

宫颈残端癌 28 例临床分析

A Clinical Analysis of 28 Cases with Cervical Stump Cancer

YU Hai-yan, WANG Yi-xun, TANG Wei-wei, et al.

于海燕,王依洵,汤巍巍,张 新

(辽宁省肿瘤医院,辽宁 沈阳 110042)

摘 要: [目的] 分析宫颈残端癌的诊断与治疗。[方法] 对 28 例宫颈残端癌患者的临床资料进行回顾性分析,残余宫颈切除术 3 例,残余宫颈次广泛切除术 2 例,残余宫颈广泛切除及盆腔淋巴结清扫术 23 例。[结果] 28 例患者随访 10~119 个月不等,失访 1 例,死亡 3 例。3 年生存率为 86.14%,5 年生存率为 78.65%。[结论] 在个体化辅加放疗和或化疗后施行手术治疗宫颈残端癌可获较满意的治疗结果。

关键词: 宫颈癌;残端癌;手术治疗

中图分类号: R737.33 **文献标识码:** B **文章编号:** 1004-0242(2012)05-0398-02

由于子宫次全切除术较全切术的手术时间短、费用低、相对安全性高,且有报道其具有保护膀胱功能和性功能的优点^[1],因而子宫次全切除术成为妇科良性疾病常见的治疗方法,但 1%~3% 患者术后会发生宫颈残端癌^[2]。与一般宫颈癌相比,宫颈残端癌在处理上困难,并发症发生率明显增加,并且复发率增加,且治疗效果较一般宫颈癌差。我院于 1996 年 2 月至 2006 年 3 月以残余宫颈切除术为主要治疗手段治疗宫颈残端癌 28 例,现报道如下。

1 材料与方法

1.1 病例资料

我院自 1996 年 2 月至 2006 年 3 月共收治宫颈癌患者 2 338 例,其中宫颈残端癌患者 47 例,宫颈残端癌的发生率为 2.01%(47/2 338),其中 28 例具备或在辅助治疗后具备手术条件,以不同程度的残余宫颈切除术作为主要治疗手段;另 19 例为单纯放疗患者,不在本文讨论范围内。

28 例宫颈残端癌患者前次行子宫次全切除术时均为子宫良性病变,初次手术前均未行宫颈细胞学或病理学检查。距诊断宫颈癌的时间间隔 1 个

月~20 年不等,17 例为 2 年以上,11 例为 2 年之内。

28 例宫颈残端癌患者再诊时病理分类:鳞癌 19 例、腺癌 7 例、腺鳞癌 2 例。再诊时分期:0 期 1 例,Ⅰb 期 15 例,Ⅱa 期 5 例,Ⅱb 期 3 例,Ⅲb 期 2 例,另 2 例为外院放疗后无法确定原始分期。

1.2 治疗方法

28 例宫颈残端癌患者均行或根据病情在补充放疗和/或化疗后行不同程度的残余宫颈切除术,其中 5 例术前行体外全盆腔放疗,剂量为 20~40Gy,6 例行术前腔内放疗,剂量为 30~70Gy,3 例放疗同时化疗 1 个疗程,1 例单纯化疗 1 个疗程。

28 例患者手术方式:残余宫颈切除术 3 例,次广泛宫颈切除术 2 例,宫颈广泛性切除及盆腔淋巴结清扫术 23 例。

2 结 果

28 例患者均无手术付损伤。不同术式平均手术时间分别为:残余宫颈切除术 2.16h,残余宫颈次广泛切除术 3.25h,残余宫颈广泛性切除及盆腔淋巴结清扫术 3.66h;术中出血分别为 230ml、350ml 和 418ml。术后发生腹膜后感染 1 例、淋巴囊肿 1 例、膀胱麻痹 1 例,均经保守治愈。全组患者无手术死亡及严重并发症。

收稿日期:2012-01-05;修回日期:2012-02-20

通讯作者:张新,E-mail:zhangxiangmiao@hotmail.com

随访至 2011 年 12 月 31 日,失访 1 例,此患者初治在外院放疗,原始期别不明,术后见多枚淋巴结转移,因患者拒治,未按计划完成术后放疗,治疗后失访。其余 27 例随访 10~119 个月不等,中位时间 53 个月。死亡 3 例,其中 2 例为腺癌(1 例中分化、1 例低分化)。治疗后生存 3 年以上患者 12 例,3 年生存率为 86.14%,生存 5 年以上患者 10 例,5 年生存率为 78.65%。

3 讨 论

宫颈残端癌分为两种:一是并存宫颈癌,指子宫次全切除后 2 年内发生的宫颈残端癌,这很可能在接受子宫次全切除时宫颈癌已存在,但处于亚临床阶段,未被重视而未能被诊断。二是真性宫颈癌,发生在子宫次全切除后 2 年以上。本组 11 例为并存宫颈癌,初治时术前均未做宫颈细胞学涂片及阴道镜下活检病理检查,很可能属于前次手术漏诊的隐性癌^[3]。如术前必要的细胞学检查,甚至在阴道镜下活检或行宫颈管诊刮病理检查,可及时发现临床前癌。因此,子宫次全切除术前应常规行宫颈细胞学检查,对宫颈糜烂及细胞学可疑恶性者应做阴道镜下活检及宫颈管诊刮病理检查,可避免或减少术后隐性癌的发生^[4]。

