文章编号:1000-5404(2006)14-1539-02

经验交流

青年宫颈癌265例临床和病理特点分析

林 臻[1], 黄 薇[2] (广西医科大学附属肿瘤医院:[1]医务科,[2]妇瘤科,南宁 530021)

宫颈癌是女性生殖系统最常见的恶性肿瘤,随着宫颈细胞防癌涂片检查的实施,该病的发病率及病死率明显下降,但近年来宫颈癌的发病有年轻化的趋势[1]。现对905例宫颈癌患者进行回顾性分析,以进一步了解青年宫颈癌的临床、病理特点,以指导诊疗,报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

1995年1月至2003年12月,本院妇瘤科共收治宫颈癌患者905例,按起病年龄分为2组:≤40岁(观察组)265例,其中23~29岁22例,占8.3%,30~40岁243例,占91.7%。>40岁(对照组)640例,其中40~50岁373例,占58.3%,50~60岁228例,占35.8%,70岁以上39例占6.1%。

1.2 观察指标

比较两组间的临床表现、临床分期、病理类型的差异。

1.3 统计学分析

用SPSS 11.0统计软件进行χ^2检验。

2 结果

2.1 不同年份青年宫颈癌所占比例

1995-2003年,本院青年宫颈癌所占比例逐年上升,见表1。

2.2 临床症状

观察组主要临床症状为接触性阴道出血,占58.11%(154/265);不规则阴道出血伴白带增多占29.81%(79/265);仅白带异常12.08%(32/265)。对照组则以不规则阴道出血及绝经后阴道流血最常见,占59.06%(378/640);接触性阴道出血者仅19.69%(126/640),较对照组明显减少($\chi^2=129.503$, $P<0.01$)。

表1 不同年份观察组宫颈癌患者所占比例

年	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
宫颈癌总数	19	24	25	27	108	130	159	178	235
观察组	2	2	3	5	22	34	47	58	92
百分率(%)	10.53	8.33	12.00	18.52	20.37	26.15	29.56	32.58	39.15

2.3 临床体征

观察组以菜花型最多,占55.09%(146/265),宫颈轻-中度糜烂伴宫颈肥大占28.68%(76/265),溃疡型占16.23%(43/265);对照组以溃疡型最多,占47.81%(306/640),中-重度宫颈糜烂伴桶状宫颈占29.06%(186/640),菜花型占23.13%(148/640)。经统计学分析,表现为菜花型者观察组较对照组常见($\chi^2=87.328$, $P<0.01$),而溃疡型则对照组较观察组多见($\chi^2=78.916$, $P<0.01$)。

2.4 临床分期

根据FIGO(1995年)分期标准[2]对2组患者进行临床分期(表2)。经统计学分析,2组临床分期无明显差异($P>0.05$)。

2.5 病理类型

2组宫颈癌的具体病例分型见表2。经统计学分析,观察组较对照组腺癌的发生率高($\chi^2=4.217$, $P<0.05$);腺鳞癌亦高($\chi^2=8.208$, $P<0.01$);而鳞癌的发生率则低于对照组($\chi^2=10.175$, $P<0.01$)。

表2 2组宫颈癌的临床分期和病理类型比较[例数(%)]

组别	临床分期					病理类型			
	0期	Ⅰ期	Ⅱ期	Ⅲ期	Ⅳ期	鳞癌	腺癌	腺鳞癌	其他
观察组	13(4.91)	17(6.42)	116(43.77)	104(39.25)	15(5.66)	231(87.17[b])	20(7.55[a])	8(3.02[b])	6(2.26)
对照组	29(4.53)	34(5.31)	281(43.91)	263(41.09)	33(5.16)	599(93.59)	27(4.22)	4(0.63)	10(1.56)

a: $P<0.05$, b: $P<0.01$,与对照组比较

2.6 治疗方法及预后

Ⅱb早期患者采用手术加放疗,腺癌病人采用手术加放疗加化疗,Ⅱb晚期以后患者采用放疗加化疗的综合治疗,大多数患者采用直线加速器体外加腔内后装放射治疗。

作者简介:林 臻(1968-),女,广东省梅州市人,主治医师,硕士研究生,主要从事妇科肿瘤方面的研究。电话:(0771)5330700

收稿日期:2005-02-25;修回日期:2006-05-11

所有患者均随访半年至1年。如治疗后每月复查均无转移则为控制,未控的标准是治疗后复查半年后有转移。经统计未控:观察组4例(1.51%),对照组19例(2.97%);1年内复发:观察组3例(1.13%),对照组10例(1.56%)。

3 讨论

3.1 发病趋势

宫颈癌在妇科恶性肿瘤占首位,总的发病率近年呈下降趋势,但却越来越趋向青年化。Elliot[3]报道,青年患者占宫颈癌总数的比例由20世纪50年代的9%上升到80年代的24%。本结果也显示,青年宫颈癌所占比例从1995年的10.53%上升到2003年的39.15%,因此,有必要对青年女性提高警惕,及时筛查,早期诊断和治疗。

