腹腔镜手术治疗卵巢癌 18 例临床分析

李天秀,梁海霞,李玉虹,张 魁,程 洁,任 睿 (解放军第 451 医院妇产科,陕西 西安 710054)

[摘 要] **目的** 探讨腹腔镜手术治疗卵巢癌的临床应用价值。**方法** 回顾性分析 18 例(浆液性囊腺癌 7 例,卵巢子宫内膜样癌 3 例,粘液性囊腺癌 3 例,透明细胞癌 3 例,无性细胞瘤 1 例,未成熟畸胎瘤 1 例)卵巢癌患者病例,均行腹腔镜下分期,16 例行腹腔镜手术治疗,统计手术时间、失血量、淋巴结切除数目、大网膜切除程度、住院时间、并发症、病理分期情况。**结果** 全部患者手术均在腹腔镜下完成,手术时间(260.5 ± 50.2)min、失血量(240.4 ± 115.3)mL、淋巴结切除数目(11.3 ± 1.3)个、住院时间(6.5 ± 1.5)d,有 1 例皮下气肿的并发症。随访 18 例,5 年存活率为:Ⅰ期 90.1%,Ⅱ期 33.3%。**结论** 腹腔镜手术对卵巢癌分期准确,安全性高,住院时间短、创伤小。应用于卵巢癌再分期手术有实际的临床意义,可为早期卵巢癌手术治疗的新选择,但确切的临床意义有待大规模前瞻性随机对照研究证实。

[关键词] 腹腔镜手术;卵巢恶性肿瘤;病理分期

[中图分类号] R737.31;R730.21 [文献标识码] A [文章编号] 1672-5042(2012)02-0136-03

Clinical analysis of laparoscopy in treatment of ovarian cancer in 18 cases

LI Tian-xiu, LIANG Hai-xia, LI Yu-hong, ZHANG Kui, CHENG Jie, REN Rui (Department of Gynecology and Obstetrics, 451th Hospital of PLA, Xi'an Shaanxi 710054, China)

Abstract: Objective To evaluate the clinical value of laparoscopy in the treatment of ovarian cancer. **Methods** The clinical data of 18 patients with ovarian cancer who underwent laparoscopy (7 cases of mixing cystadenocarcinoma, 3 cases of endometrium, 3 cases of cystadenocarcinoma, 3 cases of clear cell carcinoma, 1 case of dysgerminoma and 1 case of immature teratoma) were retrospectively reviewed. The operation time, volume of blood loss, number of lymph node excision, extent of omentum majus excision, hospitalization duration, complication and pathological staging were analyzed. **Results** All patients were underwent laparoscopy, the operation time was (260.5 ± 50.2) min, volume of blood loss was (240.4 ± 115.3) mL, number of lymph node excision was (11.3 ± 1.3), hospitalization duration was (6.5 ± 1.5) days. Complication of subcutaneous emphysema was occurred to one patient. All patients were followed up, the five-year survival rates was 90.1% in stage I and 33.3% in stage II. **Conclusion** With the advantages of accurate staging, high safety, short hospitalization time and invasiveness, laparoscopy is clinically significant for stage II ovarian cancer. But the exact clinical significance of laparoscopy needs to be confirmed by prospective randomized control trial in large scale.

Keywords: laparoscopy; malignant ovarian neoplasm; pathological stage

卵巢恶性肿瘤(卵巢癌)在女性常见恶性肿瘤中占 2.4%~6.5%,在女性生殖系统癌瘤中占第 3 位,仅次于宫颈癌和宫体癌[1-3]。近几年来,对宫颈癌及宫体癌的防治,取得了一定的成效,而有关卵巢癌的防治方面收效相对较小。在妇女生殖系统癌瘤中,卵巢癌是死亡率最高的一种[4-6]。因此,如何有效预防、早期诊断并及时治疗卵巢癌是关注女性健康的重要课题。2001 年开始,我们采用腹腔镜手术治疗卵巢肿瘤,收到了良好的效果,现将经验及体会报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

