维普资讯 http://www.cqvip.com

文章编号:0253－3626(2001)03－0275－04

术中肉眼估计Ⅰ期子宫内膜癌肌层浸润深度的临床价值

唐均英,曾品鸿,徐小蓉,邵 勇

(重庆医科大学临床学院妇产科 重庆 400016)

【摘 要】目的:探讨子宫内膜癌术中肉眼估计肌层浸润深度的准确度,指导术中淋巴结处理方式,有利于准确的手术分期及术后辅助治疗方式的选择。方法:比较Ⅰ期子宫内膜癌术中肉眼观察的肌层浸润深度及术后显微镜下组织学肌层浸润深度。结果:119 例可评价Ⅰ期子宫内膜癌病例中,术中准确估计肌层浸润深度 106 例。术中肉眼观察肌层浸润深度的准确度为 89.1%。子宫肌层浸润深度>1/2 的敏感度、特异度、阳性预测值和阴性预测值分别为:84.6%、90.3%、70.9%和 95.5%。结论:术中肉眼估计子宫内膜癌肌层浸润深度是可靠的、经济、快速的估计子宫肌层浸润深度的方法,可以用于帮助手术医生筛选盆腔和腹主动脉旁淋巴结转移的高危病人。

【关键词】子宫内膜癌;肌层浸润;分期

【中图分类号】R737.330.5 【文献标识码】A 【收稿日期】2000－12－25

Clinical value of intraoperative evaluation of depth of myometrial invasion in stage I endometrial cancer

TANG Jun－ying, et al

(Department of Obstetrics and Gynecology, College of Clinical Medicine, Chongqing Medical University)

【Abstract】 ***Objective***: To determine if depth of myometrial invasion in patients with endometrial cancer estimated by gross visual examination accurately identified the microscopic myometrial invasion. ***Methods***: Comparing depth of myometrial invasion by intraoperative gross estimation with final histologic depth of invasion. ***Results***: Of the 119 evaluable patients with stage I endometrial cancer, the depth of invasion was accurately determined by gross estimation in 89.1% (106/119) of cases. The sensitivity, specificity, and positive and negative predictive values of depth of myometrial invasion more than 1/2 intraoperative gross estimation were 84.6%, 90.3%, 70.9%, and 95.5%, respectively. ***Conclusion***: Intraoperative gross estimation of myometrial invasion is a reliable, inexpensive and fast method for evaluating the invasiveness of endometrial cancer, and can be used to assist the surgeon in selecting patients at increased risk for pelvic and para－aortic metastases.

【Key words】Endometrial cancer; Myometrial invasion; Neoplasm staging

子宫内膜癌是妇科常见的恶性肿瘤,近年来发病率明显上升。正确的手术分期能准确估计预后,选择合适的治疗方案,提高生存率。手术分期根据肿瘤浸润范围及深度、有无淋巴转移及腹水细胞学检查。子宫内膜癌子宫肌层浸润深度及组织学分级与盆腔、腹主动脉旁淋巴结转移有密切关系。大量研究认为[1－6]子宫内膜癌深肌层浸润其淋巴结转移的危险比浅肌层浸润显著增加,层浸润需作淋巴结切除,浅肌层浸润且肿瘤分化良好者一般不需作淋巴结切除。Ⅰ期子宫内膜癌深肌因此术中估计肌层浸润深度的准确度对预测淋巴结转移、准确的手术分期、选择个体化治疗及预后判断有重要意义。本研究回顾分析了 119 例 1993～1999 年间我院手术治疗的Ⅰ期的子宫内膜癌病例资料,以评价术中估计肌层浸润深度的临床价值。

作者简介:唐均英(1964—),女,主治医师,硕士,主要研究方向:妇科肿瘤,子宫内膜异位症。

维普资讯 http://www.cqvip.com

1 资料与方法

1.1 临床资料 1993 年 1 月～1999 年 12 月在我院行手术治疗,病理诊断为子宫内膜癌的病例 213 例。其中Ⅰ期子宫内膜癌 167 例。不包括术前放疗、化疗者,以及没有明确的术中肌层浸润深度记录、显微镜下肌层浸润深度的记录不详及其他资料不全者。其中可评价病例 119 例。全部病例均按 1988 年 FIGO 分期标准进行手术分期。组织学分级以术后病理分级为准。

119 例资料中,患者年龄 24～74 岁,平均 55.6 岁。绝经前患者 36 例(30.3%),绝经后患者 83 例(69.7%),最长绝经 25 年,最短绝经 1 年。腺癌 111 例,腺鳞癌 3 例,腺棘癌 4 例,透明细胞癌 1 例。肿瘤组织学分级 G1、G2、G3 分别为 69 例、36 例、14 例。

