

因是退行性改变且多数无症状,可以随访观察。对因其有思想顾虑者可给予保守治疗如中药的活血化瘀等^[4],也可在B超引导下局部打入酒精可使其缩小^[5],也可采用手术治疗^[6]。该病预后良好。

参考文献:

- [1] 陈忠年,沈铭昌.实用外科病理学[M].上海:上海医科大学出版社,1997.552.
- [2] 纪小龙.免疫组织化学新编[M].北京:人民军医出版社,

2005.353-369.

- [3] 祁慧,徐志明.154例盆腔包块患者CA125水平的检测结果分析[J].国际检验医学杂志,2011,32(10):1068-1069.
- [4] 曹卫平.中医药治疗卵巢囊肿[J].长春中医药大学学报,2009,25(4):514-515.
- [5] 杨梅,夏明银,李锦,等.超声引导下穿刺硬化治疗卵巢囊肿的临床应用[J].中国妇幼保健,2008,23(20):2897-2898.
- [6] 吴金凤,马爱珍.腹腔镜手术治疗卵巢囊肿80例临床分析[J].腹腔镜外科杂志,2011,16(1):58-60.

孕期子宫肌瘤的病理变化及临床治疗分析

The Pathological Change and Clinical Management of Uterine Myoma with Pregnancy

TIAN Jing, MA Hong-ming, WANG Tian-cheng

田 婧,马红明,王天成

(南京市浦口区中心医院,江苏 南京 211800)

摘要: [目的] 探讨孕期子宫肌瘤的病理变化及临床处理方法。[方法] 回顾性分析孕期子宫肌瘤患者132例,以及同期非孕期子宫肌瘤患者294例作为对照,比较两组肌瘤部位、组织学类型、治疗方法及预后。[结果] 与对照组相比,孕期子宫肌瘤以浆膜下为主,特殊组织学亚型明显增多($P<0.05$);产后肌瘤有缩小趋势($P<0.05$)。[结论] 孕期子宫肌瘤病理变化明显,预后较好,如肌瘤较小,可随访观察。

关键词: 妊娠;子宫肌瘤;病理学;治疗

中图分类号: R737.33 **文献标识码:** B

文章编号: 1671-170X(2012)12-0971-02

子宫肌瘤是育龄妇女最常见的良性肿瘤,有报道30岁以上的妇女发病率高达50%^[1]。妊娠合并子宫肌瘤的产妇也有明显的上升趋势,其发生率为0.3%~1.2%^[2]。我国的剖宫产率近50%,大量的子宫肌瘤在剖宫产术中被发现,此时肌瘤的去留,专家们尚未达成一致。本文对南京市浦口区中心医院6年来孕期子宫肌瘤患者作一回顾性分析。

1 资料与方法

1.1 一般资料

全部资料来自2006年1月至2011年12月南京市浦口区中心医院妇科和产科住院病例,纳入标准:孕妇孕前或孕期发现子宫肌瘤或剖宫产术中发现子宫肌瘤者统称孕期子

宫肌瘤;非孕期子宫肌瘤为无症状体检发现的子宫肌瘤患者,包括月经量正常,无内外科合并症。符合上述标准的孕期子宫肌瘤132例为研究组,同时期非孕期子宫肌瘤294例为对照组,两组在年龄、学历、社会地位、经济等方面无统计学差异($P>0.05$)。

1.2 方法

研究组在孕前或孕期确诊后,无症状的不予干涉;有肌瘤变性引起疼痛者行保守治疗,足月者可手术;剖宫产术中发现子宫肌瘤者,对于直径 $>2\text{cm}$ 行肌瘤剔除术,肌瘤小且不在子宫切口者不予处理。对照组根据肌瘤大小、个数、患者意愿等行子宫次切、肌瘤剔除、药物治疗、单纯随访等。

对两组手术切除肌瘤的患者进行常规病理检查,根据细胞形态和核分裂相分为4型:①普通型良性平滑肌瘤,肿瘤细胞分化较好,近似正常平滑肌细胞,瘤细胞呈交错束状排列;②富于细胞型平滑肌瘤,肿瘤细胞密集,数量明显多于普通型良性平滑肌瘤,核分裂相2~3个/10高倍视野(high power field, HPF),细胞无明显异型性,无肿瘤性凝固性坏死;③非典型性(多形性/奇异性/合体细胞性)平滑肌瘤,瘤体内局灶性非典型细胞,胞体大,核大、不规则、深染、核膜厚、染色质

收稿日期:2012-09-27;修回日期:2012-11-19

粗、集块。核分裂相 1~2 个/10HPF,无肿瘤性凝固性坏死和病理性核分裂相;④分裂相活跃(富于分裂相)的平滑肌瘤,核分裂相 5~15 个/10HPF,细胞无明显异型性,无肿瘤性凝固性坏死和病理性核分裂相。

1.3 统计学处理

本研究数据采用 SPSS17.0 统计学软件进行统计学处理。计数资料比较采用 χ^2 检验。以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者治疗情况

