

手术联合放、化疗与单纯手术治疗 I a~II a 期 宫颈鳞癌患者的疗效比较

王亚军, 周 航, 刘 霄, 王则晋

(遵义医学院附属肿瘤医院, 贵州 遵义 563099)

摘 要: [目的] 观察宫颈鳞癌根治术联合放、化疗治疗 I a~II a 期宫颈鳞癌患者的临床疗效, 并与单纯根治手术疗效进行比较。[方法] 采用回顾性分析方法, 将 2007 年 1 月至 2012 年 7 月期间收治的经根治手术治疗并具有复发、转移高危因素的 94 例 I a~II a 期宫颈鳞癌患者的临床相关资料进行整理、分析, 其中 63 例患者宫颈癌根治术后 3~5 个月内行盆腔外放疗加 TP 方案全身化疗 2~4 周期; 另外 31 例患者仅行单纯宫颈癌根治手术治疗, 对两组患者的临床疗效进行比较分析。[结果] 随访时间为 12~79 个月, 中位随访 37 个月, 随访期内, 手术联合放、化疗组与单纯手术组的盆腔或阴道残端局部复发率分别为 3.17% 和 61.29%, 远处脏器或组织转移率分别为 17.46% 和 51.61%, 差异均有显著统计学意义 ($P < 0.05$)。[结论] 对于 I a~II a 期宫颈鳞癌根治性手术后具有复发、转移高危因素的患者, 术后联合放、化疗能明显降低其局部复发率及远处转移率, 具有较高的临床应用价值。

主题词: 手术联合放、化疗; 单纯手术治疗; 宫颈肿瘤; 局部复发; 远处转移

中图分类号: R737.33 **文献标识码:** A **文章编号:** 1671-170X(2013)12-0970-03

doi: 10.11735/j.issn.1671-170X.2013.12.B013

Comparison of Clinical Effects of Radical Surgery Combined with Chemoradiotherapy and Radical Surgery Alone in the Treatment for Cervical Squamous Cell Carcinoma Stage I a~II a

WANG Ya-jun, ZHOU Hang, LIU Xiao, et al.

(Tumor Hospital of the Affiliated Hospital of Zunyi Medical College, Zunyi 563099, China)

Abstract: [Purpose] To compare clinical effects of radical surgery combined with chemoradiotherapy and radical surgery alone in the treatment for cervical squamous cell carcinoma stage I a~II a. [Methods] Ninety-four cases with cervical squamous cell carcinoma stage I a~II a were enrolled and analyzed retrospectively. Of 94 cases, 63 cases treated with radical surgery combined with chemoradiotherapy (pelvic radiotherapy plus TP regimen chemotherapy 2~4 cycles), while 31 cases treated with radical surgery alone. [Results] The time of follow-up was 12~79 months, with a median follow-up of 37 months. The pelvic or vaginal stump recurrence rates of radical surgery combined with chemoradiotherapy group and surgery alone group were 3.17% and 61.29%, distant or local metastasis rates were 17.46% and 51.61% respectively, with significant difference ($P < 0.05$). [Conclusion] Radical surgery combined with chemoradiotherapy in the treatment for cervical squamous cell carcinoma stage I a~II a is able to improve local recurrence and distant metastasis rate, with a high clinical value.

Subject words: operative chemoradiotherapy; radical surgery alone; cervical squamous cell carcinoma; local recurrence; distant metastases

宫颈癌是妇科最常见的恶性肿瘤之一, 在全球妇女中的发病率和死亡率仅次于乳腺癌。近年来, 我国宫颈癌每年新发病例 13 万以上^[1], 而手术和放疗是该疾病的主要治疗手段, 目前手术治疗主要适用于早期宫颈癌患者。有资料显示单一根治性手术后肿瘤局部复发率高达 30% 以上^[2], 且肿瘤分化程度、临床分期、盆腔淋巴结转移等是影响宫颈癌手术后复发的重

