

卵巢交界性肿瘤手术中腹膜后淋巴结切除的临床研究

王铁军, 张 婷

(南京医科大学附属无锡市妇幼保健院妇科, 江苏 无锡 214002)

[摘要] 目的:对卵巢交界性肿瘤的临床结局进行分析,探讨卵巢交界性肿瘤手术时是否有必要常规行后腹膜淋巴结评价。方法:回顾性分析1998年2月~2010年2月在无锡市妇幼保健院进行手术的119例卵巢交界性肿瘤患者,对其临床结局进行分析,比较卵巢交界性肿瘤手术中淋巴结评价组与未评价组临床结局的差异。结果:其中54例(45.4%)接受包含淋巴结清扫在内的标准分期手术,7例(5.9%)保守性手术患者接受了后腹膜淋巴结取样活检。接受后腹膜淋巴结评价组的患者较未评价组年龄大。淋巴结评价组术中失血量更多,住院天数更长。未评价组中非浆液性交界瘤比例较高。两组平均总生存时间和复发率相似。结论:卵巢交界性肿瘤手术中无需常规进行腹膜后淋巴结评价,特别是对早期、年轻有生育要求的患者。当临床分期晚、有复发的高危因素或组织学提示可疑浸润癌时进行包括后腹膜淋巴结清扫的完全分期手术仍是必要的。

[关键词] 卵巢交界性肿瘤;淋巴结切除

[中图分类号] R737.31

[文献标志码] B

[文章编号] 1007-4368(2014)03-361-03

doi:10.7655/NYDXBNS20140319

卵巢交界性肿瘤(borderline ovarian tumor, BOT),又称低度恶性卵巢肿瘤,占卵巢上皮性恶性肿瘤的10%~15%。BOT的组织学上具有一定的核分裂像及异型性,但缺乏破坏性的间质浸润,生物学行为介于良性卵巢肿瘤与恶性浸润性肿瘤之间^[1]。BOT发病年龄明显年轻,其中15~29岁为发病频率最高的年龄组,因此保留生育功能是经常需要面对的临床问题。年轻患者手术范围的决定对患者预后及生育结局尤其重要。目前根据患者有无生育要求,手术方式分为根治性手术及保留生育功能的手术两大类,术中是否行后腹膜淋巴结切除的问题上则有争议。本研究旨在对比BOT手术切除淋巴结和不切除淋巴结患者的临床结局,评价手术切除淋巴结对临床预后的作用。

1 对象和方法

1.1 对象

1998年2月~2010年2月南京医科大学附属无锡市妇幼保健院治疗的卵巢交界性肿瘤119例。所有的研究对象均接受手术治疗,并经病理学检查确诊。119例患者诊断时平均年龄(38.2 ± 9.5)岁(16~59岁),45例(37.8%)未生育,9例(7.6%)为绝经后妇女。其中接受淋巴结评价组的平均年龄为(43.6 ± 6.3)岁,未接受淋巴结评价组的平均年龄为(31.2 ± 7.6)岁($P < 0.05$)。

1.2 方法

回顾119例研究对象住院手术时的一般资料、治疗方式、病理结果、手术病理分期、术中情况以及随访资料。肿瘤分类依据WHO的病理系统,分期根据国际妇产科联盟确立的分期系统^[1]。患者的随访包括临床检查、盆腹腔B超和血清CA125水平的测定。术后第1年每3个月随访1次,以后每6个月随访1次持续2年,再后每年随访1次。如果患者最后1次随访至今超过24个月,则认定为失访,排除出研究对象。

1.3 统计学方法

收集的数据录入SPSS13.0软件进行统计学分析。Smirnov-Kolmogorov检验用来进行变量分布的正态性检验,组间均数比较用 t 检验,率的比较用卡方检验,等级数据的比较用秩和检验。 $P \leq 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 研究对象手术方式及围手术期情况

