

# 女性骨盆腔腫瘤概論與個案分享

臺北市立聯合醫院中興院區 <sup>1</sup>婦產科 <sup>2</sup>家庭醫學科 <sup>3</sup>眼科  
林芸卉<sup>1</sup> 管舜華<sup>1</sup> 吳岱穎<sup>2</sup> 蔡景耀<sup>3</sup>

## 前言

2023年9月，我進入臺北市立聯合醫院中興院區，擔任婦產科主治醫師；轉眼間，也過了大半年了。在這段時間，遇到不少因為「骨盆腔腫瘤」就診的病人，進一步診斷後，有不同的處理方式與結果；在診治病患的同時，也覺得有些有趣之處。女性骨盆腔腫瘤是一個很大的題目，礙於篇幅，無法全面論述；以下將針對幾種常見的女性骨盆腔腫瘤，輔以我這半年遇到的個案，與各位會員前輩分享！

## 子宮肌瘤(Uterine leiomyoma)

子宮肌瘤是最常見的女性骨盆腔腫瘤，在育齡女性族群，發生率高達四分之一，但不一定會造成症狀或身體的負面影響。若肌瘤的位置接近內膜，稱為子宮黏膜下肌瘤，比較容易造成經血量多、經期延長、貧血問題，也可能影響胚胎著床造成不孕。<sup>1</sup>而較大體積的肌瘤，則可能造成壓迫症狀，例如：頻尿、排便困難、長期骨盆腔悶痛；甚至，我在門診遇到一位病人，有多發性子宮肌瘤，子宮變大到約16\*15\*10公分，比正常子宮5\*4\*3公分體積大很多；也有靜脈回流受阻，雙側下肢水腫的問題。

子宮肌瘤如此常見，但大部分定期以超音波追蹤即可；我會建議手術處理通常是肌瘤體積很大造成壓迫症狀、肌瘤位置太接近內膜導致經血量多及貧血，或是停經後肌瘤仍在變大，擔心有惡性風險的病人；而手術的方式，則根據肌瘤大小、位置、先前手術及生產史，

以及未來生育考量等面向，與病患做個人化的討論與處理。

子宮肌瘤在停經後通常不會再變大，甚至可能會縮小；但若給予荷爾蒙補充，還是有可能讓病人的肌瘤，有稍微變大的情況。最近在門診，一位50歲女性，因為嚴重更年期症狀求診。病人本身有子宮肌瘤，大小約為5公分；各項評估後，無使用荷爾蒙禁忌症，便開始給予病人荷爾蒙補充治療。結果服藥一個月的時間，肌瘤大了2公分，腹部悶脹感也變明顯，病人就不敢繼續服藥了。

研究顯示，荷爾蒙補充通常不會造成停經後病人的肌瘤變大，也不是禁忌症；若是發現肌瘤變大，則比較可能是黃體素所造成。研究將病人分為兩群：使用相同劑量的雌激素，黃體素(Medroxyprogesterone acetate, MPA)劑量則分別為2.5毫克及5毫克。2.5毫克組肌瘤體積沒有顯著增加，5毫克組卻有一半的病人肌瘤變大，平均增加3.2公分。<sup>1</sup>總而言之，雖然子宮肌瘤並非為使用荷爾蒙補充的禁忌症，但應該盡量選擇黃體素劑量較低的劑型，避免肌瘤變大，造成病人服藥意願的降低。

## 卵巢腫瘤(Ovarian mass)

### 1. 功能性囊腫：

和每月的排卵與月經週期相關，並非疾病，而是正常生理性變化。小於3公分通常為濾泡，大於3公分才稱為囊腫。隨著月經週期，會自行消失，通常無明顯症狀；可於下次月經剛結束時再追蹤一次超音波<sup>2</sup>。功能性囊

腫雖非病理性，仍有出血破裂之可能，較常見於劇烈活動或性行為後，下腹疼痛通常為病患主述；一般來說，出血會自己停下來，但骨盆腔血塊需要時間才會完全吸收，病患可能會有持續兩週下腹悶脹的情況。少數個案，若持續出血而導致嚴重貧血，或生命徵象不穩定的情形，則需要以腹腔鏡手術做進一步止血。