要高危因素, 术后辅助治疗可降低其局部复发率^[3]。本研究中, 对在遵义医学院附属肿瘤医院行宫颈癌根治手术以及部分术后联合放、化疗, 具有复发、转移高危因素且有完整病历及随访资料的 94 例 I a~II a 期宫颈鳞癌患者进行回顾性分析, 现报道如下。

1 资料与方法

1.1 入组标准

①临床分期为 I a~II a 期的初诊患者 (根据国

通讯作者: 周 航, 主任医师, 硕士; 遵义医学院附属肿瘤医院腹部肿瘤科, 贵州省遵义市大连路 149 号 (563099); E-mail: zhouhang6618@sina.com

收稿日期: 2013-09-27; **修回日期:** 2013-11-17

际妇产科联盟(FIGO,2000)子宫颈癌临床分期标准进行分期);②均接受宫颈癌根治术(广泛性子宫颈切除联合盆腔淋巴结清扫术);③病理类型为宫颈鳞癌;④具有术后复发、转移高危因素;⑤卡氏评分均在70分以上,心、肝、肾功能正常;⑥年龄<70岁;⑦治疗前相关辅助检查未发现局部复发及远处脏器、组织转移病灶;⑧有完整的随访资料。

1.2 临床资料

2007年1月1日至2012年7月31日行宫颈癌根治术的患者中,符合上述入组标准共94例,根据患者术后治疗方式不同分为两组:手术联合放、化疗组(63例)及单纯手术组(31例)。两组患者临床分期、平均年龄及术后复发、转移高危因素,差异均无统计学意义($P>0.05$)(Table 1),具有可比性。

1.3 治疗方法

1.3.1 手术联合放、化疗组

63例患者行宫颈癌根治术后3~5个月内行盆腔外放疗加TP方案化疗2~4个疗程。放疗方案:45例(71.4%)患者接受了盆腔大野放疗(采用Elekta-Precise直线加速器照射),设盆腔“盒式”野,其中前后野范围:上界至腰5椎体上缘、下界至闭孔下缘、两侧界至真骨盆外1.5~2.0cm;两侧野范围:上下界与前后野相同,前界为耻骨联合前缘、后界为3/4骶骨间或尾骨尖1.5cm,盆腔前后野剂量各15Gy,两侧野剂量各10Gy, D_T 50Gy/2Gy/25次(每周5次,照射5周);另18例(28.6%)接受了三维适形放射治疗(采用Elekta-Precise直线加速器照射),CTV:上界至腰5椎体上缘、下界至闭孔下缘,包括瘤床、部分左右髂总、骶前区、骶内、骶外、闭孔淋巴结引流区及部分阴道,PTV:CTV三维外放0.5~1.0cm,95%PTV:50Gy/2Gy/25次(每周5次,照射5周)。化疗方案:紫杉醇135mg/m² d₁+顺铂70mg/m² d₂₋₄,化疗2~4个疗程(平均2.8个疗程),每4周一个疗程。

1.3.2 单纯手术治疗组

31例患者宫颈癌根治术后因拒绝或其他原因未行术后放、化疗。

1.4 随访

采用门诊复诊和电话随访的方式对患者进行随

访,随访时间从患者手术日开始,截止时间为2013年7月31日。两组患者的随访时间为12~79个月,中位随访时间为37个月。肿瘤局部复发及远处转移的诊断是通过我院门诊行妇科检查、腹盆腔彩超或增强CT或MRI、胸片或胸部CT、骨ECT等影像学检查判定。

1.5 统计学处理

收集符合入组标准患者的基本信息、术前临床分期、术后复发、转移高危因素以及治疗情况等因素,使用SPSS 19.0统计软件进行处理分析,平均年龄以均数±标准差($\bar{x} \pm s$)表示,两组间年龄比较采用 t 检验,临床分期、肿瘤复发及转移的高危因素的比较采用 χ^2 检验,局部复发率、远处转移率和生存率的计算采用Kaplan-Meier法,并用Log-Rank法进行比较。 $P<0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结 果

