

腹腔鏡全腹膜外修補卵巢鞘頓腹股溝疝氣：罕見病例報告與文獻回顧

新光吳火獅紀念醫院 ¹一般外科 ²外科 方躍霖¹ 林奕凱²

摘要

本文呈現罕見的病例，一位75歲女性病患，其左側腹股溝有無痛性腫塊持續了2年。透過腹腔鏡手術發現並診斷為左側卵巢鞘頓腹股溝疝氣。本文同時回顧文獻中卵巢腹股溝疝氣的發生率與成因，並報告以腹腔鏡全腹膜外疝氣修補術(Total extraperitoneal, TEP)成功治療此病患的經驗。

卵巢腹股溝疝氣的發生率極低，且多見於兒童，通常與先天性缺陷有關。對於育齡女性而言，保留卵巢的活性極為重要。停經後女性則被認為因附件韌帶(adnexal ligaments)鬆弛，可能導致卵巢疝氣。當女性出現腹股溝腫塊時，應將卵巢疝氣列入鑑別診斷考量。

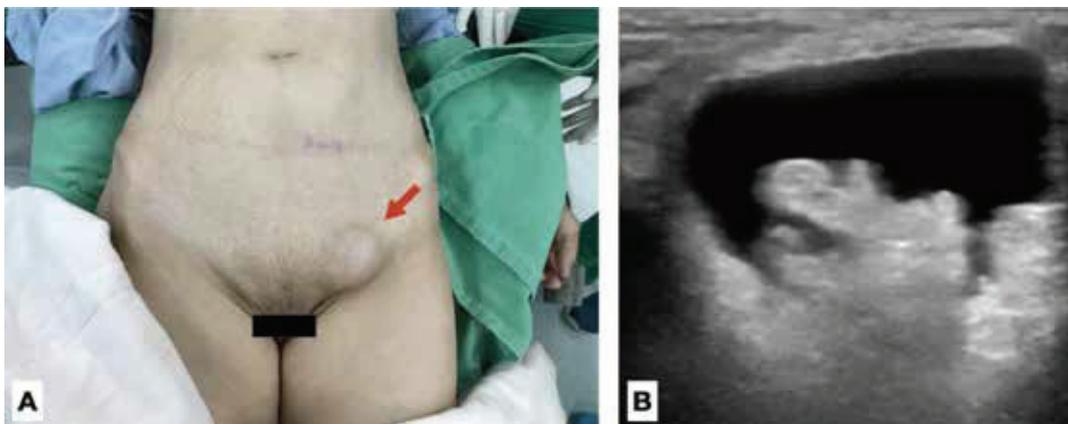
我們報告一例罕見發生於停經後女性的卵巢鞘頓腹股溝疝氣。根據目前文獻，本案例為首次以腹腔鏡全腹膜外(TEP)方式進行卵巢疝氣復位與修補，並獲得良好預後。此技術可應用於懷疑卵巢疝氣的病人身上。

引言

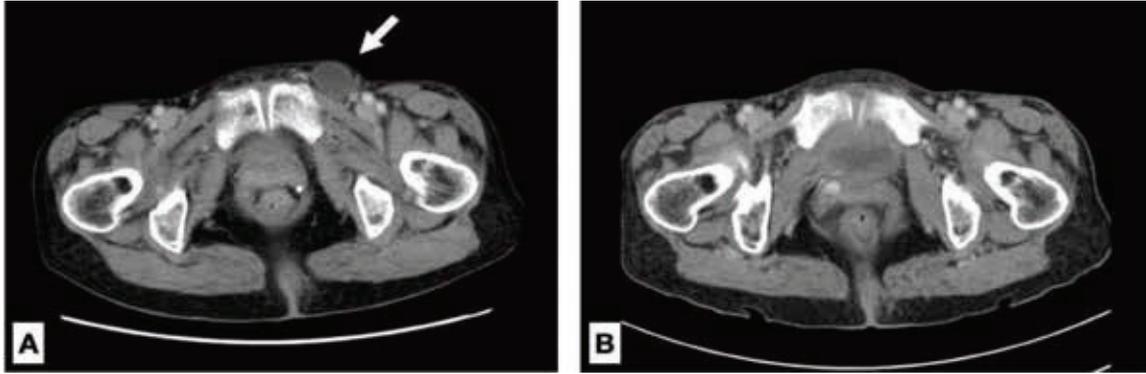
多種內臟器官皆曾報告可經腹股溝管(inguinal canal)脫出，如小腸、結腸、膀胱，不太常見闌尾或女性生殖器官¹。卵巢鞘頓腹股溝疝氣極為罕見，多發生於兒童，約有15-20%的女性嬰兒疝氣含有卵巢^{1,2}。本文報告一例罕見發生於停經後女性的卵巢鞘頓腹股溝疝氣，並成功以TEP手術治療。