## 2. 子宮內膜異位瘤：

也是俗稱的「巧克力囊腫」，成因是子宮內膜組織，異位至卵巢，造成的卵巢良性腫瘤<sup>3</sup>。病患常合併有經痛、性交疼痛以及慢性骨盆腔疼痛等問題。「卵子庫存量」可能受到腫瘤的影響而下降，子宮內膜異位症也可能導致骨盆腔沾粘及輸卵管不通；整體來說，可能導致不孕的情形。在門診針對這類的病人，第一步應該先了解其生育需求，可以先抽血檢測抗穆勒氏管荷爾蒙(Anti-mullerian Hormone, AMH)，評估病患「卵子庫存量」；若卵子所剩無幾，手術將正常卵巢與腫瘤剝離的過程中，多少會傷到正常卵巢組織，應該先將病人轉介至不孕症科，評估是否先進行凍卵或凍胚。

超音波可評估腫瘤大小，若大於5公分可考慮手術切除，可以降低病人疼痛狀況與腫瘤破裂風險，通常使用腹腔鏡進行手術。暫無懷孕計畫的45歲以下的女性，若子宮內膜異位瘤體積較小，還不需要手術；或是子宮內膜異位瘤已完成切除，可以使用異位寧(Dienogest)降低腫瘤復發、變大的機率以及症狀控制，建

議連續使用1年半的時間。異位寧是一種黃體素製劑，可以抑制子宮內膜組織生長，減少雌激素製造；雖然抑制雌激素，但仍維持一定濃度，並不會引起骨質疏鬆。最常見的副作用為非預期性的微量陰道出血，通常出現在剛開始服用的前幾個月，連續服用數月後，通常會達到無月經狀態，停藥後很快就可以恢復正常排卵及月經週期。

另外，有研究顯示子宮內膜異位瘤可能和卵巢透明細胞癌(clear cell carcinoma)相關。若停經後無雌激素刺激，腫瘤仍在變大，或是較大的子宮內膜異位瘤，手術切除腫瘤，會有病理化驗結果來確定診斷，進一步排除卵巢癌，是較為安全的處理方式。

## 3. 畸胎瘤(Mature cystic teratoma)：

通常無症狀，偶然發現。腫瘤通常不會造成沾黏且表面平滑，如果腫瘤達到5公分以上，有可能因身體活動造成扭轉，扭轉後會導致卵巢缺血而劇烈腹痛，若無及時手術處理，可能造成卵巢壞死。<sup>4</sup>良性卵巢畸胎瘤經常會含有三胚層分化出來的組織，腫瘤內部可能會含有皮膚、皮脂腺、毛髮、骨頭、牙齒、脂肪等<sup>3</sup>。

大部分手術可以使用腹腔鏡進行；但當腫瘤大於15公分，以腹腔鏡進行手術，可能增加術中腫瘤破裂機率；若為惡性生殖細胞腫瘤，則可能使癌症期別上升，而大體積的腫瘤內容物破裂至腹腔，也會造成術後化學性腹膜炎的機率提高。<sup>5</sup>因此，剖腹式手術可能是較理想

的手術方式。

2023年12月，一位40歲，未曾生育過的女性，到我的門診就診。從電腦斷層檢查發現疑似為18公分的畸胎瘤，腫瘤指數也都正常；但因為無法排除惡性生殖細胞瘤的可能性，以及避免術中腫瘤破裂，造成後續腹膜炎情形，我們以正中垂直切口，剖腹式手術進行腫瘤切除。腫瘤在術中完整無破裂，順利移除，後續確認為良性畸胎瘤，病人也順利如期出院，門診追蹤。