54例(45.4%)患者接受了全面的分期手术(包括腹腔冲洗,全子宫+双附件、大网膜、阑尾切除,随机腹膜多点活检,可疑病灶活检,盆腔和腹主动脉旁淋巴结清扫术)。其余患者接受了保留生育功能或不完全的分期手术(表1)。6例病理提示有微浸润的患者术后接受了辅助化疗。淋巴结评价组平均失血量为

(344.6 ± 184.3)ml, 较未评价组的(108.5 ± 119.1)ml 明显增多($P < 0.001$)。淋巴结评价组平均住院天数(12.1 ± 1.2)d, 较未评价组的(8.1 ± 1.1)d 明显延长($P = 0.001$)。手术并发症共7例, 6例系淋巴结评价手术组。术中并发大出血1例, 术后并发肠梗阻1例、

盆腔感染2例、淋巴囊肿2例、乳糜腹1例。两组间肿瘤大小无明显统计学差异。淋巴结评价组中交界性浆液性囊腺瘤比例较高, 为63.9%。两组中均半数以上病例为I期患者(表2)。61例接受了淋巴结评价的患者术后病理有淋巴结累及6例, 转移率9.8%。

表1 研究对象的手术情况分布

[n(%)]

手术方式	例数
完全的分期手术	54(45.4)
分期手术(不包括后腹膜淋巴结评价)	11(9.2)
单侧附件切除术(其中6例同时行淋巴结取样活检)	40(33.6)
卵巢肿瘤剥除术(其中1例同时行淋巴结取样活检)	14(11.8)
全部	119(100.0)

表2 淋巴结评价组与未评价组情况比较

观察指标	淋巴结评价组(n=61)	淋巴结未评价组(n=58)	P值
术中失血量(ml)	344.6 ± 184.3	108.5 ± 119.1	<0.001
平均住院天数(d)	12.1 ± 1.2	8.1 ± 1.1	0.001
手术并发症[n(%)]	6(9.8)	1(1.8)	0.060
肿瘤直径(cm)	8.3 ± 3.4	7.7 ± 3.2	0.559
组织学类型[n(%)]			0.001
浆液性	39(63.9)	19(32.8)	
非浆液性	22(36.1)	39(67.2)	
手术病理分期[n(%)]			0.016
I期	34(55.7)	43(74.1)	
II期	16(26.2)	13(22.4)	
III期	11(18.1)	2(3.5)	
随访时间(月)	54.6 ± 26.1	55.3 ± 21.7	0.557
总生存时间(月)	61.8 ± 23.4	62.1 ± 22.7	0.544

2.2 随访结果

淋巴结评价组随访时间18~156个月, 平均(54.6 ± 26.1)个月; 淋巴结未评价组随访时间16~150个月, 平均(55.3 ± 21.7)个月, 两组差异无统计学意义($P = 0.557$)。有2例接受淋巴结切除术后随访期间死于糖尿病并发症及脑出血。随访期间, 没有本病相关的死亡发生。总生存时间16~156个月, 平均(61.9 ± 23.1)个月, 淋巴结评价组与淋巴结未评价组无明显统计学差异[(61.8 ± 23.4)个月 vs (62.1 ± 22.7)个月, $P = 0.544$, 表2]。随访期间CA125一过性升高18例, 持续高于正常值6例, 最终经盆腔B超、CT、再次手术病理确诊复发7例, 总复发率为5.9%, 复发患者中4例CA125高于正常值。复发病例淋巴结评价组4例, 未评价组3例, 两组间复发率无统计学差异($P = 0.532$)。复发患者均接受二次减瘤术, 再次术后随访至目前均无瘤生存。

3 讨论

BOT是一种特殊类型的卵巢肿瘤, 以上皮细胞明显增生而无间质浸润为主要病理特点, 其生物学行为介于良恶性之间。BOT常发生于年轻的生育年龄妇女, 本研究中平均发病年龄为38.2岁, 与文献报道类似。因患者常为生育年龄妇女, 有生育要求, 故手术范围的决定相当重要。既往的临床分析发现BOT患者多数能长期生存, 即使复发也多仍为交界瘤, 再次手术效果好。故目前医学界对有生育要求的患者无论分期如何均可行保留生育功能手术已基本达成共识。保留生育功能术式要在保留子宫和一侧或双侧附件基础上进行腹腔冲洗、腹膜活检分期, 切除肉眼可见的种植转移病灶。

