。(3)若合并卵巢非上皮性恶性肿瘤(生殖细胞肿瘤或性索间质肿瘤),建议尽快选择合适的方式终止妊娠后进行满意的分期手术,依据分期决定是否进行辅助化疗;或条件允许的情况下,选择剖宫取胎终止妊娠同时行卵巢非上皮性肿瘤的规范分期手术,根据病理、分期等,决定是否术后辅助化疗。

#### 5 终止妊娠过程中并发症的处理

终止妊娠术中及术后容易发生卵巢肿瘤蒂扭转、破裂和瘤内出血。故妊娠合并卵巢肿瘤终止妊娠过程中要重视急腹症的防治。

5.1 卵巢肿瘤蒂扭转 孕期卵巢肿瘤蒂扭转的高危因素包括:卵巢直径6~8 cm、孕10~17周和终止妊娠过程中不当临床操作<sup>[26]</sup>。建议对育龄妇女尽快手术治疗,腹腔镜手术是卵巢肿瘤蒂扭转治疗的金标准,目前多项研究表明复位后肺栓塞发生概率仅为0.2%,可与患者充分沟通后根据患者生育意愿,尝试行蒂扭转复位(推荐等级B级<sup>[27-28]</sup>),不建议将输卵管-卵巢切除作为附件扭转的首选治疗(推荐等级C级<sup>[27-28]</sup>)。

5.2 卵巢肿瘤破裂 避免负压吸宫、钳刮术的暴力操作、羊膜腔内注射引产过程中的盲目穿刺和产程中不当的子宫底部加压操作等。如卵巢肿瘤破裂,应立即行剖腹或腹腔镜手术探查。如为中期妊娠合并卵巢恶性肿瘤破裂,在

胎儿取出后行全面分期手术;如为早期妊娠合并卵巢恶性肿瘤,则行负压吸引术或钳刮术同时行全面分期手术<sup>[7,26-27]</sup>。

早中期妊娠合并卵巢肿瘤终止妊娠的临床处理流程见图1。

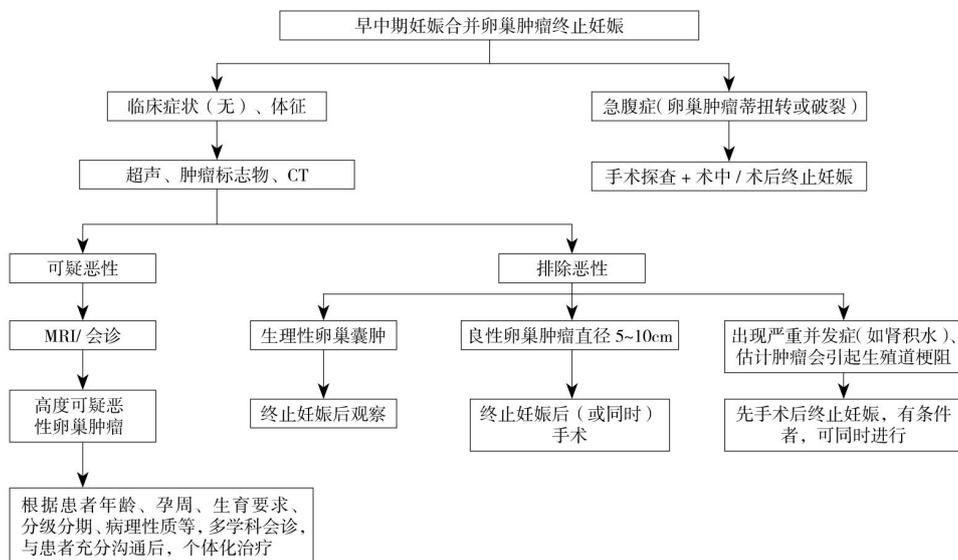


图1 早中期妊娠合并卵巢肿瘤终止妊娠的临床处理流程

## 6 妊娠合并卵巢肿瘤终止妊娠后避孕方法的选择

6.1 合并卵巢生理性囊肿或良性肿瘤的早中期妊娠终止妊娠后 一般而言,绝大部分避孕方法均可使用,其中,复方口服避孕药(COC)和宫内节育避孕器具(IUC)可作为避孕首选<sup>[29]</sup>。

6.2 合并卵巢恶性肿瘤的早中期妊娠终止妊娠后 对于保留生育能力的患者,根据WHO的第5版《避孕方法选用的医学标准》,目前国内可选择的有COC、皮下埋植剂、复方注射避孕针(CIC)<sup>[29]</sup>。对卵巢上皮性癌,首选COC,等待治疗期间不推荐Cu-IUD及LNG-IUS<sup>[29-32]</sup>。法国相关避孕指南对一些特殊类型的恶性卵巢肿瘤做了说明:(1)对于卵巢交界性肿瘤,绝大部分避孕方法均可使用。(2)对于卵巢恶性生殖细胞肿瘤,因其对激素不敏感,故COC及其他激素类避孕药物均可适用。(3)对于卵巢恶性性索间质肿瘤中的成人颗粒细胞瘤,应禁用含有雌激素的避孕药。(4)对于卵巢低级别浆液性腺癌和卵巢子宫内膜样腺癌也不推荐使用激素类避孕药<sup>[33]</sup>。

