维普资讯 http://www.cqvip.com

文章编号:0253－3626(2005)03－0456－03

卵巢恶性生殖细胞肿瘤的临床分析

陈小芬[1]，梅耀宇[2]，叶之美[2]

(1.川北医学院附属医院妇产科，四川 南充 637000；2.重庆医科大学临床学院妇产科，重庆 400016)

【摘 要】目的：探讨卵巢恶性生殖细胞肿瘤的临床特点、治疗及预后。方法：对 38 例卵巢恶性生殖细胞肿瘤(卵黄囊瘤 15 例、无性细胞瘤 10 例、未成熟畸胎瘤 9 例、成熟畸胎瘤恶变 4 例)进行回顾性分析。结果：患者中位年龄 25 岁(11～54 岁)；FIGO 临床分期：Ⅰ期 18 例(47.4%)，Ⅱ期及Ⅲ期各 7 例(18.4%)，Ⅳ期 2 例(5.3%)，复发 4 例(10.5%)。全组总的 2 年生存率为 76.3%，Ⅰ、Ⅱ期患者为 96.0%。保留生育功能有生育要求的 6 例，娩出 4 例健康新生儿。结论：卵巢恶性生殖细胞肿瘤治愈率明显提高，临床分期及治疗方式是重要的预后因素，保守性手术及生育功能的保留是可行的。

【关键词】卵巢恶性生殖细胞肿瘤；治疗；预后

【中国图书分类法分类号】R737.1 【文献标识码】A 【收稿日期】2004－06－25

Clinical analysis of malignant ovarian germ cell tumor

CHEN Xiaofen, et al

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

【Abstract】*Objective*: To evaluate the clinical profile, treatment methods, and prognosis for malignant germ cell tumors of the ovary. *Methods*: A total of 38 patients with malignant ovarian germ cell tumors(15 yolk sac tumors, 10 dysgerminomas, 9 immature teratomas, and 4 mature cystic teratomas with malignant transformation) were analyzed retrospectively. *Results*: The median age of the patients was 25 years(range 11～54). There were 18 FLGO stage Ⅰ tumors (47.4%), 7 stage Ⅱ and Ⅲ tumors respectively(18.4%), 2 stage Ⅳ tumors (5.3%), and 4 recurrent tumors (10.5%). The overall 2－year survival rate was 76.3%, the survival rate of patients with stage Ⅰ－Ⅱ disease was 96.0%. Of the cases who preserved fertility, 6 patients had the desire of fertility, 4 healthy live births were recorded. *Conclusion*: The cure rate of malignant ovarian germ cell tumors has improved greatly. The staging and treatment approaches are important prognostic factors. Conservative surgery and preservation of fertility are feasible.

【Key words】Malignant ovarian germ cell tumors; Treatment; Prognosis

卵巢恶性生殖细胞肿瘤多发于年轻妇女和青少年，且大多数恶性程度高，发展快，预后差。本文对 1993～2002 年重庆医科大学临床学院收治的 38 例卵巢恶性生殖细胞肿瘤进行回顾性分析，以探讨影响预后的因素以及对年轻患者行保留生育功能手术的可行性。

1 资料与方法

1.1 研究对象

1993 年 2 月至 2002 年 2 月，重庆医科大学临床学院共收治卵巢恶性生殖细胞肿瘤 38 例，占同期卵巢恶性肿瘤(225 例)的 16.9%，其中 34 例为初治患者，另 4 例在外院行首次手术后因肿瘤复发或治疗不足转入我院。所有病例的病理切片均经重庆医科大学病理科审核。

38 例患者初诊时中位年龄 25 岁(11～54 岁)，其中 20 例(53%)<25 岁。1 例已绝经，2 例尚未行经。临床表现主要为腹部包块、腹胀、腹痛，少数为月经紊乱、闭经或阴道不规则流血、便秘、尿频、尿急及发热等症状，3 例以急腹症(肿瘤破裂、肿瘤蒂扭转及合并急性盆腔炎各 1 例)就诊，另 2 例患者早孕妇检发现卵巢包块(未成熟畸胎瘤和无性细胞瘤各 1 例)。38 例卵巢肿瘤中，有卵黄囊瘤 15 例，无性细胞瘤 10 例，未成熟畸胎瘤 9 例，成熟畸胎瘤恶变 4 例。

1.2 方法

根据 34 例在我院行初始手术患者术中探查情况按 FIGO 卵巢肿瘤分期标准[1]进行分期，Ⅰ期 18 例，Ⅱ期及Ⅲ期各 7 例，Ⅳ期 2 例；4 例由外院转入的患者中，3 例为肿瘤复发，1 例转入我院化疗，均未行手术分期。38 例初次手术时，见肿瘤位于一侧卵巢者 37 例(右侧 20 例、左侧 17 例)，1 例为双侧卵巢无性细胞瘤；行患侧附件切除术 24 例，其中 3 例