尽管交界性卵巢肿瘤预后很好, 仍不能完全排除术后肿瘤复发以及进展为恶性肿瘤的可能。复发及恶变的风险使得部分学者认为需行手术评价后腹

膜淋巴结,以期能发现隐匿的早期转移灶,明确手术病理分期。早期的临床研究发现卵巢交界性肿瘤在行盆腔和腹主动脉旁淋巴结切除术后,50%后腹膜淋巴结转移,故建议行常规的后腹膜淋巴结清扫术以降低术后复发几率^[2]。而近期多数研究则发现BOT极少发生淋巴结的转移,建议在手术切除早期瘤体时无需常规行淋巴结切除术,只有在发现增大的淋巴结时才应进行淋巴结清扫术^[3-4]。有研究显示47%的研究对象接受了淋巴结清扫术,均未发现淋巴结转移,而手术并发症发生率则高达8%^[5-6]。本研究中51.3%(61/119)的研究对象术中进行了后腹膜淋巴结的评价。其中54例(45.4%)接受了系统性的淋巴结清扫,7例(5.9%)行淋巴结取样活检。术后病理发现有淋巴结累及6例,转移率9.8%,与近期研究报道类似。提示卵巢交界瘤患者淋巴结受累发生率并不高。

淋巴结评价组随访期间复发率6.6%(4/61),与未评价组5.2%(3/58)比较无明显统计学差异。总生存时间淋巴结评价组和未评价组相比较也无明显统计学差异。但是评价组手术并发症的发生率增加(9.8% vs 1.8%),术中出血量明显多于未评价组,住院时间延长。我们的研究提示,淋巴结评价也并不能改善患者的预后,而且还会引起相关并发症,对患者的预后产生不良影响。以上结果可能与交界瘤的生物学特性有关,交界瘤术后多远期复发,且复发部位仍多局限于盆腔,交界瘤病理类型不变,再次减瘤手术预后良好。根据本研究提示,腹膜后淋巴结的手术评估对于卵巢交界性肿瘤不是必须的,特别是

在早期有生育要求的患者中。如果手术范围过大可能会引起手术并发症的增加,以及因手术导致的盆腔粘连等因素影响术后妊娠率。但是当患者无生育要求、有复发的高危因素、晚期病例、组织学提示可疑浸润癌或术中可及明显肿大淋巴结时切除淋巴结仍是必须的。

[参考文献]

- [1] 丰有吉. 妇产科学[M]. 8版.北京:人民卫生出版社, 2010:345-348
- [2] Di Re F, Paladini D, Fontanelli R, et al. Surgical staging for epithelial ovarian tumors of low malignant potential [J]. *Gynecol Cancer*, 1994, 13(5):310-314
- [3] Fauvet R, Boccaro J, Dufournet C, et al. Restaging surgery for women with borderline ovarian tumors; results of a French multicenter study [J]. *Cancer*, 2004, 100 (13): 1145-1151
- [4] Jones MB. Borderline ovarian tumors: current concepts for prognostic factors and clinical management [J]. *Clin Obstet Gynecol*, 2010, 49(6):517-525
- [5] Pirimoglu ZM, Afsin Y, Guzelmeric K, et al. Is it necessary to do retroperitoneal evaluation in borderline ovarian tumors [J]. *Arch Gynecol Obstet*, 2009, 277 (12):411-414
- [6] Rettenmaier MA, Lopez K, Abaid LN, et al. Borderline ovarian tumors and extended patient follow-up; an individual institution's experience [J]. *Surg Oncol*, 2010, 101(5): 18-21

[收稿日期] 2013-04-02