宫颈癌子宫内膜癌术后阴道残端复发 28 例临床研究

朱 巧,梁志清,徐惠成,邓 黎 (第三军医大学西南医院妇产科,重庆 400038)

[摘 要] **目的** 总结宫颈癌、子宫内膜癌初次手术后阴道残端再复发的临床特点、治疗方法及预后分析,为宫颈癌、子宫内膜癌复发诊治提供依据。**方法** 回顾性分析 2002 年 9 月至 2014 年 7 月收治的 28 例宫颈癌、子宫内膜癌行广泛性子宫切除术或次广泛子宫切除术后阴道残端复发患者的临床、病理资料。28 例阴道残端癌患者根据病情采用部分阴道切除、全阴道切除和阴道扩大切除等手术方式;比较 28 例患者预后是否与淋巴结转移、阴道旁受累、再次复发时间间隔、组织分化程度等相关。**结果** 高分化及中低分化患者平均生存时间分别是 40 个月及 15 个月,3 年生存率分别是 66.1% 和 30.7%,差异有统计学意义($P=0.03$)。有无淋巴结转移的患者中位生存时间分别是 18 个月及 40 个月($P<0.05$);3 年生存率依次是 0 和 24%($P<0.05$)。复发距离初次手术时间大于 24 个月及小于等于 24 个月的中位数生存时间分别是 28 个月及 16 个月($P<0.05$)。**结论** 阴道残端癌的手术治疗安全、有效,预后较好。阴道残端癌的预后与是否淋巴结转移、是否阴道旁受累、再次复发时间间隔、组织分化程度等密切相关。

[关键词] 阴道残端癌;复发;预后;腹腔镜

[中图分类号] R737.34 [文献标识码] A [文章编号] 1672-5042(2015)03-0311-03

Clinical analysis of relapse in vaginal stump after treatment of cervical cancer and endometrial cancer in 28 cases

ZHU Qiao, LIANG Zhi-qing, XU Hui-cheng, DENG Li (Department of Obstetrics and Gynecology, Southwest Hospital, Third Military Medical University, Chongqing 400038, China)

Abstract: Objective To summarise the clinical characteristics, treatment and prognostic analysis of relapse in vaginal stump after treatment of cervical cancer and endometrial cancer, and to offer assistance to clinical diagnosis and treatment. **Methods** Clinical data of 28 patients (admitted in our hospital from Sepetember 2002 to July 2014) with cervical cancer and endometrial cancer after a simple hysterectomy were retrospectively analyzed. According to the illness, the 28 cases were given partial vagina resection, total vaginal resection and expanded vaginal resection. Observe whether the prognostic is in correlation with lymph node metastasis, adjacent organs involvement, interval of recurrence and tissue differentiation degree. **Results** Median survival time of patients with well or poor differentiation were 40 and 15 months respectively ($P<0.05$); and the 3 year survival rates were 66.1% and 30.7% respectively ($P=0.03$). Median survival time of patients with or without lymph node metastasis were 18 and 40 months respectively ($P<0.05$); and the 3 year survival rates were 0 and 24% respectively ($P<0.05$). Median survival time for interval of recurrence of more than 24 months and less than or equal to 24 months were 28 and 16 months respectively ($P<0.05$). **Conclusion** The surgical treatment of vaginal stump carcinoma is safe and effective, and the prognostic is in correlation with lymph node metastasis, adjacent organs involvement, interval of recurrence and tissue differentiation degree.

Keywords: vaginal stump carcinoma; relapse; prognostic; laparoscope

阴道残端癌主要指因子宫内膜癌或宫颈癌行子宫全切除术后阴道残端发生的恶性肿瘤[1]。该疾病恶性程度高,主要采用放疗和化疗治疗[2]。但是这些治疗方式副反应多,临床上患者的生存质量不高[3],而且妇科医生对其临床表现、复发情况等认识不足,近年阴道残端复发肿瘤的发病率呈增加的趋势[4]。因此探讨新的治疗方式是有意义且必要的。2002 年 9 月至 2014 年7月在本院有28例子宫内膜癌及宫颈癌手术后阴道残端复发肿瘤患者采取再次手术治疗,本文就其疗效进行分析,探讨和预后相关的因素。现报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

本组患者 28 例,均术后病理证实为阴道复发。年龄 30 ~ 69 岁,平均 47 岁。按照 FIGO(2009 年)分期:ⅡA2 期 15 例,ⅡB期 3 例,ⅢB 期 6 例,ⅢA 期 1 例,ⅣA 期 3 例。病理类型:鳞癌 20 例(71.4%),腺癌 8 例(28.6%)。

1.2 治疗方法

21 例行部分阴道切除术,即距阴道残端顶端 30 mm 处切开阴道前后壁,切除肿瘤组织及部分阴道,线连续缝合阴道断端。13 例行局部阴道残端切除。4 例行阴道残端全部切除术,从阴

doi:10.11659/jjssx.03E015013

[基金项目] 国家科技部惠民工程计划项目资助(2013GS500101-08)

