DOI:10.16016/j.1000-5404.2001.05.046

论著

文章编号:1000-5404(2001)05-0586-02

86例晚期卵巢癌盆腔淋巴结清除术的临床分析

杨 鹰,杜保琳,贺 贞 (第三军医大学附属新桥医院妇产科,重庆 400037)

提 要:目的 探讨对晚期卵巢癌患者施行盆腔淋巴结清除术的临床意义。方法 对86例晚期卵巢癌患者施行手术治疗,根据术后残留病灶的大小及是否行盆腔淋巴结清除术分成3组,A组:42例,行盆腔淋巴结清除术且残留病灶直径<2 cm;B组:26例,行盆腔淋巴结清除术但残留灶直径≥2 cm;C组:18例未行盆腔淋巴结清除术且残留病灶≥2 cm。3组术后均行CAP方案化疗6~8疗程,3组的临床分期及病理分级基本相同。结果 A组5年生存率30.1%(13/42),B组5年生存率11.5%(3/26),与A组比较差异显著($P<0.05$)。C组5年生存率11.1%(2/18),与B组比较差异无显著性($P>0.05$),与A组比较差异显著($P<0.01$)。结论 术中残留病灶直径<2 cm时同时行盆腔淋巴结清除术可明显提高患者生存率。如残留病灶≥2 cm时勿需行盆腔淋巴结清除术。

关键词:卵巢肿瘤,癌;淋巴结切除术

中图法分类号:R323.5;R654;R737.31 文献标识码:A

Clinical analysis of pelvic lymphadenectomy in 86 patients with advanced ovarian carcinoma

YANG Ying, DU Bao-lin, HE Zheng (Department of Obstetrics and Gynecology, Xinqiao Hospital, Third Military Medical University, Chongqing 400037, China)

Abstract **Objective** To investigate the clinical significance of pelvic lymphadenectomy in advanced ovarian carcinoma. **Methods** A total of 86 cases of advanced ovarian cancer with surgical treatment were assigned to 3 groups according to the size of residual focus and the performance of pelvic lymphadenectomy. Group A consisted of 42 cases with pelvic lymphadenectomy and the diameter of residual focus smaller than 2 cm; Group B, 26 cases, underwent pelvic lymphadenectomy but with the residual focus larger than 2 cm; Group C consisted of 18 cases without pelvic lymphadenectomy and the diameter of residual focus larger than 2 cm. All patients received CAP chemotherapy for 6 to 8 course of treatment and were in similar clinical stages and pathological grading. **Results** The 5 year survival rate was 30.1% (13/42) in Group A, and 11.5% (3/26) in Group B with significant difference ($P<0.05$). Group C's 5 year survival rate was 11.1% (2/18). No significant difference was found between Group B and C. **Conclusion** Application of pelvic lymphadenectomy on those with residual focus less than 2 cm can apparently improve the patients' survival rate. But when the diameter of the focus is larger than 2 cm, pelvic lymphadenectomy is not necessary.

Key words: ovarian neoplasms; carcinoma; lymph node excision

盆腔淋巴结清除术可明显提高早期卵巢癌患者生存率[1,2],但对晚期卵巢癌患者治疗意义如何国内外尚有争议。本研究讨论了我院86例晚期卵巢癌治疗的临床资料,旨在探讨盆腔淋巴结清除术在晚期卵巢癌治疗中的临床意义。

1 资料与方法

1.1 临床分组

我院1990年1月至1996年1月共收治晚期卵巢癌86例,年龄18~66岁,平均47岁。其中A组:42例残留病灶直径<2 cm;B组:26例,残留灶直径≥2 cm。A、B两组均行盆腔淋巴结清除术。C组:18例残留灶直径≥2 cm,未行盆腔淋巴结清除术。

1.2 方法

3组均行肿瘤细胞减灭术,其中A组有5例行直肠切除乙状结肠造瘘术,3例行肠修补术。A、B组行盆腔淋巴结清除术,范围包括:髂总、髂外、髂内、闭孔、腹股沟深区淋巴结,其中A、B组各有2例仅行部分淋巴结切除。3组均用CAP方案行静脉、腹腔联合化疗:环磷酰胺500 mg/m^2,表阿霉素50 mg/m^{2}静脉化疗,顺铂50 mg/m^{2}加生理盐水2 500~4 000 ml腹腔灌注,同时静脉滴注硫代硫酸钠12.8 g解毒,间隔3~4周,共6~8个疗程。治疗结束后每2~3个月复查1次,方法包括盆腔双合诊、妇科三合诊检查,B超,CT,血清CA125。其中21例行二次探查术。随访4~92个月,平均28个月。

1.3 统计学处理

生存率的比较采用χ^2检验,均数的比较采用t检验。

2 结果

2.1 一般结果

A、B组与C组平均手术时间比较相差显著($P<0.05$)。A、B组与C组平均出血量比较相差非常显著($P<0.01$)。其中A组中1例因腔静脉损伤出血达1 200 ml,见表1。

表1 A、B、C组手术时间和出血量的比较($\bar{x}\pm s$)

Tab 1 Comparison of operation time and amount of bleeding in group A, B and C ($\bar{x}\pm s$)

Group	n	Time(t/min)	Bleeding(ml)
A	42	293±43	587±54
B	26	256±28	470±43
C	18	157±24	210±38

