

宫颈残端癌的手术治疗(附 16 例报告)

周碧芳, 曲军卫, 周学惠, 吴 强

(南京医科大学附属江苏省肿瘤医院妇瘤科, 江苏 南京 210009)

[关键词] 宫颈残端癌; 子宫次全切除术

[中图分类号] R737.33

[文献标识码] B

[文章编号] 1007-4368(2012)07-1045-02

宫颈残端癌是指子宫次全切除术后, 残留宫颈发生的癌, 临床较少见。根据距离子宫次全切除术的时间, 宫颈残端癌可分为 2 类: 一类是隐性残端癌, 指子宫次全切除术后 2 年内残端宫颈发生的癌; 另一类是真性残端癌, 是指在行子宫次全切除时宫颈正常, 术后经过 2 年以上残端宫颈发生发展的癌^[1]。江苏省肿瘤医院 2000 年 12 月~2011 年 6 月手术治疗宫颈残端癌 16 例, 分析并总结手术体会如下。

1 对象和方法

1.1 对象

2000 年 12 月~2011 年 6 月收治的 16 例宫颈残端癌患者, 年龄 40~55 岁, 中位年龄 44 岁。术经过详细的体格检查, 尤其是妇科三合诊检查, 结合宫颈细胞学-阴道镜(镜下活检+宫颈管搔刮术)-病理学检查, 采用国际妇产科联盟(FIGO)临床分期法, I a1 期 3 例、I b 期 11 例、II a 期 2 例。

临床表现: 14 例患者由于子宫肌瘤而行子宫次全切除术, 2 例患者由于产后大出血而手术。子宫次全切除术后到发现宫颈残端癌的时间, 最短 1 年 10 个月, 最长 13 年, 平均 6 年 2 个月。其中 13 例表现为不规则阴道出血和(或)接触性阴道出血, 2 例为阴道分泌物增多伴异味、腰背酸痛等症状, 1 例无典型症状, 体检时发现。病灶呈宫颈菜花型 7 例、结节型 4 例、表面糜烂 5 例。

1.2 方法

16 例患者均采用手术治疗。经腹筋膜外宫颈切除 3 例, 经腹广泛宫颈切除加盆腔淋巴结清扫 13 例。其中 2 例深肌层浸润及 2 例淋巴结转移者, 术后予补充放射治疗, 盆腔外照射(剂量为 4 500 cGy); 1 例脉管癌栓及 1 例低分化者补充术后化疗, 化疗方案为顺铂 75 mg/m² + 紫杉醇 150 mg/m², 治

疗 4 个疗程。

2 结果

手术中均未出现输尿管损伤及膀胱、肠管损伤。经腹筋膜外宫颈切除术中出血平均 283.3 ml, 手术时间平均 150 min; 经腹广泛宫颈切除 + 盆腔淋巴结清扫术中出血平均 538.5 ml, 手术时间平均 210 min。

术后病理结果为鳞癌 13 例: 高分化 1 例、中分化 9 例、低分化 3 例; 腺癌 2 例: 高分化 1 例、中低分化 1 例; 腺鳞癌 1 例, 为中分化。深肌层浸润 2 例; 淋巴结转移 2 例; 脉管癌栓 1 例。

术后出现发热、淋巴囊肿 1 例; 尿潴留 2 例; 腹痛、肠粘连 1 例; 均发生在经腹广泛宫颈癌切除 + 盆腔淋巴结清扫者, 发生率 25%(4/16)。

随访截止时间为 2011 年 12 月。随访 5 年以上者 9 例: I a1 期及 II a 期各 1 例, 均生存 5 年以上; I b 期 7 例中, 1 例患者死亡, 1 例患者带瘤生存, 5 年生存率 85.7%。其余随访不足 5 年者 7 例: I a1 期 2 例、I b 期 4 例、II a 期 1 例均无瘤生存 1~4 年。

3 讨论

宫颈残端癌临床较少见, 占同期宫颈癌的比率, 国外文献报道为 2.00%^[2], 国内报道为 0.44%~0.70%^[3], 南京医科大学附属江苏省肿瘤医院手术的宫颈残端癌占同期手术宫颈癌(1 672 例)的比率为 0.96%。近年来由于子宫次全切除手术增加, 宫颈残端癌的发生率有上升趋势。在采取保留宫颈的手术前, 应常规行宫颈细胞学检查, 以减少隐性残端癌的发生。而对于保留宫颈的妇女, 要加强健康教育, 每年定期筛查残留宫颈, 以期早期发现病变。

