

宫颈癌根治性手术经腹腔镜与经腹两种途径对比分析

A Comparison between Laparoscopic and Abdominal Radical Hysterectomies for Cervical Cancer

TANG Wei-wei, ZHANG Xin

汤巍巍, 张新 (辽宁省肿瘤医院, 辽宁 沈阳 110042)

摘要: [目的] 探讨经腹腔镜与经腹两种途径实施广泛性子宫切除盆腔淋巴结清扫术的安全性与有效性。[方法] 对比分析 83 例经腹腔镜广泛性子宫切除盆腔淋巴结清扫术和同期 374 例经腹手术的患者临床资料。[结果] 经腹腔镜组中转开腹率为 1.20%。经腹腔镜组与经腹手术组比较平均手术时间长 ($293.43 \pm 77.53 \text{min}$ vs $200.33 \pm 42.79 \text{min}$, $P < 0.001$), 平均术中失血量少 ($213.01 \pm 120.33 \text{ml}$ vs $311.43 \pm 179.23 \text{ml}$, $P < 0.001$), 清扫淋巴结的个数无统计学差异。经腹腔镜较经腹手术组术后排气时间、术后住院时间明显短 ($P < 0.05$)。[结论] 经腹腔镜实施广泛性子宫切除盆腔淋巴结清扫术安全, 可以有效减少患者的术后恢复时间。

关键词: 宫颈癌; 广泛性子宫切除; 盆腔淋巴结清扫; 腹腔镜

中图分类号: R737.33 **文献标识码:** A **文章编号:** 1004-0242(2012)06-0475-03

广泛性子宫切除(radical hysterectomy, RH)盆腔淋巴结清扫术是治疗早期宫颈癌的规范术式, 常规经腹完成。腹腔镜手术具有微创、对腹腔内脏器干扰小、术后恢复快等优点, 在妇科良性疾病领域开展广泛且有取代开腹手术之势, 目前在妇科恶性肿瘤领域也得到了初步的开展。我院于 2008 年 4 月至 2010 年 12 月开展经腹腔镜广泛性子宫切除盆腔淋巴结清扫术 83 例, 取得良好的效果。

1 资料与方法

1.1 一般资料

收集辽宁省肿瘤医院妇科 2008 年 4 月至 2010 年 12 月期间收治的早期宫颈癌患者 457 例, 实施广泛性子宫切除盆腔淋巴结清扫术。所有患者均经病理学证实, 分期参照 FIGO2000 年标准, 手术途径采取自愿原则, 83 例选择经腹腔镜(laparoscopic radical hysterectomy, LRH)完成, 374 例选择经腹(radical

abdominal hysterectomy, RAH)完成。LRH 组平均年龄 42.78 岁(25~63 岁), I 期 67 例, II a 期 16 例; 肿瘤直径 $\leq 4 \text{cm}$ 59 例, $> 4 \text{cm}$ 24 例; 病理类型鳞癌 73 例, 腺癌 4 例, 腺鳞癌 3 例, 其他 3 例; 高分化 14 例, 中分化 55 例, 低分化 14 例。RAH 组平均年龄 46.27 岁(20~71), I 期 255 例, II a 期 119 例; 肿瘤直径 $\leq 4 \text{cm}$ 282 例, $> 4 \text{cm}$ 92 例; 鳞癌 323 例, 腺癌 36 例, 腺鳞癌 6 例, 其他 9 例; 高分化 63 例, 中分化 252 例, 低分化 59 例。两组患者年龄、临床分期、组织类型及病理分级差异均无统计学意义 ($P > 0.05$), 具有可比性。

1.2 方法

辅助治疗: 对于术前局部肿瘤直径 $> 4.0 \text{cm}$ 的部分患者给予新辅助治疗。LRH 组术前单纯放疗 4 例, 单纯化疗 4 例, 放化疗 4 例; RAH 组术前单纯放疗 74 例, 单纯化疗 9 例, 放化疗 37 例。

手术方法: 手术均在气管插管静脉复合麻醉下进行。LRH 组采取膀胱截石头低臀高位, 放置举宫器, 建立气腹维持腹腔内压力在 12~14mmHg, 脐孔及左右两侧腹壁穿刺置入 Trocar, 进镜探查确定无

收稿日期: 2012-02-02

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

手术禁忌证后开始手术操作。手术方法为先行双侧盆腔淋巴结清扫,自上而下清扫髂总、髂外、腹股沟深3组淋巴结,暴露闭孔窝,进而清扫闭孔及髂内2组淋巴结,逐侧进行。标本经转换器取出或放入标本袋内待子宫切除后经阴道取出。子宫动脉于自髂内动脉起始处游离凝断,游离输尿管,分离双侧膀胱、直肠侧窝,游离主韧带、骶韧带3.0cm以上切除,下推膀胱、直肠游离阴道壁3.0cm以上,并于3.0cm处切除子宫标本,标本经阴道取出。RAH组手术步骤按常规进行。对于年龄<40岁有保留卵巢功能意愿的鳞癌患者予以原位或移位保留单侧或双侧卵巢,并对术后有放疗可能性的患者予以卵巢移位。