2.1 复发、转移发生的情况

在随访期内,共计21例患者出现局部复发,27例患者出现远处转移,两组患者的局部复发率分别为3.17%、61.29%;远处转移率分别为17.46%、51.61%,差异均有统计学意义($P<0.05$)(Table 2)。其中手术联合放、化疗组患者盆腔复发2例、双肺转移5例、腹膜后淋巴结3例、骨转移3例;单纯手术组患者盆腔复发7例、阴道残端复发12例、双肺转移4例、腹膜后淋巴结3例、腹壁3例、骨转移2例、肝转移2例、双肺合并腹膜后淋巴结转移1例、腹膜后淋巴结合并骨转移1例。

2.2 生存期随访情况

对两组病例随访记录存活情况。手术联合放、化疗组的死亡17例,单纯手术组的死亡19例。两组患者的生存率分别为73.02%、38.71%,差异具有统计学意义($P=0.01$)(Figure 1)。

3 讨 论

宫颈癌是女性常见恶性肿瘤之一,在全球范围

Table 1 Comparison of clinical features in two groups

Groups	n	Age(years)	Clinical stage			Huge tumor volume (≥ 4 cm)	Lymph node metastasis	Vascular invasion	Cervical stromal invasion (Depth $\geq$ outer 1/3)	Parametrial invasion	Positive margin
			I a	I b	II a						
Operative chemoradiotherapy group	63	46.48 $\pm$ 8.85	6	29	28	18	20	9	8	3	9
Surgery alone group	31	46.52 $\pm$ 11.05	3	16	12	7	11	5	6	1	2

内,每年约有 27 万女性死于宫颈癌。近年来由于病毒感染及生活方式改变等原因,宫颈癌的发病率呈逐年上升和低龄化趋势^[4],严重威胁着女性的身心健康。中国每年新发现宫颈癌病例为 13.15 万,使之受到中国医学届的高度重视。广泛性子官切除联合盆腔淋巴结切除术是治疗早期宫颈癌的常规术式,手术治疗的生存率高、远期不良反应少^[5],患者的生活质量和心理优势体现均很明显,尤其对年轻女性患者,但如何减少手术治疗后的肿瘤复发仍是众多学者关注的焦点。Winter 等^[6]报道,在宫颈癌手术病例中,无淋巴结转移、但有宫旁浸润者达 33%~67%,由于当前影像学技术条件下,这些宫旁浸润的诊断是困难的,且广泛性子官切除和淋巴结清扫术并不能达到治疗要求,即癌灶不能切净,故术后必须辅助盆腔放射治疗。Kukura 等^[7]对 72 例均为宫颈癌 I b1 期患者的治疗进行统计分析后认为,宫颈癌 I b 期无不利预后因素的术后患者行全盆腔放疗的价值也是很重要的。Peters 等^[8]报道了 127 例 I a2~II a 期根治术后证实有盆腔淋巴结转移、手术切缘阳性和(或)宫颈浸润的宫颈癌患者,接受了放、化疗,结果显示,放疗加化疗组 4 年无进展生存率和总体生存率均明显高于放疗组。程玺等^[9]对比分析了术后放疗加化疗与无辅助治疗对有淋巴结转移的宫颈癌患者预后的影响,结果显示术后放疗加化疗组与无辅助治疗组的 3 年无瘤生存率分别为 60.7%、36.0%、盆腔复发率分别为 7.5%、34.1%,远处转移率分别为 16.8%、22.0%,也证实了术后同期放化疗在控制宫颈癌患者手术治疗后复发、转移中的价值。

本研究主要对比根治术联合放、化疗与单纯根治术治疗对宫颈癌患者盆腔或阴道残端局部复发、远处脏器或组织转移的临床疗效,94 例患者中,手术联合放、化疗的 63 例患者局部复发率为 3.17%,远处转移率为 17.46%;而单纯手术的 31 例患者中,局部复发率为 61.29%,远处转移率为 51.61%,两者比较差异有明显统计学意义,与国内外相关文献报道符合,提示手术联合放、化疗对 I a~II a 期具有复发、转移高危因素的宫颈鳞癌的预后是有益的,值得临床推广应用,但由于本文样本量偏少,且部分患者随访时间短,确切的远期疗效及生存时间还需增大样本随机对照及延长随访时间进行观察。