宫颈残端癌的治疗原则与一般宫颈癌相同。虽然放疗适用于各个期, 但由于宫颈残端癌的特殊

性,如:①子宫体缺如,腔内放射源的放置受限,影响盆腔中轴剂量和盆壁的放射剂量;②宫颈管腔内治疗布源困难,剂量分布不理想,常常达不到最佳剂量;③腔内剂量不足,提高体外剂量或阴道剂量,使放疗并发症发生率明显增加(30%~48%),尤其是晚期并发症;④术后粘连、纤维化、血行障碍、放射耐量降低,增加并发症的概率。Beriwal等^[4]报道宫颈残端癌总的放疗并发症高于一般宫颈癌。同时本组病例中位年龄44岁,为保护卵巢功能及阴道弹性,提高生活质量,因此I和IIa期患者以手术治疗为主是恰当的。

手术范围, I期和IIa期按宫颈癌根治术进行。由于子宫体切除,正常解剖结构的改变和前次手术可能造成的并发症如粘连,增加了宫颈残端癌手术的难度;要求术者有熟练的操作技巧。由于子宫体缺如,肠管覆盖盆底,要首先分离粘连于盆底的肠管,暴露盆腔;接着找到并提起宫颈残端,仔细分离附着于其上的膀胱,下推膀胱至宫颈外口处;打开盆腔侧腹膜,在输尿管盆腔段中部打开输尿管鞘膜,充分暴露输尿管,沿着输尿管走向在鞘膜内向下分离,切断、结扎宫颈膀胱韧带后,将输尿管完全游离直至进入膀胱,进一步下推膀胱至宫颈下3cm长度,此处往往由于粘连及解剖位置的改变有较多渗血;并将输尿管推向宫颈外方,以便充分切除主韧带和阴道旁组织。术后若有切缘阳性、宫旁受侵、盆腔淋巴结转移、宫颈肿瘤巨大、深肌层浸润、脉管瘤栓等情况应辅助放疗或放化疗,以减少盆腔复发和远处转移,提高生存率。本组患者术后病理提示:深肌层浸润2例、淋巴结转移2例、脉管瘤栓1例,针对以上高危因素,给予术后补充放射治疗,及同步化疗, Ib期5年生存率达

85.7%,与同期一般早期宫颈癌的5年生存率基本一致^[5]。

虽然,早期宫颈残端癌由于正常解剖结构的改变及组织粘连等原因,以致手术难度增加,但这不应该成为舍弃手术治疗而选择放射治疗的原因。本组病患均经手术治疗,术中出血及手术时间,与宫颈癌相关手术的文献报道一致^[6],并发症亦无明显增加。而且手术治疗能避免放疗导致的卵巢功能灭活和阴道萎缩,从而提高了患者的生存质量。

由于宫颈残端癌的特殊性,临床工作中需强调个体化治疗。根据患者年龄、临床分期、肿瘤大小、残存宫颈管长度、术后解剖改变及医疗技术条件制定合理的个体化治疗方案。对于早期宫颈残端癌的治疗,笔者认为与一般早期宫颈癌一样,手术切除是安全可行的。

[参考文献]

- [1] 王淑贞. 实用妇产科学 [M]. 北京: 人民卫生出版社, 1987: 667
- [2] Hellström AC, Hellman K, Pettersson BF, et al. Carcinoma of the cervical stump: fifty years of experience [J]. *Oncol Rep*, 2011, 25(6): 1651-1654
- [3] 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] Beriwal S, Bhatnagar A, Heron DE, et al. High-dose-rate interstitial brachytherapy for gynecologic malignancies [J]. *Brachytherapy*, 2006, 5(4): 218-222
- [5] 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
- [6] 高京海, 张海林, 张雯碧, 等. 宫颈癌根治手术 440 例分析 [J]. *肿瘤*, 2008, 28(11): 986-989

[收稿日期] 2012-03-02