维普资讯 http://www.cqvip.com

文章编号：0253-3626(2006)03-0408-03

诊断性宫腔镜对临床Ⅰ期子宫内膜癌患者腹水细胞学及预后的影响

卢 娜，钟 玲，胡丽娜

（重庆医科大学附属第二医院妇产科，重庆 400061）

【摘 要】目的：探讨临床Ⅰ期子宫内膜癌患者使用诊断性宫腔镜的安全性，是否增加腹水细胞学的阳性率及对预后的影响。方法：回顾性分析本院 52 例术前宫腔镜诊断为临床Ⅰ期子宫内膜癌患者的临床资料，了解术中腹水细胞学检查、手术方式、手术病理分期等，随访预后。结果：宫腔镜距离开腹手术的平均时间间隔是 36 天（5～82 天），腹水细胞学阳性率 2/52（3.8%），平均生存时间 81 个月（9～130 个月），5 年生存率 91.5%。结论：诊断性宫腔镜未增加临床Ⅰ期子宫内膜癌患者阳性腹水细胞学的风险，亦未对预后造成不良影响。

【关键词】子宫内膜癌；诊断性宫腔镜；腹水细胞学；预后

【中国图书分类法分类号】R737.33 【文献标识码】A 【收稿日期】2005-12-01

Effect of diagnostic hysteroscopy on peritoneal cytology and prognosis in patients with clinical stage one endometrial cancer

LU Na , et al

(*Department of Gynecology and Obstetrics, the Second Affiliated Hospital,Chongqing Medical University*)

【Abstract】 *Objective*: To explore the safety of using diagnostic hysteroscopy in patients with clinical stage one endometrial cancer, whether diagnostic hysteroscopy can increases the risk of positive peritoneal cytology in such patients and affects their post-operative prognosis. *Methods*: Medical records of 52 patients with clinical stage one endometrial cancer diagnosed by pre-operative hysteroscopy in our hospital were reviewed in this retrospective study, informations about cytological test of abdominal peritoneal fluid, type of operation, post-operative surgical stage and follow-up were collected. *Results*: The mean interval between hysteroscopy and laparotomy was 36 days (5~82d), 2/52 (3.8%) present positive peritoneal cytology, the mean survival time was 81 months (9~130m), the 5-year survival rate was 91.5%. *Conclusion*: Diagnostic hysteroscopy had not increase the risk of positive peritoneal cytology,also had no adverse effect on prognosis in clinical stage one endometrial cancer patients.

【Key words】Endometrial cancer ; Diagnostic hysteroscopy; Peritoneal Cytology; Prognosis

长期以来，子宫内膜癌术前诊断性宫腔镜的安全性备受关注，Egarter[1]和 Obermair[2]报道诊断性宫腔镜可导致内膜癌细胞播散至腹腔，从而增加腹水细胞学的阳性率。通常阳性腹水细胞学只在术后Ⅱ、Ⅲ期子宫内膜癌中有预后意义，在术后Ⅰ期内膜癌中的预后价值至今仍存争议[2-5]。为此我们设计此回顾性研究，探讨临床Ⅰ期子宫内膜癌术前诊断性宫腔镜是否会增加腹水（或盆腹腔洗液）细胞学的阳性率及对预后的影响。

作者介绍：卢 娜(1965-)，女，主治医师，硕士，主要研究方向：妇科肿瘤的综合治疗。

1 材料与方法

1.1 病例来源

提取重庆医科大学附属第二医院 1994 年 5 月至 1999 年 5 月期间住院手术的 61 例子宫内膜癌患者的病史档案，排除术前未行宫腔镜检查或术中未行腹腔细胞学检查的患者 9 例，收集其余 52 例患者的临床病理资料，包括年龄、绝经时间、内科合并症（糖尿病和/或高血压），宫腔镜检查至手术的时间间隔、手术方式、临床及手术病理分期等，随访预后。本文子宫内膜癌的临床分期、手术病理分期、组织学分级参照文献[6]。

1.2 宫腔镜检查

维普资讯 http://www.cqvip.com

检查指征：绝经后阴道出血或异常子宫出血，部分患者阴道超声提示子宫内膜厚度大于 4 毫米或见异常内膜图像。

检查方法：采用 OLYMPUS 全景式宫腔镜，冷光源和自动膨宫器，宫腔镜外套直径 7mm，用 5%葡萄糖水作为膨宫介质，最大膨宫压力为 9.5kPa，检查时宫颈局部阻滞麻醉，依次扩张宫颈后置入宫腔镜，观察子宫内膜变化，可疑部位行直视下活检、病理，诊断为临床Ⅰ期子宫内膜癌。