我院 2001 年 1 月至 2010 年 12 月共行腹腔镜手术治疗卵巢肿瘤 632 例,其中均经血清癌抗原 CA125、CEA 和 AFP 检测,以及阴道彩色多普勒超声、CT 和 MRI 检查,术中腹腔镜下分期及术中、术后病理检查诊断为卵巢癌 18 例,年龄 37 ~ 63 岁,平均 56.3 岁。术前常规检查包括血常规、白带常规,肝炎标志物、HIV、RPR、凝血检测、肝功、肾功、电解质、血糖及心肺功能、心电图等。常规阴道、肠道、腹腔镜器械准备。备血 600 ~ 1 000 mL 及可预防性应用抗菌素。

1.2 手术方法

气管插管静脉复合全身麻醉,取头低足高改良式膀胱截石位。脐轮上缘切开约 10 mm 弧形切口,注入 5% CO_2 气体建立气腹至腹内压达 12 ~ 15 mmHg,经切口置入 10 mm 套管针(trocar)及腹腔镜,镜下监视于左侧下腹部取 5 mm 及 10 mm 切口

[基金项目] 陕西省西安市科技局妇科肿瘤研究项目[hm1118(6)]

[作者简介] 李天秀(1966 -),女,甘肃省天水市人,副主任医师,学士,主要从事妇产科专业腹腔镜临床应用方面的研究。电话:(029)84734302,E-mail:Litianxiupla451fck@163.com

[收稿日期] 2011-11-23 [修回日期] 2011-12-05

分别置入相应套管针,于右侧下腹部麦氏点取 5 mm 切口置入套管针,切大网膜时另取切口。放置举宫杯,充分暴露后探查盆腔、腹腔、肝、脾、横膈、双侧结肠旁沟、肠管、肠系膜,取盆腹腔冲洗液送液基细胞学检查,对可疑、粘连部位、膈下、双侧结肠旁沟、子宫直肠窝、盆腹膜、膀胱反折腹膜等处多点活检。盆腔淋巴结切除术及腹主动脉旁淋巴结活检术:超声刀切开腰大肌表面腹膜,充分暴露髂血管、输尿管、卵巢动静脉,高位凝固、离断卵巢血管。切开髂血管鞘膜依次整块切除髂总、髂外、腹股沟深、髂内、闭孔淋巴脂肪组织,沿右侧髂总动脉向上切开后腹膜暴露腹主动脉及下腔静脉,切除增大淋巴结,装入标本袋。子宫及附件切除:靠近盆壁凝固、离断子宫圆韧带,切开阔韧带前后叶至子宫峡部水平,切开膀胱子宫反折腹膜下推膀胱至宫颈外口下 1 cm,分离宫旁疏松组织,于峡部水平用 Ligasure 血管闭合系统凝固、离断双侧子宫动静脉,用 Ligasure 紧贴宫颈凝固、离断双侧主骶韧带达侧穹窿顶端。大网膜切除:于左肋缘下 2 cm、腋前线另取 5 mm 切口,镜头转向头端,用超声刀于大网膜中部切开达横结肠及胃大弯血管弓水平,向两侧沿横结肠及胃大弯血管弓外切除大网膜达横结肠肝、脾曲。阑尾切除术:超声刀离断阑尾系膜,在距根部 5 mm 处用分离钳夹一压痕后 4-0 丝线结扎,结扎线远端 5 mm 处超声刀离断,1 号丝线荷包缝合包埋。标本取出并进行阴道残端缝合:沿举宫杯顶端用单极电钩离断阴道穹窿,经阴道取出子宫附件、标本袋、大网膜(已切除子宫者则扩大左下腹 10 mm 切口后取出),彻底冲洗盆腹腔,腹腔镜下用 2-0 可吸收线缝合阴道残端。穿刺孔冲洗后分层缝合。