孕期子宫肌瘤患者治疗主要是剖宫产时肌瘤剔除,较小的肌瘤进行观察随访;非孕期肌瘤可采用肌瘤剔除、子宫次切或药物治疗(表 1)。

表 1 两组患者治疗情况

组别	例数	治疗方法			
		子宫次切	肌瘤剔除	药物治疗	单纯随访
研究组	132	0	63	0	69
对照组	294	43	82	16	153
χ^2		21.474	15.965	7.464	0.002
P		0.000	0.006	0.006	0.965

2.2 肿瘤部位

研究组:浆膜下 103 例,占 78.03%;肌壁间 21 例,占 15.91%;黏膜下 8 例,占 6.06%。其中多发性肌瘤 105 例,占 79.55%。

对照组:肌壁间 200 例,占 68.03%;浆膜下 93 例,占 31.63%;黏膜下 1 例,占 0.34%。其中多发性肌瘤 145 例,占 49.32%。从肿瘤部位看,孕期以浆膜下为主,非孕期以肌壁间为主。

2.3 组织学分型

孕期肌瘤组织学亚型中富于细胞、非典型性、分裂活跃型明显多于非孕期($P<0.05$),见表 2。

2.4 随访

对研究组未处理肿瘤的 69 例和对照组未手术的 169 例

表 2 两组肌瘤组织学分型

组别	例数	组织学分型			
		普通型	富于细胞型	非典型性	分裂相活跃型
研究组	63	35	12	8	8
对照组	125	112	6	3	4
χ^2		28.471	13.034	8.065	6.324
P		0.000	0.000	0.005	0.012

表 3 两组患者随访结果

组别	组别	B 超检查肌瘤体积(三线径积 $\times\pi/6$)		
		增大	无变化	缩小
研究组	69	1	29	39
对照组	169	23	125	21
χ^2		7.990	21.881	50.528
P		0.005	0.000	0.000

进行随访,随访时间最长 5 年,最短 6 个月,平均 3.2 年。与对照组相比,研究组分娩后肌瘤大部分缩小,增大进展者很少($P<0.05$),见表 3。

3 讨论

3.1 妊娠期子宫肌瘤的特征

有研究显示^[3],子宫肌瘤组织 ER mRNA、PR mRNA 及其表达蛋白均高于周围肌层组织,相应的 ER、PR 含量也高于其周围正常肌层组织。子宫多发肌瘤组织的 ER、PR 表达水平均明显高于子宫单发肌瘤^[4]。妊娠期由于黄体 and 胎盘滋养细胞分泌大量的雌、孕激素,使它们的受体功能得到了发挥,潜在的肌瘤细胞得以快速生长,多发肌瘤也就更常见,本组资料也有相似结果。孕期和非孕期子宫肌瘤组织类型以普通型平滑肌瘤为主,特殊类型平滑肌瘤中,奇异型和核分裂相活跃型平滑肌瘤在妊娠妇女中高于非妊娠妇女^[5]。本组资料显示,两组肌瘤组织类型均以普通型平滑肌瘤为主,孕期肌瘤组织学亚型中富于细胞、非典型性、分裂相活跃型明显多于非孕期。由于孕期子宫肌瘤中,肿瘤细胞可发生形态学变异和核分裂相增多,应做好与平滑肌肉瘤或恶性潜能未定的平滑肌瘤的鉴别。

3.2 孕期子宫肌瘤的治疗策略

由于孕期对胎儿及其附属物的高度关注和增大子宫的影响,导致相当一部分的肌瘤是在剖宫产时被发现,处理时无周密的计划和统一标准。本组资料显示,直径 $<2\text{cm}$ 的子宫肌瘤,在产后的随访中,98%(68/69)缩小或无增大($P<0.05$),与非孕期肌瘤有很大不同,其原因可能是随着妊娠的终止,高雌、孕激素水平的降低,ER、PR 的刺激作用减弱;产妇不在肌瘤的高发区域,结果使肌瘤难以快速生长。就组织学类型上,孕期平滑肌瘤的特殊组织学亚型较多(包括富于细胞型平滑肌瘤、分裂相活跃的平滑肌瘤、非典型性平滑肌瘤),一般呈良性经过,当非典型性平滑肌瘤为多灶或弥漫分布时,仅具很低的复发潜能,肿瘤切除后随访观察^[6]。作者认为,孕期子宫肌瘤,如无明显增大,无压迫症状和变性,可严密观察;剖宫产术中发现的,肌瘤较大,距子宫切口较近者可予切除;对于较小甚至多发者,可予随访。

参考文献:

[1] 石一复,李娟清.子宫肌瘤诊治的再认识[J].国际妇产科学杂志,2012,39(2):109-111.
[2] 曹泽毅.中华妇产科学[M].第 2 版.北京:人民卫生出版社,2004.2100-2101.
[3] Blake RE. Leiomyomata uteri:hormonal and molecular determinants of growth[J]. J Natl Med Assoc,2007,99(10):1170-1184.
[4] 梁明珠,祁秀娟.子宫单发与多发肌瘤雌、孕激素受体表达差异[J].中国医药科学,2012,2(8):26-27.
[5] 陈石岩,单平联,李玉华,等.喀什维族妊娠妇女子宫肌瘤与非妊娠子宫肌瘤病理形态学变化[J].临床与实验病理学杂志,2011,27(9):966-969.
[6] 贾静,石新兰,张宁.246 例子宫平滑肌瘤临床病理分析[J].国际病理科学与临床杂志,2011,31(2):103-106.