1.2 手术方式 全部患者均经手术治疗,手术方式为全子宫切除术、次广泛全子宫切除术或广泛子宫切除术。部分患者行盆腔及腹主动脉旁淋巴结切除或活检。部分患者术后辅以化疗、放疗或激素治疗。

1.3 观察方法 所有患者均在子宫切除后立即肉眼观察肌层浸润深度,根据手术记录将肿瘤肌层浸润分为<1/2(含浅肌层浸润、浸及肌层内 1/3、无肌层浸润)和>1/2(含深肌层浸润、浸及肌层 2/3 及外 1/3,浸及中肌层也归入此类),并与术后显微镜下组织学浸润深度进行比较。

1.4 统计学处理 采用 χ^2 检验。

2 结 果

2.1 肉眼观察与显微镜下肌层浸润深度比较

119 例可评价的Ⅰ期子宫内膜癌中,术中准确判断肌层浸润深度 106 例,术中肉眼估计肌层浸润深度的准确度为 89.1%。肌层浸润深度>1/2 的敏感度、特异度、阳性预测值和阴性预测值分别为:84.6%、90.3%、70.9%和 95.5%。

其中 9 例过高估计,4 例过低估计,过高估计与过低估计比较差异有显著意义($P<0.005$)。见表 1

表 1 肉眼和显微镜下观察 119 例Ⅰ期子宫内膜癌子宫肌层浸润深度

显微镜下肌层浸润	肉眼观察肌层浸润	
	<1/2	>1/2
<1/2	84	9
>1/2	4	22

2.2 肌层浸润深度与组织学分级

本组病例中,组织学分级为 G1 者 69 例、G2 36 例、G3 14 例其肌层浸润深度判断符合率分别为 88.4%、88.9%和 92.7%。G1、G2、G3 符合率比较无显著差异($P>0.05$)。表 2 显示肌层浸润深度判断与组织学分级符合率的关系。

表 2 肉眼判断肌层浸润深度与组织学分级符合率的关系

	肉眼与镜下符合率(%)	肉眼与镜下不符合率(%)
G1	61/69(88.4)	8/69(11.6)
G2	32/36(88.9)	4/36(11.2)
G3	13/14(92.8)	1/14(7.2)

3 讨 论

准确估计肌层浸润深度对子宫内膜癌的手术分期和治疗选择有重要意义。术中是否行盆腔和腹主动脉旁淋巴结切除根据肿瘤组织学分级与肌层浸润深度决定。有无淋巴结转移直接影响术后处理,如果淋巴结阳性则需补充放射治疗,以提高生存率,减少术后复发。Potish[7]等报道对腹主动脉旁淋巴结阳性的内膜癌患者行扩大范围放射治疗可提高生存率。

Boronow[2]对 157 例Ⅰ期子宫内膜癌行腹主动脉旁淋巴结取样,发现浅肌层浸润者腹主动脉旁淋巴结转移的阳性率为 5%,深肌层浸润者腹主动脉旁淋巴结转移的阳性率为 38%。Piver[8]报道相似,浅肌层和深肌层浸润者腹主动脉旁淋巴结转移的阳性率分别为 4.5%、45.5%。因此主张对肌层浸润深度>50%者应行盆腔和腹主动脉旁淋巴结切除。

虽然子宫内膜癌组织学分级可在术前诊刮和内膜活检中获得,但术前组织学分级与术后组织学分级并不完全符合,彭芝兰[9]报道术前与术后组织学分级改变率为 23.7%,且术前组织学分级常常过低[10,11]。尽管术前的其它诊断方法如 MRI、CT、经阴道超声等也用于帮助判断子宫内膜癌肌层浸润深度,但术前还不能准确预测肌层浸润深度[12]。那么术中估计肌层浸润深度是否可用于帮助手术医生选择盆腔和腹主动脉旁淋巴结转移的高危病人呢。

本组 119 例资料显示,术中肉眼观察肌层浸润深度的准确度为 89.1%,肌层浸润深度>1/2 的敏感度、特异度、阳性预测值和阴性预测值分别为:84.6%、90.3%、70.9%和 95.5%。13 例估计失误,占 10.9%,其中 9 例过高估计,4 例过低估计,过高估计与过低估计比较差异显著($P<0.005$),说明容