1.3 手术方式

下腹正中切口进腹后首先用 100 ml 生理盐水冲洗盆腹腔后，送细胞学检查。然后探查子宫及双附件，腹膜脏、壁层表面，大网膜，肝脏表面，有无种植及浸润；腹膜后淋巴结有无肿大。根据探查情况分别行次广泛（或全子宫）+双侧附件切除。其中 22 例患者分别接受了盆腔系统性淋巴结清扫术或选择性淋巴结活检。术后据病检报告有高危因素者（如深肌层浸润、分化差、盆腔淋巴转移）予辅助放、化疗。

1.3 统计学分析

生存随访的截止期为 2004 年 5 月，Kaplan-Meier 法绘制生存曲线并给出 5 年生存率。

2 结 果

52 例临床Ⅰ期患者中，平均年龄 57 岁，3 例合并糖尿病，6 例合并高血压，2 例同时合并高血压和糖尿病。诊断性宫腔镜至手术探查的平均时间间隔为 36 天（5~82 天），因术前需处理内科合并症，故其中 4 例间隔超过 60 天。手术病理分期：Ⅰ期 47 例，4 例Ⅱ期，1 例Ⅲ期；内膜样腺癌 49 例，浆液性乳头状囊腺癌 1 例，透明细胞癌 1 例，腺鳞癌 1 例；组织学分级 G_1 27 例，G_2 14 例，G_3 11 例；有淋巴结转移者 3 例，19 例淋巴无转移；癌灶局限于内膜者 19 例，浅肌层浸润 20 例，深肌层浸润 13 例。52 例临床Ⅰ期患者中腹水（或盆腹腔洗液）细胞学阳性 2 例（3.8%），皆为有高危病理因素者：深肌层浸润和细胞差分化。表 1 显示 52 例临床Ⅰ期子宫内膜癌患者的临床病理资料及腹水细胞学情况。

所有 52 例患者均为初次接受手术治疗，其中 13 例有高危病理因素的患者术后接受了放、化疗。47 例术后Ⅰ期患者中有 38 例（80.9%）随访至 2004 年 5 月，均随访 5 年以上，最长随访时间达 9 年，失访 9 例(19.1%)，平均生存时间 81 个月（9~130 个月），死于本病 4 例：浆液性乳头状囊腺癌 1 例术后 9 个月死亡，透明细胞癌 1 例 17 个月死亡，内膜样腺癌 1 例 25 个月死亡、腺鳞癌 1 例 31 个月死亡，内膜样腺癌 1 例 35 个月后非死于本病。根据 Kaplan-Meier 法绘制出本组 47 例Ⅰ期子宫内膜癌患者生存曲线见图 1，计算出 5 年生存率 91.5%。

表 1 52 例临床Ⅰ期子宫内膜癌患者的临床病理资料

临床病理资料	例数（n=52）	阳性腹水细胞学（n=2）
FIGO分期		
Ⅰ	47	0
Ⅰa	19	0
Ⅰb	18	0
Ⅰc	10	1
Ⅱ	4	0
Ⅲ	1	1
病理类型		
内膜样腺癌	49	0
浆液性乳头状囊腺癌	1	1
透明细胞癌	1	1
腺鳞癌	1	0
组织学分级		
G_1	27	0
G_2	14	1
G_3	11	1
淋巴结转移		
有	3	2
无	19	0
肌层浸润深度		
无	19	0
浅（<1/2）	20	0
深（>1/2）	13	2