2 结果

18 例卵巢癌患者血清 CA125、CEA 和 AFP 表达水平分别为:(141.5 ± 16.2) U/mL、(18.8 ± 4.7) μg/L 和(410.5 ± 26.3) μg/L。阴道彩色 B 超结果:混合性包块 12 例,实质性包块 4 例,囊性包块 2 例,其中 1 例肿块内部血流稀疏,其余内部血流丰富。诊断符合率 77.13%。CT 表明,肿瘤最大径 12.7 cm,平均 9.31 cm。肿瘤侵犯包膜 3 例、盆壁软组织 2 例、大网膜1 例、淋巴结 1 例。对 CT 检查侵犯到大网膜和淋巴结转移 2 例患者行 MRI 检查发现 1 例有腹主动脉旁淋巴结转移。病理诊断:浆液性囊腺癌 7 例,卵巢子宫内膜样癌 3 例,粘液性囊腺癌 3 例,透明细胞癌 3 例,无性细胞瘤 1 例,未成熟畸胎瘤 1 例。所有病例均在腹腔镜下完成再分期,FIGO 分期结果为:6 例 Ⅰa,3 例 Ⅰb,2 例 Ⅰc;2 例 Ⅱa,1 例 Ⅱb,1 例 Ⅱc,1 例 Ⅲa,1 例 Ⅲc,1 例Ⅳ期。除 Ⅲc、Ⅳ期各 1 例外均在腹腔镜下完成手术。手术时间(260.5 ± 50.2) min;失血量(240.4 ± 115.3) mL;淋巴结切除数目(11.3 ± 1.3)个;住院时间(6.5 ± 1.5) d;皮下气肿并发症 1 例。术后 18 例进行 5 年随访,Ⅰ期存活情况:6 例 Ⅰa 期、3 例 Ⅰb 期存活,1 例 Ⅰc 期存活,另 1 例存活 4.3 年,存活率为 90.1%。Ⅱ期存活情况:1 例 Ⅱa 存活 3.5 年,1 例 Ⅱb 期存活 4 年,1 例 Ⅱc 期失随访,存活率 33.3%。Ⅲ期存活情况:1 例 Ⅲa 存活 2 年,1 例 Ⅲc 化疗后存活 8 个月。Ⅳ期存活情况:1 例化疗 3 个月后失随访。

3 讨论

卵巢肿瘤是女性生殖器常见肿瘤之一,其中卵巢恶性肿瘤约占 10%[1]。据 WHO 近期世界范围统计资料,卵巢癌发病率和死亡率在女性生殖道恶性肿瘤中均仅低于宫颈癌占第二位。由于尚无成熟的早期诊断方法,卵巢癌发现时 70% 均为晚期,治疗极其困难[3-6]。本组病例临床研究结果显示:Ⅰ期 11 例患者中 5 年生存率为 90.1%;而晚期卵巢癌 5 年生存率明显低于统计数据。

FIGO 分期是决定卵巢癌预后的主要因素,正确的分期对治疗方案的确立意义重大。CA125 是卵巢癌组织特定表达的糖蛋白,是卵巢癌的标志性抗原[7-8],其最有价值的是监测卵巢癌的复发。CEA 对于恶性肿瘤的诊断及预后的判断具有重要的价值[9]。近年来的研究显示[10],在卵巢癌患者血中也存在 CEA 升高,并且能够用于卵巢癌的辅助诊断及筛选。在对 3 种肿瘤标志物的检测中发现,CA125、CEA、AFP 3 种肿瘤标志物在卵巢癌患者均明显升高,多种肿瘤标志物联合检测能够提高卵巢癌的诊断率及准确性[10-11]。