传统的宫颈残端癌的治疗与一般宫颈癌治疗原则相同^[5,6]。但是宫颈残端癌由于前次手术所致血运阻断及解剖变异,使放化疗难以得到理想的剂量、药量分布,从而影响治疗效果;尽管近年来由于放疗设备及手段的进步,适形放疗和调强放疗的应用使并发症有所降低^[7],但同等剂量下,肠管膀胱受量不可避免增加,并发症增加^[8]。因此,对于宫颈残端癌患者,手术是重要的选择,而对于放射效果不佳的病例,不同程度的残余宫颈切除术则不失为一种有效的挽救治疗手段。陈鲁等^[9]回顾性分析 2000 年 1 月至 2007 年 12 月浙江省肿瘤医院收治的宫颈残端癌 60 例临床病例资料,盆腔局部复发 1 例,远处转移 3 例,发生放射性膀胱炎、阴道直肠瘘、膀胱阴道瘘并发症共 6 例。60 例患者的 1 年、3 年和 5 年生存率分别为 95%、78%和 68%,中位生存期 32 个月。Cox 分析结果显示淋巴结转移、脉管瘤栓和辅助化疗均是独立的预后因素。于丽波等^[10]回顾性分析 1980 年 1 月至 2002 年 1 月哈尔滨医科大学附属肿瘤医院收治的 36 例宫颈残端癌患者的临床病理资料,Ⅰ期、Ⅱ期、Ⅲ期、Ⅳ期患者 5 年生存率分别为 83.33%、

52.94%、16.67%、0($P<0.05$)。本组 28 例完成了或在辅助治疗后完成了不同程度的残余宫颈切除术,无术中付损伤及严重术后并发症,3 年生存率为 86.14%,5 年生存率为 78.65%。作者认为,对于宫颈残端癌患者,应根据期别不同作个体化的治疗:早期癌,有手术可切除性者进行广泛性宫颈切除及盆腔淋巴清除术;ⅡB 期患者可在化疗及有效放疗的基础上进行广泛性宫颈切除及盆腔淋巴清除术;ⅢB 期宫颈残端癌,如有效放化疗后有可切除性,局部肿瘤未完全消退可在全程或近全程放疗后补充宫颈切除术。但宫颈残端癌的传统放射治疗的治疗效果不如完整子宫的宫颈癌的治疗效果。

总之,子宫次全切除术前应行详细的宫颈常规检查以排除宫颈癌,包括妇科检查、液基薄层细胞检测,人乳头瘤病毒检测^[11]。如临床可疑或细胞学异常,应行阴道镜检查,在阴道镜指示下取活检,必要时行颈管诊刮或分段取内膜。对于宫颈上皮异形增生,伴高危型 HPV 感染的年轻患者也应选择全子宫切除术。子宫次全切除术后患者需进行常规的宫颈癌筛查。宫颈残端癌在治疗中更应强调个体化的重要性。

参考文献:

- [1] 宿爱琴.对子宫次全切除术的重新评价[J].国外医学妇产科分册,1998,25(2):102.
- [2] Hellstrom AC,Sigurjonson T,Pettersson F.Carcinoma of the cervical stump. The radiumhemment series 1959-1987. Treatment and prognosis [J]. Acta obstet Gynecol Scand,2001,80(2):152-157.
- [3] 张蓉,马绍康,白萍,等.宫颈其它恶性肿瘤[A].孙建衡.妇科恶性肿瘤放射治疗学[M].北京:中国协和医科大学出版社,2002.149-152.
- [4] 章文华.宫颈残端癌的诊治[J].肿瘤学杂志,2006,12(5):382-384.
- [5] 祁冀,于海丽.宫颈残端癌 13 例临床分析 [J].天津医药,2011,39 (6):572-573.
- [6] 卢永伟,冯梅林,肖玉林,等.早期巨块型宫颈残端癌 15 例术前同步放化疗的疗效分析 [J].福建医药杂志,2009,31(5):19-20.
- [7] D'souza WD,Ahamad AA,Iyer RB,et al. Feasibility of dose escalation using intensity modulated radiotherapy in posthysterectomy cervical carcinoma[J].Int J Radiat Oncol Biol Phys,2005,61(4):1062-1070.
- [8] Beriwal S,Bhatnagar A,Heron DE,et al.High-dose rate interstitial brachytherapy for gynecologic malignancies[J]. Brachytherapy,2006,5(4):218-222.
- [9] 陈鲁,夏婷,羊正炎,等.60 例宫颈残端癌预后因素分析[J].中国肿瘤临床,2009,36(8):192-194.
- [10] 于丽波,王晶,韩毅敏.宫颈残端癌 36 例临床分析[J].现代肿瘤医学,2008,16(9):1064-1065.
- [11] Ford JF,Feinstein SM. Human papillomavirus testing before elective supracervical hysterectomy [J]. J Low Genit Tract Dis,2005,9(4):230-231.