[通讯作者] 梁志清,E-mai:zhi_lzliang@ yahoo.com

[收稿日期] 2015-03-02 [修回日期] 2015-04-10

道外口处环形切开阴道壁,切除全阴道组织。3 例行阴道残端扩大切除术,即切除包括阴道、阴道旁组织。11 例患者接受化疗,绝大多数以铂类为主,辅助以伊立替康、紫杉醇等。6 例在术后接受了局部放疗。

2 结果

2.1 复发时间及类型

最后一次就诊距初次手术时间 1 ~ 72 个月,中位复发时间为 14 个月。复发类型:单纯阴道复发 25 例,阴道旁受累 2 例,淋巴结转移 1 例。原发病类型:宫颈癌 22 例,子宫内膜癌 6 例。

2.2 术后并发症情况

术后有并发症者 7 例(25%),其中膀胱损伤 3 例;血管损伤 2 例,术后感染 1 例,尿潴留 1 例,输尿管合并直肠损伤 1 例。

2.3 患者生存情况分析

28 例患者平均随访时间 35(10 ~ 53)个月,总生存率为 65.7%。有 4 例死亡,发生在手术后 3 年内。复发距离初次手术时间大于 24 个月及小于等于 24 个月的患者生存时间差异有统计学意义($P < 0.05$)。高分化及中低分化患者的病理学分级情况差异有统计学意义($P = 0.03$);无淋巴结转移的患者中位生存时间分别是 18 及 40 个月($P < 0.05$);3 年生存率依次是 0 和 24%,差异有统计学意义($P < 0.05$)。

表 1 阴道残端癌患者的手术治疗的临床及预后资料

病理临床相关因子		n	生存期		
			$\bar{x} \pm s$	中位数	P 值
部分阴道切除患者年龄(岁)		21	32.6 ± 4.36	35	0.36
全部阴道切除患者年龄(岁)		4	38.8 ± 4.50	40	
阴道扩大切除患者年龄(岁)		3	33.7 ± 4.61	36	
复发距离初次手术时间	>24 个月	8	26.0 ± 3.54	28	0.04
	≤24 个月	20	19.0 ± 3.04	16	
病理诊断	鳞癌	20	36.3 ± 4.07	40	0.59
	腺癌	8	32.6 ± 5.88	39	
肿瘤组织分化程度	高分化	24	38.2 ± 3.15	40	0.03
	中、低分化	4	17.8 ± 3.96	15	
手术根治情况	阴道部分切除	21	36.8 ± 4.09	40	0.02
	阴道全部切除	4	32.8 ± 4.57	38	
	阴道扩大切除	3	28.5 ± 3.12	30	
术后辅助治疗	行辅助治疗	20	32.6 ± 4.30	43	0.66
	未行辅助治疗	8	39.7 ± 0.33	38	
疾病分期	局限期	17	39.5 ± 3.26	40	0.17
	局部晚期	8	20.8 ± 4.05	24	
	晚期	3	24.3 ± 8.95	18	
复发后肿瘤有无转移	有转移	3	24.3 ± 8.95	18	0.02
	无转移	25	39.2 ± 3.31	40	

3 讨论

宫颈癌及子宫内膜癌经根治性手术或放疗后,病灶全部消失,后在上次肿瘤局部范围内又发生与先前病理类型一样的肿瘤称为复发[5]。Kasamatsu 等[6]报道浸润性宫颈癌治疗后的复发率是 29%,其中 35% 复发灶局限在盆腔。而局部复发患者采用挽救性治疗后 5 年生存率有 30%,Ogino 等[7]主张阴道复发后再采取放射治疗的 5 年生存率是 73%。本组患者复发予以手术治疗后 3 年生存率为 65.7%。与文献[6]报道相符合。本组有 9 例宫颈癌患者在外院治疗时本该行次广泛子宫切除术或广泛子宫切除术而仅行全子宫切除,分析阴道复发原因可能是术前进行不规范切除,本身肿瘤切除不尽存在潜在复发病灶或隐匿病灶,以及术后没进行规范放疗和化疗,使得肿瘤并未彻底控制。

影响宫颈癌患者疗效和生存的重要危险因子有盆腔淋巴结转移、宫旁组织浸润、手术切缘阳性、病理分级等[8]。NCCN 指南建议对上述风险患者应进行同期放化疗[9]。本组患者探讨的危险因素中组织学分级、手术是否根治、复发距离初次手术时间是宫颈癌及子

宫内膜癌预后相关因素,而年龄、组织学类型、再次术后辅助治疗与疾病生存率无关。由于本研究病例数不多,尚需收集更多更全面的病例资料作进一步研究。

目前对于阴道残端癌的淋巴结是否清扫尚无统一定论[10]。本研究前瞻性对于 5 例患者行盆腔淋巴结清扫术,2 例行盆腔淋巴结清扫术和腹主动脉旁淋巴结切除术。术后病理结果显示其中盆腔淋巴结阳性 1 例(20%),腹主动脉旁淋巴结阴性。由于本研究是回顾性分析且病例数不多,因此,对于阴道残端癌患者是否需要实施盆腔淋巴结清扫术和腹主动脉旁淋巴结切除术仍然需要更大规模的临床研究予以阐明。28 例患者中,有 3 例行阴道旁组织切除术,术后病理结果显示 2 例(7.1%)患者存在阴道旁受累,因此对疑有阴道旁转移的患者应予以阴道扩大切除术。