维普资讯 http://www.cqvip.com

易过高估计,可能与将浸及中肌层纳入>1/2 组有关。分析 9 例过高估计者中,7 例术中估计肌层浸润深度在中肌层,2 例达 2/3,4 例过低估计者中,2 例术后显微镜下肌层浸润深度在中肌层,2 例达 2/3,显示近乎 1/2 者容易造成过高或过低估计。Morrow[4]报道肌层浸润及内 1/3 和中 1/3 的子宫内膜癌患者 5 年累计复发率无明显差异,而外 1/3 者 5 年累计复发率比中 1/3 者明显升高。本组没有一例浸及肌层外 1/3 以上而估计过低的,说明本方法可靠性强,对深肌层浸润遗漏机会小。因此术中肉眼估计肌层浸润深度可以用于预测盆腔和腹主动脉旁淋巴结转移的高危病人。

本研究结果与 Larson[10]、David[13]及 Massimo Franchi[14]等报道一致,David 报道肉眼估计Ⅰ期子宫内膜癌肌层浸润深度的准确度为 91%,Massimo Franchi 等对八个研究中心的前瞻性研究发现肉眼估计肌层浸润深度的准确度为 88%。本组资料显示术中肉眼观察肌层浸润深度的准确度与肿瘤组织学分级无关($P>0.05$),对 G1、G2、G3 者均能准确估计其肌层浸润深度。而 Barbara[15]等将子宫内膜癌肌层浸润深度分为 4 组(表、浅、中、深),报道肉眼估计肌层浸润深度的准确性 G1、G2、G3 分别为 87.3%、64.9%、30.8%,认为肿瘤组织学分级越差者肉眼估计肌层浸润深度的准确性越低。我们将肌层浸润深度分为浅、深两组与大多数学者研究方法一致,并与 1988 年 FIGO 子宫内膜癌手术分期标准一致;同时手术医生对肿瘤分化差的病人警惕更高,因而提高了准确度。

问题是术中肉眼观察肌层浸润深度可否代替术中冰冻切片。术中冰冻切片估计内膜癌肌层浸润深度的准确度各报道差异很大,从 61% 到 96.5%[16~19]。由于冰冻切片是在肉眼观察肿瘤浸润最深处取材,冰冻切片与肉眼观察子宫肌层浸润深度的关系就非常密切。然而冰冻切片能提供的信息依赖于肿瘤组织学分级,而术前肿瘤组织学分级常常偏低,很少偏高。因此术前肿瘤组织学分级为 G3、肌层浸润最深度>1/2 者术中冰冻切片并不能提供更多有用的信息,术中肉眼观察肌层浸润深度可以代替冰冻切片;对肌层浸润深度<1/2 者冰冻切片的作用有待进一步探讨[14]。

综上所述,我们认为术中肉眼估计肌层浸润深度是准确、可靠、经济、快速的方法。可以用于帮助手术医生筛选盆腔和腹主动脉旁淋巴结转移的高危病人。

参 考 文 献

[1] Disaia PJ, Creasman WT, Boronow RC, et al. Risk factors and recurrent patterns in stage I endometrial cancer[J]. Amer J Obstet Gynecol, 1985; 151(8): 1009-1015.

[2] Boronow RC, Morrow CP, Creasman WT, et al. Surgical staging in endometrial cancer: Clinical-pathologic findings of a prospective study[J]. Obstet Gynecol, 1984; 63(6): 825-832.

[3] Hanson MB, Van Nagell JR Jr, Powell DE, et al. The prognostic significance of lymph-vascular space invasion in stage I endometrial cancer[J]. Cancer, 1985; 55(8): 1753-1757.

[4] Morrow CP, Bundy BN, Kurman RJ, et al. Relationship between surgical-pathological risk factors and outcome in clinical stage Ⅰ and Ⅱ carcinoma of the endometrium: a[J]. Gynecol Oncol, 1991; 40(1): 55-65.

[5] Ayhan A, Tuncer R, Tuncer ZS, et al. Correlation between clinical and histophologic risk facters and lymph node metastases in early endometrial cancer (a multivariate anslysis of 183 cases)[J]. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol, 1994; 57(3): 167-170.

[6] Larson DM, Connor GP, Broste Sk, et al. Prognostic significance of gross myometrial invasion with endometrial cancer [J]. Obstet Gynecol, 1996; 88(3): 394-398.

[7] Potish RA, Twigs LB, Adcock LL, et al. Paraaortic lymph node radiotherapy in cancer of the uterine corpus[J]. Obstet Gynecol, 1985; 65(2): 251-256.

[8] Piver MS, Lele SB, Barlow JJ, et al. Paraaortic lymph node evaluation in stage I endometrial carcinoma[J]. Obstet Gynecol, 1982; 59(1): 97-100.

[9] 彭芝兰,刘兴会. 子宫内膜癌 290 例临床分期与手术病理分期的比较[J]. 中华妇产科杂志, 1997; 32(10): 597-600.