### 梅格斯綜合症(Meigs' syndrome)

一位36歲女性，育有一子。求子不易，接受不孕症療程，好不容易明珠入掌，夫妻倆十分珍惜，也深感不孕療程的辛苦，決定不再生育。

病人說道，最近兩個月來，腹部常有輕微悶脹感，自己在腹部似乎摸到硬塊。門診超音波檢查時，發現巨大的骨盆腔腫瘤；此瘤質地類似子宮肌瘤，但有腹水，且和子宮並無明顯相連，再進一步安排電腦斷層，發現腫瘤有20公分，懷疑是卵巢瘤，且有腹水和胸水；而骨盆腔淋巴結並無腫大情形，也無明顯的網膜腫塊。抽血發現卵巢癌指數(CA-125)上升至145 U/mL。此時心裡浮現最可能的診斷為良性的卵巢纖維瘤合併梅格斯綜合症，卵巢癌指數上升也應該是腹水造成腹膜刺激的結果，但需要病理化驗才能確定診斷；這麼大的腫瘤，又合併腹水，還是有惡性的可能，於是和病人討論做剖腹探查，送術中冰凍切片，若為卵巢癌，

則進一步執行分期手術。所幸後來如我們預期，為良性疾病，病人術後順利出院，門診定期追蹤即可。

梅格斯綜合症是一類三重綜合症，包括腹水、胸腔積液和原發性良性卵巢腫瘤。大約百分之一的卵巢腫瘤合併有此症，最常見於卵巢纖維瘤，多見於40至60歲女性，發生原因不明。研究顯示，腫瘤大小是出現腹水最重要的因素：超過10公分的纖維瘤，約有百分之十到十五的機率合併腹水；胸腔積水的發生率則大約為百分之一。胸水和腹水，皆會於移除腫瘤後消失<sup>6</sup>；但是，骨盆腔腫瘤合併胸水及腹水的表現，有時會造成臨床上誤判為惡性腫瘤。我認為，最重要的還是術前和病人詳細溝通，了解所有可能的診斷以及相對應的處理方式、手術同意書註明清楚以及術中冰凍切片的輔助。

### 結語

在婦產科門診，骨盆腔腫瘤是一個十分常見的診斷，它的成因及型態，也非常多變化；而處理方式除了針對腫瘤，往往也需要考慮病人未來生育計畫。我想，考慮所有可能的鑑別診斷，和病人做詳細的個別化諮詢討論(individual counseling)，讓病人清楚定期追蹤的重要性，需要手術的原因與情況，以及腫瘤急性破裂、扭轉的症狀與衛教，是最重要的！

### 參考文獻

1. Parker WH: Uterine Fibroids. In Jonathan S. Berek, MD, MMS, eds. Berek & Novak's

- Gynecology. 16th ed, 2020. Wolters Kluwer publishing. Philadelphia. P. 223-49.
2. Radswiki T, Bell D, Morgan M, et al: Ovarian follicular cyst. Reference article, Radiopaedia.org (Accessed on: 20 Jan 2024). <https://radiopaedia.org/articles/ovarian-follicular-cyst>
  3. Hochberg L, Hoffman MS: Adnexal mass: Differential diagnosis. UpToDate. (Accessed on: 20 Jan 2024) [https://www.uptodate.com/contents/adnexal-mass-differential-diagnosis?search=adnexal%20mass&source=search\\_result&selectedTitle=2~150&usage\\_type=default&display\\_rank=2](https://www.uptodate.com/contents/adnexal-mass-differential-diagnosis?search=adnexal%20mass&source=search_result&selectedTitle=2~150&usage_type=default&display_rank=2)
  4. Kilpatrick C: Adnexal Torsion. MSD manual professional version. (Accessed on: 20 Jan 2024). <https://www.msdmanuals.com/professional/gynecology-and-obstetrics/miscellaneous-gynecologic-disorders/adnexal-torsion>
  5. Ye LY, Wang JJ, Liu DR, et al: Management of giant ovarian teratoma: A case series and review of the literature. *Oncol Lett* 2012; 4(4): 672-6.
  6. 婦產科-梅格斯症候群，臨床醫學教室 [檢索日期：1/20/2024]. Available from: <https://doctor.get.com.tw/m/Journal/detail.aspx?no=420407> 