作者介绍：陈小芬(1978－)，女，硕士

主要研究方向：妇科肿瘤。

维普资讯 http://www.cqvip.com

同时行对侧卵巢囊肿剥除术(囊性成熟畸胎瘤 2 例、黄体囊肿 1 例),另 14 例行全子宫及双侧附件切除术。16 例Ⅰ期以上及 3 例复发再次手术患者,术后残存肿瘤直径<2cm 者 14 例,直径≥2cm 者 5 例。2 例仅行一侧附件切除后复发转入我院再次手术时,见保留的卵巢和子宫均无肿瘤侵犯。

本组患者除 1 例 43 岁的Ⅰa 期卵巢囊性成熟畸胎瘤局部癌变(鳞状上皮癌Ⅰ~Ⅱ级)行全子宫及双附件切除术后未再行辅助治疗外,术后行化疗 35 例,主要采用 PVB 及 BEP 方案,早期患者化疗 4~6 个疗程,晚期患者化疗 6~8 个疗程。术后行放疗 2 例,均为无性细胞瘤。所有患者均随访至 2004 年 2 月或至死亡。

1.3 统计学处理

2 年生存率按 Kaplan-Meier 法计算,时序检验比较不同期别或不同病理类型间生存率,Fisher 检验法比较不同手术方式的生存率。

2 结 果

2.1 生存率与生存时间

本组 38 例患者中,29 例生存,2 年生存率为 76.3%。34 例初治患者中,生存 27 例(79.4%),2 例失访,5 例死亡。1 例无性细胞瘤(具体分期不详)外院行右侧附件切除术拆线后转入我院,行 VAC 化疗 1 个疗程及 PVB 化疗 5 个疗程,化疗结束后 20 个月盆腔肿瘤复发,最大约 6cm×5cm×5cm,包块固定,予 BEP 方案化疗 2 个疗程后已达临床完全缓解,未再手术,继续巩固化疗 4 疗程,随访至今已无瘤存活 2 年 8 个月。本组行全子宫及双附件切除术 14 例,生存 11 例(78.6%),患侧附件切除术 24 例,生存 18 例(75.0%),两者之间差异无显著性($P>0.05$)。

2.2 肿瘤分期与生存率(表 1)

本组Ⅰ、Ⅱ期 25 例患者,生存 24 例,2 年生存率为 96.0%,Ⅲ、Ⅳ期及复发患者 13 例,5 例存活,生存率为 38.5%。两者生存率之间差异有显著性($P<0.01$)。

表 1 肿瘤分期与预后

临床期别	治疗例数	存活数	死亡数
Ⅰ	18	17	1
Ⅱ	7	7	0
Ⅲ	7	3	4
Ⅳ	2	0	2
复发	4	2	2
合计	38	29	9

2.3 肿瘤病理类型与生存率

本组卵黄囊瘤 15 例,生存 12 例(80.0%);无性细胞瘤 10 例,生存 8 例(80.0%);未成熟畸胎瘤 9 例,生存 6 例(66.7%);成熟畸胎瘤恶变 4 例,生存 3 例(75.0%)。各种病理类型之间生存率差异无显著性($P>0.05$),无性细胞瘤与非无性细胞瘤之间生存率差异无显著性($P>0.05$)。

2.4 治疗后月经及生育情况

保留生育功能的 18 例存活者中,17 例有正常月经,其中 5 例化疗期间曾一度出现月经稀发或闭经,停药后 2~6 月内逐渐恢复正常,另 1 例患者 13 岁,至今尚无月经来潮;6 例有生育要求者,共妊娠 5 次,其中人工流产 1 次,足月分娩 4 次,所生小孩均正常,年龄最小 1 岁,最大 6 岁。终止化疗至妊娠时间间隔 6 个月至 8 年。

3 讨 论

卵巢恶性生殖细胞肿瘤中多数是中高度恶性肿瘤。20 世纪 80 年代以前 5 年生存率仅 21.9%[2],近年来,随着治疗方案的改进,卵巢恶性生殖细胞肿瘤的生存率已达 87.0%~97.3%[3]。

3.1 影响卵巢恶性生殖细胞肿瘤预后的因素

影响卵巢恶性生殖细胞肿瘤预后的因素是多方面的。首先临床期别的早晚直接影响生存率。本组患者Ⅰ~Ⅱ期 2 年生存率为 96.0%,Ⅲ、Ⅳ期及复发患者为 38.5%,说明早期发现早期治疗具有重要意义。本组有 2 例是在早孕妇检时发现的肿瘤,均为Ⅰ期,因此对年轻妇女应每年做 1 次妇科检查。大多数学者认为无性细胞瘤较非无性细胞瘤预后好,有报道晚期及复发性无性细胞瘤 5 年生存率 68%,而非无性生殖细胞瘤仅达 20%[4]。本组患者无性细胞瘤与非无性细胞瘤患者之间生存率无显著差别,可能与病例样本量较少有关。