[10] Larson DM, Johnson KK, Broste SK, et al. Comparison of D&C and office endometrial biopsy in predicting final histopathologic grade in endometrial cancer[J]. Obstet Gynecol, 1995: 86(1): 38-42.

[11] Bolis PF, Franchi M, Dore R, et al. Is it possible to recognize before surgery the main prognostic facters in patients with Ist stage endometrial carcinoma[J]? Eur J Gynecol Oncol, 1987; 8(5): 661-664.

[12] Barakat RR, Park RC, Grisby PW, et al. Corpus: Epithelial tumors, in Hoskins WJ, Perez CA, Young RC(eds): Principles and Parctice of Gynecologic Oncology [M]. Seconded,

维普资讯 http://www.cqvip.com

Philadelphia, Lippincottraven, 1996;859－896.

[13] David L, Doering MD, Danny R, et al. Intraoperative evaluation of depth of myometrial invasion in stage I endometrial adenocarcinoma[J]. Obstet Gynecol, 1989;74(6):930－933.

[14] Massimo Franchi MD, Fabio Ghezzi MD. Clinical value of intraoperative gross examination in endometrial cancer[J]. Gynecol Oncol, 2000;76(3):357－361.

[15] Barbara A, Goff MD, Laurel W, et al. Assessment of depth of myometrial invasion in endometrial adenocarcinoma [J]. Gynecol Oncol, 1990;38(1):46－48.

[16] Noumoff JS, Menzin A, Mikuta J, et al. The ability to evaluate prognostic variables on frozen section in hysterectomies performed for endometrial carcioma[J]. Gynecol Oncol, 1991; 42(3):202－208.

[17] Malviya VK, Deppe G, Malone JM, et al. Reliability of frozen section examination in identifying poor prognostic indicators in stage I endometrial adenocarcinoma[J]. Gynecol Oncol, 1989;34(3):299－304.

[18] Fanning J, Tsukada Y, Piver MS. Intraoperative frozen section diagnosis of depth of mymoetrial invasion in endometrial adenocarcinoma[J]. Gynecol Oncol, 1990;37(1):47－50.

[19] UK Shim J, Rose PG, Reale FR, et al. Accuracy of frozen－section diagnosis at surgery in clinical stage Ⅰ and Ⅱ endometrial carcinoma[J]. Amer J Obstet Gynecol, 1992; 166 (5):1335－1338.

****

(上接第 274 页)很强的抗菌活性。本文体外活性研究表明本品对肺炎球菌的 MIC_{50} 为 0.5mg/L, MIC_{90} 为 1mg/L、对金葡菌的 MIC＜0.03mg/L,其抗菌活性为氧氟沙星的 2～4 倍,本品对肠杆菌科细菌的 MIC_{90} 值大都为＜0.03～0.5mg/L,与氧氟沙星相似。说明司氟沙星既保留第三代氟喹诺酮类抗菌药对革兰阴性菌较强的抗菌活性,又增强了对革兰氏阳性菌的抗菌活性。本文结果与文献报道相似[3,4]。

司氟沙星血药浓度高,渗透性好,组织中浓度是血浆浓度的 2 倍(除脑脊液),半衰期长约 17h[5],而且 SPLX 对革兰阴性、阳性菌均产生明显的抗生素后效应(PAE),细菌长时间接触又可产生叠加 PAE[6],因此本品可一日一次给药。

本试验结果表明:乳酸司氟沙星葡萄糖注射液,每天 200mg 一次静脉注射对中度和重度呼吸道、消化道、泌尿道及其他细菌感染疗效确切,且副作用少,与氧氟沙星注射液疗效相似或略优于氧氟沙星。

参 考 文 献

[1] Beringer PM, Holtom PD, Rho JP. Comparing the newest fluoroquinolones: Levofloxacin and Sparfloxacin[J]. Medical Progress SEA, 1998;25(3):21－29.

[2] 胡鹏,邹启园,蒋玉富,等.司氟沙星与氧氟沙星随机对照治疗细菌性感染的临床研究[J].中华内科杂志,1999;1:7.

[3] Eliopoulos GM, Eliopoulos CT. Activity in vitro of the quinolones. In: Hooer DC, Wolfson JS. Quinolone Antimicrobial Agents, 2nd ed. Washiton, DC. American Society for microbiology; 1993;161.

[4] Wolfson JS, Hooper DC. Fluoroquinolone antimicrobial agents[J]. Clin Microbiol Rev, 1989;2:378.

[5] Montay G. Pharmacokinetics of sparfloxacin in healthy volunteers and patients: a review[J]. J Antimicrob Chemother, 1996;37(suppl A):27.

[6] 方 翼,王 睿,裴 斐,等.司帕沙星与洛美沙星的抗生素后效应[J].中国新药杂志,1999;8(9):608.