病例報告

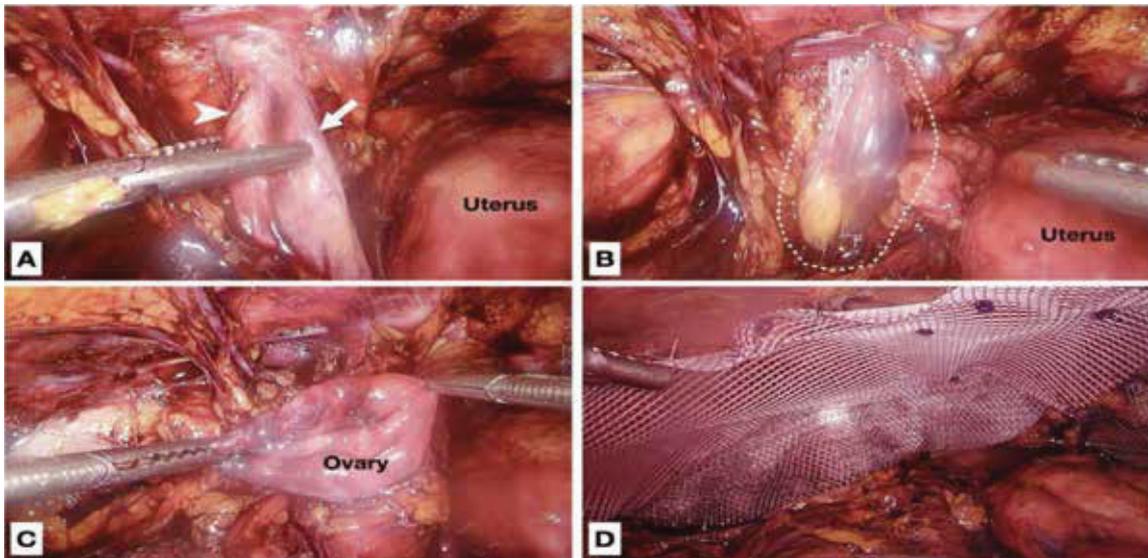
一名75歲女性，有多次懷孕史並因胃黏膜下腫瘤定期追蹤，主訴左側腹股溝腫塊已持續2年，無腹痛、噁心、嘔吐。理學檢查發現左腹股溝有一3x4公分的堅實、可移動、不可回復、無壓痛之突起腫塊(圖一A)。腹部超音波顯示腫塊內含有清晰液體與實質組織(圖一B)。追溯至6個月前的電腦斷層掃描顯示，左側腹股溝有一個4公分均質性囊性病灶，伴隨囊壁增強現象(enhanced wall)(圖二A)。



圖一 A-左側腹股溝可見一個3x4公分、堅實、波動性、不可回復、無痛突起腫塊。
B-經腹部超音波可見明確無回音囊腫，內含實質成分。



圖二 A-手術前6個月所做CT顯示，一個4公分、薄壁、均質性囊腫（箭頭），位於恥骨外側與皮膚下方。
B-術後8個月CT追蹤未見腫塊復發。



圖三 A-術中顯示卵巢韌帶（箭頭）與圓韌帶（箭）平行排列。
B-牽引卵巢韌帶時，顯現因球囊擴張而膨脹的疝囊，送病理。
C-卵巢以鑷子牽引至顛側並回納至骨盆腔。
D-以立體形網膜覆蓋筋膜缺損處，並以可吸收釘固定。