3.2 临床特点

从症状来看,青年宫颈癌患者虽然不规则阴道出血伴白带增多和仅白带异常占一定比例,但以接触性出血为多,且较中老年者明显。从体征来看,青年宫颈癌以菜花型最多,轻-中度宫颈糜烂伴宫颈肥大次之,溃疡型最少;而老年以溃疡型最多,中-重度宫颈糜烂伴桶状宫颈次之,菜花型最少。本资料中有37例曾在外院被误诊为宫颈炎行宫颈冷冻或微波治疗。接触性出血的青年患者应高度怀疑宫颈癌,但也要对症状不明显、有宫颈糜烂等不典型表现的患者进行检查,以免漏诊。

3.3 病理类型

在本组资料中,青年宫颈癌虽然仍以鳞癌为主,但分化程度以II、III级者居多,而且腺癌与腺鳞癌的比例较中老年患者高,提示细胞恶性程度较高。由于腺癌多为内生型,易于向宫颈组织深层浸润,侵犯血管淋巴间隙,可较早发生转移,且腺癌对放射线不敏感,可能导致青年宫颈癌预后差。目前文献对青年宫颈癌患者的预后报道尚有争议,多数学者认为,青年宫颈癌预后差,5年生存率低、复发率高。本组资料却显示青年宫颈癌与中老年患者未控制和复发的比率相似,提示二者预后相似,考虑为样本量较少所致,故还需继续观察。

3.4 青年宫颈癌的早期诊断

积极预防及早期发现、早期治疗,尤为重要。WHO 1985年描述轻度或中度不典型增生(CINI及CINII)进展到重度不典型增生或原位癌(CINIII)需3~8年[4],而宫颈癌的病理过程是由宫颈不典型增生(轻-中-重)-原位癌-早期浸润癌-浸润癌,如能在不典型增生期确诊并及时治疗,早期宫颈病变的癌变是可以预防的。

宫颈癌早期诊断的方法主要有宫颈刮片普查、宫颈细胞薄层涂片(TCT)、HPV检测和宫颈活检。这些检查方法各有优缺点:宫颈刮片普查和防癌宣教使青年宫颈癌的早期诊断率明显提高,Ib患者可由50%提高至88%,但由于制样误差假阴性有50%~60%,应用TCT改善了样本的收集率,并使细胞均匀地分布在玻片上,提高了发现低度和高度病变的敏感性,其识别宫颈高度以上病变的灵敏度和特异度为87%和94%[5]。有资料表明,HPV与子宫颈癌及癌前病变密切相关,持续携带HPV强烈提示感染者处于继发癌前病变的高度危险中,是CIN进一步进展为宫颈癌的必经过程。宫颈活检是确诊宫颈癌的主要手段,但常规宫颈四点活检有一定的盲目性,准确率仅有50%[6],容易造成漏诊、误诊。对细胞学可疑或阳性者行阴道镜检查,观察宫颈的细微结构,镜下定位使活检目标更具准确性,阴道镜诊断的准确率为94.4%~96.9%,镜下活检的准确率为98.5%[7]。

我院在治疗青年妇女宫颈糜烂之前,先行细胞学检查或细胞学结合HPV检测作为初筛,可疑或阳性者行阴道镜检查,镜下定位进行活体组织病理诊断,以排除宫颈癌的可能;对HPV阳性宫颈糜烂者应动态监测"高危"HPV的持续状态,密切注意阴道镜门诊随访,对持续阳性者采取阻断治疗,终止病变的进展。

总之,近几十年来,由于广泛开展妇科普查,使宫颈癌的发生率明显下降,但在普查中,多把注意力集中在中老年妇女,而青年妇女多被忽视,应予以纠正;同时,青年宫颈癌有其独特的临床特点,值得临床医师引起重视,所以我们提倡加强人们生殖健康教育,提高自我保护意识,加强青年育龄妇女的普查及癌前病变的普治,以控制并降低青年宫颈癌特别是中晚期癌的发生率。

关键词:宫颈癌;青年

中图法分类号:R737.33 **文献标识码**:B

参考文献:

[1] 徐望红,顶永兵,金 凡,等.上海市区女性生殖系统恶性肿瘤发病趋势分析[J].肿瘤,2003,23(4):268-271.

[2] 乐 杰.妇产科学[M].第5版.北京:人民卫生出版杜,2001:318.

[3] ELLIOT P.年轻妇女宫颈癌[J].实用妇产科杂志,1987,1(3):26.

[4] 连利娟.林巧稚妇科肿瘤学[M].第3版.北京:人民卫生出版社,2001:255.

[5] 赵方辉,戎寿德,乔友林,等.宫颈癌及其癌前病变筛查方法现状[J].中国医学科学院学报,2001,23(6):638-641.

[6] 钱德英.阴道镜在宫颈癌诊断中的应用[J].中国实用妇科与产科杂志,2003,19(3):137-139.

[7] 常 青,任玉香,王 琳,等.阴道镜在诊断宫颈癌前期病变中的价值[J].第三军医大学学报,2003,25(16):1470-1472.

(编辑 薛国文)