术后处理:术后常规预防性应用广谱抗生素7d,盆腔引流管于连续3d小于10ml后拔除。导尿管于术后14d初次拔除,当晚测定残余尿量>100ml者重新留置导尿管。对于术后病理结果为深肌层受侵、脉管内瘤栓、低分化及切缘阳性者予以补充放疗。术后每3个月随访一次直至2年,2年后半年随访一次直至5年。

1.3 观察指标

观察指标包括手术时间、术中失血量、清扫淋巴结个数、排气时间、自主排尿时间、术后住院时间及手术并发症情况。术中出血量的计算方法LRH组为吸引器瓶内的液体总量减去冲洗液总量,RAH组为吸引器瓶内的出血量加纱布吸血量(每块纱布吸血量按30ml计算)。

1.4 统计学处理

采用SPSS17.0统计软件包进行数据分析,数据采用 $\bar{x}\pm s$ 表示, $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 手术情况

83例经腹腔镜广泛性子宫切除盆腔淋巴结清扫术中,1例因为术中大出血而中转开腹,其余82例均在腹腔镜下完成,中转开腹率为1.20%。LRH组有30例保留单侧或双侧附件,其中25例移位保留;RAH组有64例保留单侧或双侧附件,其中55例移位保留。LRH和RAH组比较,平均手术时间长,出血量少,清扫淋巴结个数无统计学差异,见表1。术

后补充放疗化疗者LRH组36例,RAH组209例,两组比较无统计学差异($P=0.112$)。

2.2 术后恢复情况

LRH组术后排气时间、住院时间均明显短于RAH组,两组自主排尿时间无明显差异,见表1。

表1 两组手术相关指标比较

指标	LRH组	RAH组	P值
平均手术时间(min)	293.43±77.53	200.33±42.79	<0.001
术中失血量(ml)	213.01±120.33	311.43±179.23	<0.001
清扫淋巴结个数	21.43±5.15	22.16±7.62	>0.05
术后排气时间(d)	2.68±0.78	3.69±0.96	0.006
术后住院时间(d)	18.01±12.32	26.09±21.76	<0.001
自主排尿时间(d)	15.34±6.65	15.37±5.82	0.184

2.3 术后并发症

LRH组术后发生并发症共6例,其中膀胱瘘2例,输尿管瘘1例,不完全肠梗阻1例,淋巴囊肿1例,盆腔感染1例;RAH组术后发生并发症38例,其中膀胱瘘2例,不完全肠梗阻4例,淋巴囊肿10例,盆腔感染13例,失血性休克1例。两组比较术后并发症发生率无明显差异。

2.4 术后随访

所有患者术后均进行随访,随访时间13~45个月,平均随访29.31个月,无一例失访。随访期间LRH组复发1例,复发部位为盆腔局部,复发率1.20%,无一例发生穿刺部位肿瘤种植;RAH复发4例,1例宫颈癌肺转移术后存活8个月死亡,复发率为1.07%,死亡率为0.27%。

3 讨论

广泛性子宫切除盆腔淋巴结清扫术是治疗早期宫颈癌及部分子宫内膜癌的标准术式,以往多经过开腹完成,腹腔镜技术以其创伤小、出血少、术后恢复快、并发症低等优势因而得到越来越多的关注。自1989年Querleu开创腹腔镜下施行盆腔淋巴结切除术先河之后,腹腔镜技术逐步被应用到恶性肿瘤诊断、治疗等领域^[1]。经腹腔镜完成广泛性子宫切除盆腔淋巴结清扫术的安全性与有效性是近年研究的热点^[2-4],腹腔镜失败率也即中转开腹率为0~5.6%不等^[4-7]。我院自开展LRH以来共开展83例,占同期开腹手术的22.19%,其中中转开腹1例,发生率为