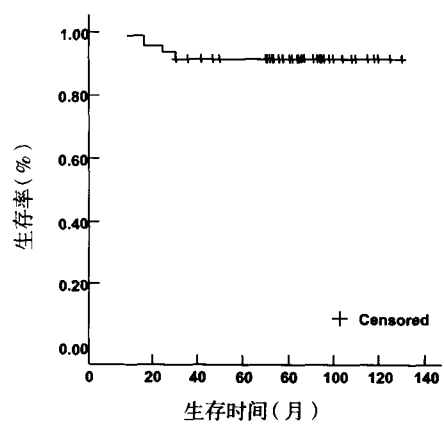


图 1 术后Ⅰ期子宫内膜癌患者的生存曲线

3 讨 论

本研究 52 例临床Ⅰ期子宫内膜癌患者中，术前均接受了诊断性宫腔镜，术中腹水（盆腹腔洗

维普资讯 http://www.cqvip.com

液)细胞学阳性者 2 例(3.8%),且均是有高危病理因素者:深肌层浸润和细胞差分化,Zerbe 也报道过类似现象[7]。

FIGO 报道的背景资料是未接受诊断性宫腔镜的临床Ⅰ期子宫内膜癌患者,腹水细胞学仍有 3.5%~11.4%的阳性率[2,3,6]。而本回顾性研究中阳性率为 3.8%,参照 FIGO 报道的背景资料,本回顾性研究中术前诊断性宫腔镜并未增加癌细胞腹腔内转移的机率。分析其原因可能是:首先与膨宫压力有关,全麻下施行诊断性宫腔镜时膨宫压力可高达 150mmHg[9],有试验发现施行诊断性宫腔镜时,增加膨宫压力后腹水细胞学阳性率有轻微升高[10],更有在全麻下行诊断性宫腔镜,腹水细胞学阳性率竟达 37%[9],而本研究中采用宫颈局部阻滞麻醉,压力最大仅达 70mmHg,Baker 等[11]在给不孕女性做输卵管通液中发现:膨宫压力 < 70mmHg 时,腹腔中未见水流溢出,若此结论为大量研究所证实,则临床中只需控制膨宫压力使之低于 70mmHg,即可在早期子宫内膜癌患者群中安全使用诊断性宫腔镜;其次,即使诊断性宫腔镜可导致一过性的内膜癌细胞溢出,正如 Egarter[1]和 Obermair[2]所报道,但我们推测若适当延长诊断性宫腔镜距手术探查的时间间隔,腹腔内的免疫机制会有足够时间清除少量进入的恶性细胞,患者仍有可能在较长时间内逆转至阴性,不会导致肿瘤细胞的有效种植,Obermair[2]在其系列研究中亦观察到类似现象:腹腔中内膜癌细胞的种植发生在宫腔镜后一个相对较短的时间段内,本研究中宫腔镜距手术的平均时间间隔为 36 天,超过 Obermair[2]报道的 12~13 天。目前尚无这方面的进一步研究资料,本研究中有关溢出内膜癌细胞的腹腔内种植及时间间隔的推测尚需动物实验进一步证实。

手术病理分期为Ⅰ期的子宫内膜癌患者中,无论医源性或自发形成的阳性腹水细胞学,对于预后的价值仍无定论。有报道术后Ⅰ期子宫内膜癌患者的 5 年生存率因腹水细胞学不同而存在显著差异,阴性者的生存率相对较高[2,3],Ebina [4]和 Grimshaw [5]则报道Ⅰ期子宫内膜癌患者的生存率不受腹水细胞学的影响;而我们接受诊断性宫腔镜的 47 例术后Ⅰ期子宫内膜癌患者的 5 年生存率为 91.5%,同后者的结论较为相符,宫腔镜的检查亦未见对预后造成不良影响。

诊断性刮宫是诊断绝经后子宫出血的常规手段,宫腔镜的介入使得这项检查更加直观、精确和细致,可避免宫腔搔刮的盲目性。就子宫内膜癌的术前确诊而言,诊断性宫腔镜优于常规分段诊刮,诸多报道诊断性宫腔镜有增加腹水细胞学阳性率的风险[1,2,7,9]。而本文的结论是并未增加内膜癌细胞腹腔内播散的风险,亦未见对预后造成不良影响。故本研究建议除非有更多的前瞻性研究显示这种癌细胞腹腔内播散的风险,否则没有理由停止使用诊断性宫腔镜。

参 考 文 献

[1] Egarter C, Krestan C, Kurz C. Abdominal dissemination of malignant cells with hysteroscopy [J]. Gynecol Oncol, 1996;63: 143- 144.

[2] Obermair A, Geramou M, Gucer F, et al. Impact of hysteroscopy on disease-free survival in clinically stage I endometrial cancer patients[J]. Int J Gynecol Cancer, 2000;10(4):275-279.

[3] Turner DA, Gershenson DM, Atkinson N, et al. The prognostic significance of peritoneal cytology for stage I endometrial cancer[J]. Obstet Gynecol, 1989;74(5):775 -780.

[4] Ebina Y, Hareyama H, Sakuragh N, et al. Peritoneal cytology and its prognostic value in endometrial carcinom a[J].Int Surg, 1997;82:244- 248.

[5] Grimshaw RN, Tupper WC, Fraser RC, et al. Prognostic value of peritoneal cytology in endometrial carcinoma[J].Gynecol Oncol, 1990;36:97-100.

[6] 中华医学会妇产科学会. 妇科常见恶性肿瘤诊断与治疗规范(草案)[J]. 中华妇产科杂志, 1998;33(11):694-704.

[7] Zerbe MJ, Zhang J, Bristow RE, et al. Retrograde seeding of malignant cells during hysteroscopy in presumed early endometrial cancer[J]. Gynecol Oncol, 2000;79:55 - 58.

[8] McLellan R, Dillon MB, Currie JL, et al. Peritoneal cytology in endometrial cancer: a review[J]. Obstet Gynecol Surv,1989;44 (10):711-718.

[9] Leveque J, Goyat F, Dugast J, et al. Value of peritoneal cytology after hysteroscopy in surgical stage I adenocarcinoma of the endometrium[J]. Oncol Rep, 1998;5:713-715.

[10] Sagawa T, Yamada H, Sakuragi N, et al. A comparison between the preoperative and operative findings of peritoneal cytology in patients with endometrial cancer[J]. Asia-Oceania J Obstet Gynaecol, 1994;20(1):39 -47.

[11] Baker VL, Adamson GD. Threshold intrauterine perfusion pressures for intraperitoneal spill during hydrotubation and correlation with tubal adhesive disease [J]. Fertil Steril, 1995;64(6): 1066- 1069.