目前复发性宫颈癌或子宫内膜癌主张以综合治疗为主[10],而对于前次行手术切除的患者阴道复发应该予以放射治疗为主[11]。另外,前次治疗以放疗为主、辅助以化疗的患者阴道再次复发时应主张手术切除[12]。本组患者初治均为手术,阴道复发后我们前瞻性地选择再次手术切除,疗效尚可,3 年生存率达 65.7%,治疗后并发症只有局部膀胱、直肠等损伤。我们通过术中及时修补及术后留置尿管,手术治疗的并发症基本消失,不影响患者预后及生活质量;反之,放疗和化疗后并发症甚多,以局部器官瘘、骨髓抑制等为主[12],显著影响患者的生活质量及生存率,同时患者传统观念认为放疗或者化疗起不到手术治疗的效果[13],从心理上尚未充分接受,从认知上尚未充分理解,对于治疗的依从性就明显低于手术治疗。最新热点治疗方案细胞毒性化疗加抗血管生成药物贝伐单抗用于复发或转移性宫颈癌的治疗,虽然疾病的疗效能给患者满意的交代,但是,化疗联合抗血管生成剂可引起高血压、消化道瘘和血栓栓塞事件等的风险增加[14],而这些并发症是非常危险甚至是致命的,当然更是患者不愿意承担的疾病额外的风险,目前国内对于该治疗措施的推广尚待进一步探讨。

阴道残端癌较少见,而且本研究病例数不多,但我们认为该研究同样能从一定水平反应复发性宫颈癌或子宫内膜癌,尤其是阴道复发残端癌的诊治特点、预后因素。治疗上我们推荐以手术切除为主,术后予以化疗或者放疗的综合治疗,可使患者生存率相对高、并发症低、患者配合度高。

[参考文献]

[1] Xia X, Xu H, Wang Z, et al. Analysis of prognostic factors affecting the outcome of stage IB-IIB cervical cancer treated by radical hysterectomy and pelvic lymphadenectomy[J]. Am J Clin Oncol, 2014, 99(1): 82 - 86.

[2] Noh JM, Park W, Huh SJ, et al. Prognostic implications of tumor volume response and COX-2 expression change during radiotherapy in cervical cancer patients[J]. Radiat Oncol, 2012, 30(2): 18 - 25.

[3] Katanyoo K, Sanguanrungsirikul S, Manusirivithaya S. Comparison of treatment outcomes between squamous cell carcinoma and adenocarcinoma in locally advanced cervical cancer[J]. Gynecol Oncol, 2012, 125(2): 292 - 296.

[4] Talia KL, Scurry J, Manolisas T, et al. Primary vaginal mucinous adenocarcinoma of gastric type arising in adenosis[J]. Int J Gynecol Pathol, 2012, 31(2): 184 - 191.

[5] 刘 琦, 施 雅, 张 秦, 等. 子宫颈癌或癌前病变术后再发阴道癌或癌前病变的临床分析[J]. 医学研究生学报, 2014, 27(6): 623 - 626.

[6] Kasamatsu T, Onda T, Yamada T, et al. Clinical aspects and prognosis of pelvic recurrence of cervical carcinoma[J]. Int J Gynaecol Obstet, 2005, 89(1): 39 - 44.

[7] Ogino I, Kitamura T, Okamoto N, et al. High dose rate intracavitary brachytherapy for recurrent or residual lesionsin the vaginal cuf: results in post-hysterectomy patients with carcinoma of the cervix[J]. Int J Gynecol Cancer, 2011, 35(1): 61 - 68.

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

[9] Munagala R, Rai SN, Ganesharajah S, et al. Clinicopathological, but not socio-demographic factors affect the prognosis in cervical carcinoma[J]. Oncol Rep, 2010, 24(2): 511 - 520.

[10] Tewari KS, Monk BJ. Recent achievements and future developments in advanced and recurrent cervical cancer: trials of the Gynecologic Oncology Group[J]. Semin Oncol, 2009, 36(2): 170 - 180.

[11] Lin B, Gao Z, Sun M, et al. Laparoscopic radical hysterectomy with vaginectomy and reconstruction of vagina in patients with stage of primary vaginal carcinoma[J]. Gynecol Oncol, 2008, 109(1): 92 - 96.

[12] Song YQ, Li GL, Zhu F, et al. Clinical study of paclitaxel plus cisplatin in the treatment of recurrent cervical cancer[J]. Chinese German J Clin Oncol, 2007, 6(3): 282 - 284.

[13] Mourton SM, Sonoda Y, Abu-Rustum NR, et al. Resection of recurrent cervical cancer after total pelvic exenteration[J]. Int J Gynecol Cancer, 2007, 17(1): 137 - 140.

[14] Lai CH, Yen TC, Ng KK. Surgical and radiologic staging of cervical cancer[J]. Curr Opin Obstet Gynecol, 2010, 22(1): 15 - 20.

(编辑:左艳芳)