1.20%。

在 Lee 等^[8]的研究中,选择 LRH 组患者 24 例,并按照 1:2 的比例选择同期同一术者的开腹手术进行对比分析,结果显示两组手术患者盆腔淋巴结数目、淋巴结转移率、宫旁及阴道切除范围、辅助治疗及术中并发症方面无明显差异,但与 RAH 组相比,LRH 组术中出血量明显减少,输血率明显降低,住院时间也显著缩短。本组术中清扫淋巴结个数 LRH 组平均为 21.43 ± 5.16 个,RAH 组为 22.16 ± 7.62 个,无统计学差异,说明通过腹腔镜手术可以达到与开腹手术相同的手术范围及手术效果;平均术中失血量 LRH 组为 213.01 ± 120.33 ml,RAH 组为 311.43 ± 179.23 ml,平均术后排气时间 LRH 组为 2.68 ± 0.78 d,RAH 组为 3.69 ± 0.96 d,平均术后住院时间 LRH 组为 18.01 ± 12.32 d,RAH 组为 26.09 ± 21.76 d,两组比较均有统计学差异。表明经腹腔镜手术可以大大减少患者的术中出血量以及术后恢复时间。本研究平均手术时间 LRH 组明显长于 RAH 组,这可能与我院为开展 LRH 初期,操作不够熟练,术者与助手之间的配合默契程度不高有关,相信随着在以后的临床工作中进一步开展 LRH,手术时间会逐渐缩短接近于 RAH 手术,这与腹腔镜手术需要学习曲线相一致。两组术后并发症相当,膀胱功能恢复时间相近,充分说明经腹腔镜手术并不会因为实施手术途径的改变而增加术中术后副损伤与并发症发生的概率,这与 Yan 等^[9]的研究相一致。

虽然 LRH 技术在国内外开展的时间相对短暂,但关于经腹腔镜术后远期并发症如穿刺口种植转移及对 3 年、5 年生存率的影响方面已经初步得到了部分学者的资料支持,多数学者^[10-13]的资料表明 LRH 组的 5 年生存率可以达 83%~96%,与开腹手术一致。本研究对患者平均随访 29.31 个月,复发 1 例,复发率为 1.20%,与开腹手术相当,无死亡病例,无穿刺口种植发生,这与其他学者的报道相吻合。从目前的资料看,经腹腔镜实施广泛性子宫切除盆腔淋巴结清扫术是安全可行的,可以达到预期的手术效果,值得推广。

参考文献:

[1] 黄新,李德川.腹腔镜手术治疗结直肠癌恶性肿瘤的综合评价研究[J].2010,中国肿瘤,19(10):674-677.
[2] Spirtos NM,Eisenkop SM,Schlaerth JB,et al. Laparoscopic

radical hysterectomy (type III) with aortic and pelvic lymphadenectomy in patients with stage I cervical cancer:surgical morbidity and intermediate follow-up[J]. Am J Obstet Gynaecol,2002,187(2):340-348.

[3] Chen Y,Xu H,Li Y,et al. The outcome of laparoscopic radical hysterectomy and lymphadenectomy for cervical cancer:a prospective analysis of 295 patients[J]. Ann Surg Oncol,2008,15(10):2847-2855.
[4] Pellegrino A,Vizza E,Fruscio R,et al.Total laparoscopic radical hysterectomy and pelvic lymphadenectomy in patients with I b1 stage cervical cancer:analysis of surgical and oncological outcome [J].Eur J Surg Oncol,2009,35(1):98-103.
[5] 孟元光,李亚里,宋磊,等.腹腔镜手术治疗 40 例宫颈癌患者的临床病例分析[J].中国肿瘤临床,2007,34(13):764-767.
[6] 朱新贤,李怀芳,张弋,等.腹腔镜手术与开腹手术治疗早期宫颈癌和内膜癌的对比分析 [J]. 上海医学,2005,28(3):199-201.
[7] Yan X,Li G,Shang H,et al. Complications of laparoscopic radical hysterectomy and pelvic lymphadenectomy-experience of 117 patients[J]. Int J Gynecol Cancer,2009,19(5):963-967.
[8] Lee EJ,Kang H,Kim DH. A comparative study of laparoscopic radical hysterectomy with radical abdominal hysterectomy for early-stage cervical cancer: a long-term follow-up study [J]. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol,2011,156(1):83-86.
[9] Yan X,Li G,Shang H,et al. Twelve-year experience with laparoscopic radical hysterectomy and pelvic lymphadenectomy in cervical cancer[J]. Gynecol Oncol,2011,120(3):362-367.
[10] Sobiczewski P,Bidzinski M,Derlatka P,et al. Early cervical cancer managed by laparoscopy and conventional surgery:comparison of treatment results [J]. Int J Gynecol Cancer,2009,19(8):1390-1395.
[11] Mehra G,Weekes A,Vantrappen P,et al. Laparoscopic assisted radical vaginal hysterectomy for cervical carcinoma: morbidity and long-term follow-up [J]. Eur J Surg Oncol,2010,36(3):304-308.
[12] Pellegrino A,Vizza E,Fruscio R,et al. Total laparoscopic radical hysterectomy and pelvic lymphadenectomy in patients with I b1 stage cervical cancer: analysis of surgical and oncological outcome [J].Eur J Surg Oncol,2009,35(1):98-103.
[13] 李艳,陈勇,徐惠成,等.腹腔镜广泛子宫切除和盆腔淋巴结切除术治疗子宫颈癌 237 例临床分析[J].中国妇产科临床杂志,2009,10(3):172-174.