## 7 总结

本共识旨在为早中期妊娠合并卵巢肿瘤终止妊娠的规范化管理提出指导性意见,但并非唯一的实践指南,不排除其他共识、意见与建议的合理性。参与本共识制订与讨论的专家组成员郑重声明,专家间无利益冲突,本共识亦与任何商业团体无利益冲突。

执笔专家:汪利群(江西省妇幼保健院);顾向应(天津医科大学总医院);刘欣燕(中国医学科学院北京协和医院);黄丽丽(浙江大学医学院附属妇产科医院);杨清(中国医科

大学附属盛京医院);车焱(上海市生物医药技术研究院,国家卫生健康委员会计划生育药具重点实验室);沈嵘(南京医科大学附属妇产医院);张玉泉(南通大学附属医院);谭文华(哈尔滨医科大学附属第二医院);罗燕(江西省妇幼保健院);郭晨(江西省妇幼保健院)

参与本共识制定与讨论的专家组成员(按姓氏拼音顺序):常明秀(河南省人口和计划生育科学技术研究院);常青(陆军军医大学第一附属医院);陈勤芳(中国福利会国际和平妇幼保健院);车焱(上海市生物医药技术研究院,国家卫生健康委员会计划生育药具重点实验室);董白桦(山东大学齐鲁医院);董晓静(重庆医科大学附属第二医院);顾向应(天津医科大学总医院);谷翊群(国家卫生健康委员会科学技术研究所);郭晨(江西省妇幼保健院);黄丽丽(浙江大学医学院附属妇产科医院);黄薇(四川大学华西第二医院);江静(河北医科大学第二医院);李坚(首都医科大学附属北京妇产医院);李红钢(华中科技大学同济医学院计划生育研究所);林青(首都医科大学附属北京友谊医院);林元(福建省妇幼保健院);罗燕(江西省妇幼保健院);刘欣燕(中国医学科学院北京协和医院);刘庆(国家卫生健康委员会科学技术研究所);刘伟信(四川省妇幼保健院);钱志大(浙江大学医学院附属妇产科医院);任琛琛(郑州大学第三附属医院);单莉(西北妇女儿童医院);沈嵘(南京医科大学附属妇产医院);谭文华(哈尔滨医科大学附属第二医院);唐运革(广东省计划生育专科医院);王晓军(新疆维吾尔自治区妇幼保健院);汪利群(江西省妇幼保健院);魏占荣(天津市东丽区妇女儿童保健和计划生育服务中心);熊承良(华中科技大学同济医学院);杨清(中国医科大学附属盛京医院);于晓兰(北京大学第一医院);袁冬

(天津市河东区妇产科医院);曾俐琴(广东省妇幼保健院);张林爱(山西省妇幼保健院);张玉泉(南通大学附属医院);章慧平(华中科技大学同济医学院)