因腫塊逐漸變大，就診後因箱頓式左側腹股溝疝氣，而安排進行腹腔鏡全腹膜外疝氣修補術(TEP)。手術中插入氣球套管(balloon trocar)進行擴張，剝離左側腹股溝腹膜前空

間，同時充氣使囊腫膨脹。觀察到一含卵巢箱頓的間接型腹股溝疝囊，位於圓韌帶(round ligament)旁（圖三）。卵巢內含囊腫，以腹腔鏡腸鑷箱拉回並復位。膨大的疝囊(hernia sac)

去套後結紮並送病理檢驗。最終以3D立體解剖型聚丙烯人工網膜覆蓋筋膜缺損區。術後恢復良好，病患於術後第一天出院。

病理報告顯示，標本為充血纖維膜組織(fibromembranous tissue)，內含增生的間皮細胞(hypertrophic mesothelial cells)裂隙，符合疝囊組織特徵。門診追蹤未見疝氣復發。術後8個月，為追蹤胃腫瘤進行CT檢查，未發現左側腹股溝再有腫塊突出(圖二B)。

討論

腹股溝疝氣約占腹壁疝氣的75%，為常見的良性外科病症，特徵為腹內器官經腹股溝管(inguinal canal)脫出³。男性終生發生率為27至43%⁴。一項回顧性研究顯示，1,950位接受疝氣修補術病患中，僅7人(2.9%)疝囊中含有卵巢與輸卵管¹。

女性胚胎發育中，睪丸導帶與子宮角交會，形成上方的卵巢韌帶與連至大陰唇的圓韌帶⁵。若胚胎期鞘突(女性稱Nuck管)未閉，會導致腹股溝間接疝氣⁶。多產會拉長闊韌帶、卵巢韌帶或懸韌帶，且因腹內壓上升加劇疝氣風險⁷。卵巢疝氣多見於兒童，常與先天異常有關，約占這類特別族群(女性兒童)腹股溝疝氣的6~7%⁸。一項1,084位女孩的研究中，卵巢疝氣盛行率達21.7%⁹。成人卵巢疝氣則與性器官發育異常如Müllerian缺失症與原發性無月經有關¹⁰。女性腹股溝疝氣常表現為位於大陰唇上方、可復位、無痛突起，對應Nuck管末端¹¹。超音波下的疝脫卵巢為低回音

結構，內含不同大小無回音囊泡¹²。

先前17名成人卵巢疝氣病例回顧中，14例採開腹手術，僅2例使用腹腔鏡，且皆為Trans-Abdominal Pre-Peritoneal repair(經腹腔腹膜前疝氣修補，TAPP)術式¹³⁻¹⁵。根據隨機對照試驗的統合分析，腹腔鏡修補術後慢性腹股溝疼痛較低，復發率與開放術無顯著差異¹⁶。與TAPP相比，TEP術式住院時間短、手術時間短，術後短期疼痛較少¹⁷，但一項系統性回顧指出，兩者在復發與慢性疼痛上無顯著差異¹⁸。少數病例報告記載以腹腔鏡處理卵巢疝氣或子宮內膜異位症¹⁹。圓韌帶被腹膜包覆，可能導致網膜滑動或下陷²⁰。是否切斷圓韌帶具爭議，因其與生殖股神經交會於內環處，若受損可能引起同側大陰唇麻木。與TAPP相比，TEP術中球囊擴張將腹膜前筋膜與橫筋膜分離，促使腫塊膨脹，有助牽引與辨識卵巢與圓韌帶，避免切斷圓韌帶與神經損傷。

目前無文獻記載以TEP術處理卵巢腹股溝疝氣。此案例顯示TEP修補可成功應用，並具良好預後。

結論

當女性出現腹股溝腫塊時，應將卵巢箱頓腹股溝疝氣納入為鑑別診斷之一，特別是育齡女性。本研究呈現一罕見卵巢腹股溝疝氣案例，成功以腹腔鏡全腹膜外(TEP)術式修補，未見復發。此術式可供懷疑病例參考。