CT 和 MRI 对直径小于 2 cm 的淋巴结难以确认。CT 检测卵巢癌盆腔淋巴结转移敏感性仅为 33%,其监测结果不可靠[2]。近年来由于腹腔镜手术器械,如双极电凝、超声刀的广泛应用,使腹腔镜手术安全性不断增高,借助腹腔镜的“内窥”作用,即通过术野切换能使“内在”解剖得到很好展现。此外,光学视管的可移动性和可变性带来灵活视角,能够显示隐蔽区域,还可为操作提供适宜的术野亮度。加上借助腹腔镜成像系统的放大作用,对各组淋巴结观察更准确,能提供更敏感的效果,比影像学方法更宜作为妇科恶性肿瘤的诊断性方法。本组病例显示:淋巴结切除数目为(11.3 ± 1.3)个,这与既往报道基本一致[2-4]。但本组病例较少,仍需要长期大样本研究。

目前腹腔镜手术在卵巢癌中的应用仍处于探索阶段,有一定局限性。小样本量的临床研究表明必须要严格掌握指征,并采取必要的、有效预防肿瘤播散的措施。腹腔镜手术时特殊的气腹环境对卵巢癌生物行为影响的具体机制、穿刺孔转移等尚需深入研究[5-6]。由于腹腔镜下组织结构放大,解剖层次更为清晰,病变局限的转移病灶多数可以完整切除。腹腔镜术中可对韧带锐性分离,对相关神经丛辨认与解剖,神经保护也是腹腔镜手术的优势之一。在处理膀胱宫颈韧带和阴道旁间隙和组织时,也可以明显提高操作的准确性。关于淋巴结清扫的平均手术时间,与术者的熟练程度、器

械选择有关。我们体会到使用 Ligasure 血管闭合系统等器械后,可明显缩短手术时间,降低手术并发症的发生,并减少了切口渗血及术中出血量。采用超声刀可使组织切除彻底,不会留下结扎组织所需要的组织间距,如主韧带的完整切除。腹腔镜手术对卵巢癌分期准确,创伤小,安全性高,住院时间短,可为早期卵巢癌手术治疗的新选择,但确切的临床意义有待大规模前瞻性随机对照研究证实。

[参考文献]

[1] 赵西侠,王国庆,吴 静. 现代妇科肿瘤[M]. 西安:世界图书出版西安公司,2007:215.

[2] 连利娟. 林巧稚妇科肿瘤学[M]. 第 2 版,北京:人民卫生出版社,1994:409 – 470.

[3] Mery E, Jouve E, Guillermet S, et al. Intraoperative fluorescence imaging of peritoneal dissemination of ovarian carcinomas. A preclinical study [J]. Gynecol Oncol, 2011, 122(1): 155 – 162.

[4] Haldar K, Giamougiannis P, Wilson C, et al. Laparoscopic salpingo-oophorectomy for ovarian ablation in women with hormone-sensitive breast cancer[J]. Int J Gynaecol Obstet, 2011, 113(3): 222 – 224.

[5] Gargiulo AR, Nezhat C. Robot-assisted laparoscopy, natural orifice transluminal endoscopy, and single-site laparoscopy in reproductive surgery [J]. Semin Reprod Med, 2011, 29(2): 155 – 168.

[6] Jung YW, Seong SJ, Kim JW. Should diagnostic laparoscopy be conducted before hormonal treatment in early-stage endometrial cancer? [J]. Ann Oncol, 2011, 22(3): 748 – 749.

[7] Kraemer B, Grischke EM, Staebler A, et al. Laparoscopic excision of malignant struma ovarii and 1 year follow-up without further treatment[J]. Fertil Steril, 2011, 95(6): 2124. e9 – e12.

[8] 魏继红. 肿瘤标志物联合检测对卵巢肿瘤诊断和治疗的意义[J]. 中国现代医生, 2010, 48(8): 28 – 30.

[9] 张永乐,薛英威,蓝秀文,等. 肿瘤标记物 CA19-9、CEA 对胃癌转移和预后预测价值的分析[J]. 哈尔滨医科大学学报, 2010, 44(2): 181 – 185.

[10] 李宜川,张玉霞,赵 炎,等. 联检血清 CA125、CEA、SF 对卵巢癌诊断价值的分析[J]. 放射免疫学杂志, 2009, 22(4): 430 – 431.