参考文献:

[1] Chang WC,Li CH,Huang SC,et al. Clinical significance

Table 2 Comparison of recurrence and metastases in the two groups

Groups	n	Pelvic or vaginal stump recurrence		Distant or local metastases	
		Cases	%	Cases	%
Operative chemoradiotherapy group	63	2	3.17	11	17.46
Surgery alone group	31	19	61.29	16	51.61

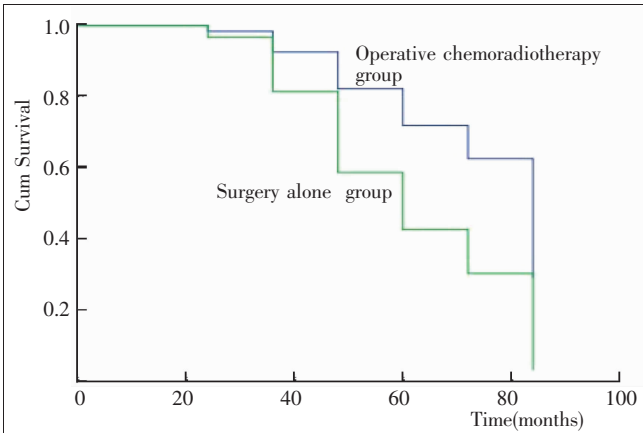


Figure 1 The survival curves of the two groups

of regulatory T cells and CD8+ effect or populations in patients with human endometrial carcinoma [J].Cancer, 2010,116(24):5777-5788.

[2] Rotman M,Sedlis A,Piedmonte MR,et al. A phase III randomized trial of postoperative pelvic irradiation in Stage Ib cervical carcinoma with poor prognostic features; follow-up of a gynecologic oncology group study [J]. Int J Radiat Oncol Biol Phys,2006,65(1):169-176.

[3] Ye Y,Yin JP,Li L,et al. Analysis of the clinicopathological factors affecting the relapse of carcinoma of cervix after surgery[J]. Journal of Practical Obstetrics and Gynecology,2011,27 (7) :535-538.[叶元,尹荏荪,李力,等.宫颈癌手术治疗后复发的临床病理因素分析[J].实用妇产科杂志,2011,27(7):535-538.]

[4] Jemal A,Bray F,Center MM,et al.Global cancer statistics [J].CA Cancer J Clin,2011,61(2):69-90.

[5] Plante M,Gregoire J,Renaud MC,et al.The vaginal radical trachelectomy;an update of a series of 125 cases and 106 pregnancies[J].Gynecol Oncol,2011,121(2):290-297.

[6] Winter R,Haas J,Reich O,et al.Parametrial spread of cervical cancer in patients with negative pelvic lymph nodes[J].Gynecol Oncol,2002,84 (2):252-257.

[7] Kukura V,Ciglar S,Markulin-Grgić L,et al. Adjuvant therapy after radical surgery of cervical cancer;zagreb experience [J]. Coll Antropol,2007,31 Suppl 2:155-158.

[8] Peters WA 3rd,Liu PY,Barrett RJ 2nd,et al. Concurrent chemotherapy and pelvic radiation therapy compared with pelvic radiation therapy alone as adjuvant therapy after radical surgery in high-risk early-stage cancer of the cervix[J].J Clin Oncol,2000,18(8):1606-1613.

[9] Cheng X,Cai SM,Li ZT,et al.Multidisciplinary therapy after radical surgery in stage I b1-II b cervical cancer patients with positive lymph nodes[J].Chinese Journal of Obstetrics and Gynecology,2005,40(8):539-543[程玺,蔡树模,李子庭,等.淋巴结转移的 I b1 ~ II b 期子宫颈癌患者手术后的综合治疗及预后分析[J].中华妇产科杂志,2005,40(8):539-543.]