首次合理、正规治疗尤其重要。本组有 1 例在基层医院接受首次手术,切除肿瘤标本未行病理检查,也未行辅助治疗在半年内复发,虽然再次予肿瘤细胞减灭术但不满意,行 PVB 及 BEP 方案化疗但病情迅速恶化而家属放弃治疗。首次手术治疗时应全面详细探查,进行准确的肿瘤分期,根据临床分期及患者生育功能的要求选择恰当的手术范围。对于盆腹腔有种植转移的患者,行肿瘤细胞减灭术后应使残留病灶直径<2cm,但又不同于卵巢上皮性癌,即使有少量残存癌组织,一般对术后化疗敏感有效,

维普资讯 http://www.cqvip.com

因此手术不要伤及脏器的完整性,不宜给患者带来过多的创伤。术后应给予及时、有效、足量的联合化疗。若无特殊情况,一般在患者肠道功能恢复后尽早开始化疗,最好在手术后 7 天内开始。卵巢恶性生殖细胞肿瘤的化疗方案的演变大致经历了 VAC、PVB 及 BEP 三个阶段。目前 VAC 方案已少用,BEP 方案被认为是卵巢恶性生殖细胞肿瘤化疗的"金标准"方案[5]。本组患者主要采用 PVB 或 BEP 方案化疗,对 VAC 治疗失败 2 例仍然有效。目前对卵巢恶性生殖细胞肿瘤的化疗疗程尚无定论,多数学者认为早期患者化疗 4～6 个疗程,晚期及复发者一般为 6～8 个疗程,对术前肿瘤标记物如 AFP、HCG 等阳性患者,可在血清肿瘤标记物转阴后再化疗 2～3 个疗程,保证足量治疗。

3.2 年轻患者保留生育机能的可行性

卵巢恶性生殖细胞肿瘤患者多为年轻妇女,患者往往未婚嫁及生育。能否保留患者的卵巢功能及生育能力值得探讨。1978 年 Forney[6] 首先报道 1 例 18 岁内胚窦瘤患者,经切除患侧附件及术后化疗后获得妊娠。本组保留生育功能的存活者中,有生育要求的 6 例,共妊娠 5 次,足月分娩 4 次,小孩均正常。

综合文献报道,卵巢恶性生殖细胞肿瘤患者行保留生育机能手术的可行性在于:(1)除无性细胞瘤双侧卵巢受累率 10%～15%外,绝大多数仅侵犯一侧卵巢;(2)肿瘤的转移和复发很少累及对侧卵巢和子宫;(3)对 PVB、BEP 等化疗方案敏感,是疗效最佳的卵巢恶性肿瘤;(4)有特异的肿瘤标记物,如 AFP、HCG 等,敏感性高,便于病情监测;(5)联合化疗对患者的月经及生育功能无明显的不良影响;(6)联合化疗对第 2 代的生育无明显的不良影响。

过去强调保守性手术仅适用于 Ⅰa 期病例,Zanetta 等[7] 则认为不论肿瘤类型及临床期别,只要子宫及对侧卵巢未受累均可保留生育功能。Gomes 等[8] 提出双侧卵巢无性细胞瘤也可保留肿瘤小的一侧卵巢,术后行联合化疗并影响预后。与双侧附件切除术并或不并子宫切除术相比较,保留生育机能的保守性手术具有至少相同的生存率[9]。本组行全子宫及双附件切除术与行保留子宫及一侧附件手术之间生存率差异亦无显著性,说明保留生育功能的手术并不影响预后。

(通讯作者:梅耀宇,重庆医科大学临床学院妇产科,400016)

参 考 文 献

[1] FIGO Cancer Committee. Staging announcement[J]. Gynecol Oncol, 1986;25:383－385.

[2] 张 蓉,洪婉君,刘丽影,等. 卵巢恶性生殖细胞肿瘤的资料:附 23 例临床分析[J]. 中华肿瘤杂志,1998;20(2):155－157.

[3] Gadducci A, Cosio S, Muraca S, et al. The management of malignant nondysgetminomatous ovarian germ cell tumors [J]. Amticancer Res, 2003;23(2c):1827－1836.

[4] 洪婉君,张 蓉,刘丽影,等. 晚期及复发性卵巢恶性生殖细胞肿瘤 129 例治疗结果的分析[J]. 中华妇产科杂志,1998;33(1):35－37.

[5] Gershenson DM. Update on malignant ovarian germ clee tumors[J]. Cancer, 1993;71:1581－1590.

[6] Forney JP. Pregmancy following removal and chemotherapy of ovarian eneodermal sinus tumof[J]. Obstet Gynecol, 1978;52(3):360－362.

[7] Zanetta G, Bonazzi C, Cantu MG, et al. Survival and reproductive function after treatmient of malignant germ cell ovarian tumors[J]. J Clin Oncol, 2001;19:1015－1020.

[8] Gomes PJ, Rustin GJ. Attempted preservation of one gonad in patients with bilateral germ cell tumors[J]. Clin Oncol, 1996;8:397－399.

[9] Gershenson DM, Copeland LJ, Kavanagh JJ, et al. Treatment of maligmant nondysgerminomatous germ cell tumors of the ovary with vincristine , eactinomycin , and cyclophosphamide[J]. Cancer, 1985;56:2756－2761.