參考文獻

1. Gurer A, Ozdogan M, Ozlem N, et al:

- Uncommon content in groin hernia sac. *Hernia* 2006; 10(2): 152-5.
2. George EK, Oudesluys-Murphy AM, Madern GC, et al: Inguinal hernias containing the uterus, fallopian tube, and ovary in premature female infants. *J Pediatr* 2000; 136(5): 696-8.
 3. Robert JF Jr, Anita GH, James OG, et al: Watchful waiting vs repair of inguinal hernia in minimally symptomatic men: a randomized clinical trial. *JAMA* 2006; 295(3): 285-92.
 4. Andrew K, Karl L: inguinal and incisional. *Lancet* 2003; 362(9395): 1561-71.
 5. Magali S, Jenny E, Margaux B, et al: Canal of Nuck Abnormalities in Pediatric Female Patients. *Radiographics* 2022; 42(2): 541-58.
 6. Ballas K, Kontoulis T, Skouras Ch, et al: Unusual findings in inguinal hernia surgery: report of 6 rare cases. *Hippokratia* 2009; 13(3): 169- 71.
 7. Okada T, Sasaki S, Honda S, et al: Irreducible indirect inguinal hernia containing uterus, ovaries, and Fallopian tubes. *Hernia* 2012; 16(4): 471-3.
 8. Jeffrey L, Nick S: Incarcerated ovarian inguinal hernia in a 10-month-old girl. *CMAJ* 2015; 187(8): 596-8.
 9. Kelly MD, Rinse WB, Paul As VT, et al: Inguinal hernia in girls: A retrospective analysis of over 1000 patients. *J Pediatr Surg* 2020; 55(9): 1908-13.
 10. Wafa AO, Hussain H, Maha KAB: Inguinal uterus, fallopian tube, and ovary associated with adult Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser syndrome. *Fertil Steril* 2011; 95(3): 1119.e1-4.
 11. CF Y, CJ W, PC C, et al: Concomitant closure of patent canal of Nuck during laparoscopic surgery: case report. *Hum Reprod* 2001; 16(2): 357-9.
 12. Taylan K, Berat A, Murat B, et al: MRI in the diagnosis of Mayer-Rokitansky-Kuster-Hauser syndrome. *Diagn Interv Radiol* 2013; 19(3): 227-32.
 13. Prodromidou A, Machairas N, Garoufalia Z, et al: Ovarian inguinal hernia. *Ann R Coll Surg Engl* 2020; 102(2): 75-83.
 14. Norman OM, Lovina SMM, Wadha AG: “Laparoscopic excision of a large ovarian cyst herniating into the inguinal canal: a rare presentation” . *Surg Laparosc Endosc Percutan Tech* 2011; 21(4): e215-8.
 15. JH K, GO C, JY L, et al: Laparoscopic repair of indirect inguinal hernia containing endometriosis, ovary, and fallopian tube in adult woman without genital anomalies. *Obstet Gynecol Sci* 2014; 57(6): 557-9.
 16. Nafi’u H, Adegoke A, Miriam B, et al: Open versus laparoscopic repair of inguinal hernia: an overview of systematic reviews

of randomised controlled trials. *Surg Endosc* 2022; 36(7): 4685-700.

17. Virinder KB, Mahesh CM, Divya B, et al: A prospective, randomized comparison of long-term outcomes: chronic groin pain and quality of life following totally extraperitoneal (TEP) and transabdominal preperitoneal (TAPP) laparoscopic inguinal hernia repair. *Surg Endosc* 2013; 27(7): 2373-82.
18. Alberto A, Marta C, Simona DF, et al: Total extraperitoneal (TEP) versus laparoscopic transabdominal preperitoneal (TAPP) hernioplasty: systematic review and trial sequential analysis of randomized controlled trials. *Hernia* 2021; 25(5): 1147-57.
19. Jesus SJ, Patricia B, Alvaro T, et al: A laparoscopic approach to Nuck's duct endometriosis. *Fertil Steril* 2011; 96(2): e103-5.
20. HerniaSurge Group: International guidelines for groin hernia management. *Hernia* 2018; 22(1): 1-165. 🌐