致谢:感谢山东大学齐鲁医院张师前教授对本共识的审阅。

## 参考文献

- [1] Hakoun AM, AbouAl-Shaar I, Zaza KJ, et al. Adnexal masses in pregnancy: an updated review[J]. *Avicenna J Med*, 2017, 7(4): 153-157.
- [2] Fruscio R, de Haan J, Calsteren KV, et al. Ovarian cancer in pregnancy[J]. *Best Prac Res Clin Obstet Gynaecol*, 2017, 41: 108-117.
- [3] Leiserowitz GS, Lin JF, Tergas AI, et al. Factors predicting use of neoadjuvant chemotherapy compared with primary debulking surgery in advanced stage ovarian cancer—a National Cancer Database study[J]. *Int J Gynecol Cancer*, 2017, 27(4): 675-683.
- [4] Naqvi M, Kaimal A. Adnexal masses in pregnancy[J]. *Clin Obstet Gynecol*, 2015, 58(1): 93-101.
- [5] 汪志辉, 生秀杰. 妊娠期附件包块的诊断策略[J]. *中国实用妇科与产科杂志*, 2020, 36(12): 1145-1148.
- [6] Hakoun AM, AbouAl-Shaar I, Zaza KJ, et al. Adnexal masses in pregnancy: an updated review[J]. *Avicenna J Med*, 2017, 7(4): 153-157.
- [7] 中国优生科学协会肿瘤生殖学分会, 中国医师协会微无创医学专业委员会妇科肿瘤专委会. 妊娠期卵巢肿瘤诊治专家共识(2020)[J]. *中国实用妇科与产科杂志*, 2020, 36(5): 432-440.
- [8] Canavan TP. Sonographic tips for evaluation of adnexal masses in pregnancy[J]. *Clin Obstet Gynecol*, 2017, 60(3): 575-585.
- [9] 韦瑶, 苏娜, 桂阳, 等. 妊娠合并卵巢肿瘤超声诊断分析[J]. *中华医学超声杂志(电子版)*, 2014, 11(9): 743-748.
- [10] Marret H, Lhommé C, Lecuru F, et al. Guidelines for the management of ovarian cancer during pregnancy[J]. *Eur J Obstet*, 2010, 149(1): 18-21.
- [11] 中华医学会儿科分会. 剖宫产后中期妊娠胎前置状态伴植入终止妊娠的专家共识[J]. *中华妇产科杂志*, 2018, 53(9): 585-589.
- [12] 孔宪超, 宋铁芳. 影像学检查在妊娠合并妇科肿瘤诊断中的应用[J]. *中国实用妇科与产科杂志*, 2018, 34(10): 1098-1102.
- [13] Brun JL, Fritel X, Aubard Y, et al. Management of presumed benign ovarian tumors: updated French guidelines[J]. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*, 2014, 183: 52-58.
- [14] Botha MH, Rajaram S, Karunaratne K. Cancer in pregnancy[J]. *Int J Gynaecol Obstet*, 2018, 143 Suppl 2: 137-142.
- [15] Lu J, Zheng Z, Zhang Q, et al. Measurement of HE4 and CA125 and establishment of reference intervals for the ROMA index in the sera of pregnant women[J]. *J Clin Lab Anal*, 2018, 32(5): e22368.
- [16] 王雅贤, 陈琼华. CA125、HE4、ROMA及RMI在附件包块诊断中的应用价值[J]. *中国实用妇科与产科杂志*, 2020, 36(12): 1163-1167.
- [17] Sharma JB, Sharma S, Usha BR, et al. A cross-sectional study of tumor markers during normal and high-risk pregnancies[J]. *Int J Gynaecol Obstet*, 2015, 129(3): 203-206.
- [18] Han SN, Lotgerink A, Gziri MM, et al. Physiologic variations of serum tumor markers in gynecological malignancies during pregnancy: a systematic review[J]. *BMC Med*, 2012, 10: 86.
- [19] 张国楠, 刘红. 附件包块的诊治策略[J]. *中国实用妇科与产科杂志*, 2020, 36(12): 1129-1131.
- [20] 中华医学会儿科分会. 临床诊疗指南与技术操作规范: 计划生育分册(2017修订版)[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2017.
- [21] 中华医学会儿科分会. 宫腔操作前宫颈预处理专家共识[J]. *中华生殖与避孕杂志*, 2020, 40(1): 3-8.
- [22] 中华医学会儿科分会. 合并子宫体良性疾病的早期人工流产专家共识[J]. *中华生殖与避孕杂志*, 2020, 40(12): 972-977.
- [23] Costescu D, Guilbert É. No. 360—Induced abortion: surgical abortion and second trimester medical methods[J]. *J Obstet Gynecol Can*, 2018, 40(6): 750-783.
- [24] Morris JL, Winikoff B, Dabash R, et al. FIGO's updated recommendations for misoprostol used alone in gynecology and obstetrics[J]. *Int J Gynaecol Obstet*, 2017, 138(3): 363-366.
- [25] 中华医学会儿科分会. 剖宫产后瘢痕子宫孕中期妊娠引产的专家共识[J]. *中华妇产科杂志*, 2019, 54(6): 381-386.
- [26] 蒋芳, 向阳. 妊娠合并卵巢包块的诊治策略[J]. *中国实用妇科与产科杂志*, 2018, 34(10): 1087-1091.
- [27] 郭建新, 刘强. 卵巢囊肿破裂或蒂扭转的围生期诊断和处理[J]. *实用妇产科杂志*, 2016, 32(1): 1-3.
- [28] 中国医师协会微无创医学专业委员会妇科肿瘤(学组)专业委员会, 中国优生科学协会女性生殖道疾病诊治分会. 女性附件扭转治疗的中国专家共识(2020年版)[J]. *实用妇产科杂志*, 2020, 36(11): 822-826.
- [29] WHO. Medical eligibility criteria for contraceptive use, 2015 (5th edition)[EB/OL]. [2019-10-18]. <https://apps.who.int/>.
- [30] 包晓丹. 激素避孕与育龄妇女卵巢癌的关系[J]. *中华预防医学杂志*, 2019, 53(6): 575.
- [31] Fortner RT, Ose J, Merritt MA, et al. Reproductive and hormone-related risk factors for epithelial ovarian cancer by histologic pathways, invasiveness and histologic subtypes: results from the EPIC cohort[J]. *Int J Cancer*, 2015, 137(5): 1196-1208.
- [32] Webb PM, Green AC, Jordan SJ. Trends in hormone use and ovarian cancer incidence in US white and Australian women: implications for the future[J]. *Cancer Causes Control*, 2017, 28(5): 365-370.
- [33] Rousset-Jablonski C, Selle F, Adda-Herzog E, et al. Fertility preservation, contraception and menopause hormone therapy in women treated for rare ovarian tumours: guidelines from the French national network dedicated to rare gynaecological cancers[J]. *Eur J Cancer*, 2019, 116: 35-44.

(2021-05-08收稿)