[11] 俞 浩,黄劲雄,张海萍,等. CA125、AFP、CEA、CA19-9 检测诊断卵巢癌的临床应用价值[J]. 福建医药杂志, 2004, 26(6): 4 – 7.

(编辑:左艳芳)

(上接第 135 页)

不彻底,不利于病情的控制。传统的开放性病灶清除治疗方法,有创伤大、出血多、术后恢复慢、伤口易形成窦道、病灶清除不彻底,易复发等弊端,同时可出现股四头肌力量下降、关节僵直、切口感染等并发症,逐渐被摒弃。关节镜下病灶清除术不仅切除结核性滑膜组织,而且清除了肉芽组织,减少肉芽组织对关节软骨的破坏,改善了软骨的负营养状态,有利于关节软骨的修复,这正是术后膝关节屈伸功能恢复较快的原因[4]。

关节镜下进行活检和病灶清除,对于早期诊断和治疗具有重要意义。首先作为一种诊断方法,可以了解病变情况,取滑膜组织进行病理检查达到早期诊断的目的。手术视野广泛、清晰,受限制较少,可以清楚地找到病灶,清除病变滑膜和坏死纤维组织,不易遗留隐匿病灶,阻止病变的进一步发展。关节镜具有创伤小、避免误伤正常组织、术后恢复快、并发症少、不影响关节活动度等优势。关节腔持续冲洗,减少了坏死组织和炎性介质的遗留[5],减少了复发的几率。关节镜病灶清除是在微创的条件下进行,避免了关节面在空气中暴露的时间,减少了损伤和感染的机会[6-7]。术后需尽早开展功能训练,对于关节功能的恢复、防止关节腔的粘连和肌力的恢复,具有重要的意义[8-9]。

膝关节滑膜结核是结核杆菌感染的局部表现,应采取局部病灶清除与全身抗结核相结合的治疗方案。全身治疗方案按照“早期、规律、全程、适量、联用”的原则进行药物治疗,同时注意定期复查肝肾功能。

总之,关节镜下病灶清除术治疗膝关节结核性滑膜炎是一种有效的治疗方法,有利于患者的功能恢复,有效防止关节结核的进一步发展。

[参考文献]

[1] Lysholm J, Gillxuist J. Evaluation of knee ligament surgery results with special emphasis on use of a scoring scale[J]. Am J Sports Med, 1982, 10(3): 150 – 154.

[2] 黑山直一,黑川高秀. 整形外科クルズス[M]. 第 3 版. 东京:南江堂, 1997:729.

[3] Lidder S, Lang K, Haroon M, et al. Tuberculosis of the knee[J]. Orthop Rev (Pavia), 2009, 1(2): e24.

[4] 夏亚一,赵 慧,孙正义,等. 关节镜下膝关节结核性滑膜炎的治疗[J]. 中国微创外科杂志, 2005, 5(5): 358 – 359.

[5] 朱明明,王 芳. 隐匿性臀部结核性脓肿的护理体会[J]. 局解手术学杂志, 2009, 18(6): 428 – 429.

[6] 彭 伟,马远征,黄迅悟,等. 关节镜下滑膜切除术治疗膝滑膜结核的临床分析[J]. 军事医学科学院院刊, 2006, 30(1): 60 – 61.

[7] Guo L, Yang L, Duan XJ, et al. Arthroscopically assisted treatment of adolescent knee joint tuberculosis[J]. Orthop Surg, 2010, 2(1): 58 – 63.

[8] 李 浩,邹鸿星,杨淮河,等. 复杂胫骨平台骨折的手术治疗[J]. 局解手术学杂志, 2010, 19(4): 269 – 270.

[9] 王嘉明,姚仁福,罗向东,等. 肱骨远端骨折手术及术后肘关节功能影响因素[J]. 局解手术学杂志, 2010, 19(1): 16 – 17.

(编辑:余汇洋)