作者简介:杨 鹰(1963-),男,四川省南充市人,硕士,主治医师,讲师,主要从事妇科肿瘤方面的研究,发表论文5篇。电话:13908381635

收稿日期:2001-01-19;修回日期:2001-03-18

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net

2.2　盆腔淋巴结转移率

病理检查结果证实 A 组有 27 例(27/ 42)淋巴结活检阳性, B 组有 16 例(16/ 26)淋巴结活检阳性, 两组淋巴结转移率分别为 64. 3%和 61. 5%。

2.3　生存率

A 组 42 例中生存 5 年者 13 例, 5 年生存率为 30. 1%。B 组 26 例中生存 5 年者 3 例, 5 年生存率为 11. 5%, C 组 18 例中生存 5 年者 2 例, 5 年生存率为 11. 1%。A 组与 B 组比较差异显著($P<0.01$)。A 组与 C 组比较差异显著($P<0.01$)。B 组与 C 组比较差异不显著($P>0.05$), 见图 1。

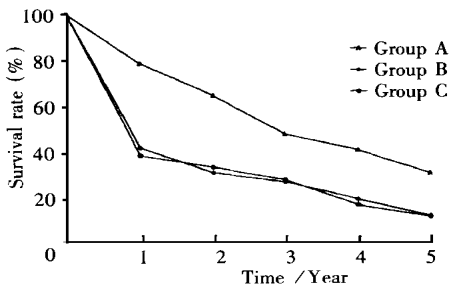


图 1　3 组病人生存率比较

Fig 1　Comparison of survival rate of different group

3　讨论

3.1　晚期卵巢癌盆腔淋巴结清除的意义

淋巴结转移是卵巢癌远处转移的重要途径之一[3]。本研究 A、B 组患者的淋巴结转移率分别高达 64. 3%和 61. 5%。盆腔淋巴结清除术对早期卵巢癌治疗的意义已得到肯定, 对晚期卵巢癌治疗的意义也得到大多数学者的认同[1, 4]。本研究 A 组在实施理想的肿瘤细胞减灭术(残留灶直径<2 cm)的基础上行盆腔淋巴结清除术, 5 年生存率(30. 1%)明显高于未施行淋巴结清除术的 C 组(11. 1%), 说明晚期卵巢癌盆腔淋巴结清除术是影响预后、提高患者生存率的重要治疗手段之一。

3.2　残留灶直径<2 cm 是盆腔淋巴结清除术的前提条件

本研究 A 组的 5 年生存率为 30. 1%明显高于 C 组的 5 年生存率 11. 1%, 而 B 组虽行盆腔淋巴结清除术, 但由于残留灶直径≥2 cm, 其 5 年生存率仅为 11. 5%, 与未行盆腔淋巴结清除术的 C 组 5 年生存率 11. 1%相比无显著差异。相反却明显延长了手术时间增加了术中出血量。Kanpp 等[5]认为淋巴结清除术应包括腹主动脉旁淋巴结, 这样将进一步增加手术的创伤。因此, 有学者提出[6], 由于晚期卵巢癌患者盆腹腔已有广泛转移, 首次手术时限于手术范围广、时间长、出血多、手术创伤大, 患者不能耐受, 应把手术的主要目的放在完成理想的肿瘤细胞减灭, 盆腔淋巴结可留待二次探查术时合并处理。我们认为, 这不失为一种值得探讨的手术策略。对晚期卵巢癌治疗如不能进行理想的肿瘤细胞减灭术, 盆腔淋巴结清除术将可能弊多利少。

参考文献:

[1] Yokoyama Y, Sakamoto T, Sato S, *et al*. Evaluation of cytoreductive surgery with pelvic and paraaortic lymphadenectomy and intermittent cisplatin-based combination chemotherapy for improvement of long-term survival in ovarian cancer[J]. Eur J Gynecol Oncol, 1999, 20(5—6): 361—366.

[2] 王文富, 霍汝娟. Ⅰ期卵巢上皮性癌合理治疗模式的探讨[J]. 中华妇产科杂志, 1996, 31(7): 387—394.

[3] Wu P C, Lang J H, Huang R L, *et al*. Lymphnode metastasis and retropenritoneal lymphadenectomy in ovarian cancer[J]. Baillie's Clin Obstet Gynecol, 1989, 3(2): 143—148.

[4] Allen D G, Coulter J. Survival of patients with epithelial ovarian cancer and the effect of lymphadenectomy in those with stage 3 disease[J]. Aust N Z J Obstet Gynecol, 1999, 39(4): 420—424.

[5] Kanpp R C, Friedman E A. Aortic lymph node metastasis in early ovarian cancer[J]. Am J Obstet Gynecol, 1974, 119(8): 1 013—1 016.

[6] 曹泽毅 主编. 妇科肿瘤学[M]. 北京: 北京出版社, 1998. 1 010.

(编辑　冷怀明)

(上接 581 页)

讨论

鲁登巴赫氏综合征是一种少见心血管病, 由 Lutembacher 1916 年首先提出, 当时主要是指房间隔缺损合并先天性二尖瓣狭窄而组成该综合征。后人认为二尖瓣先天性狭窄太罕见, 于是把后天造成二尖瓣狭窄也归属于该病范围。由于获得性二尖瓣狭窄多见于风湿性心脏病, 而风湿性二尖瓣病变除有狭窄外, 多合并轻度关闭不全, 或有三尖瓣病变。还有人提出, 房间隔缺损合并二尖瓣关闭不全也属于本综合征[1]。近年由于介入放射学的发展, 甚至有人提出了医源性鲁登巴赫氏综合征的概念[2]。我们认为, 按最初作者意向, 房缺并二尖瓣狭窄应为主体, 若二尖瓣有轻度关闭不全, 还可认同; 其手术治疗也相似。而二尖瓣狭窄伴有较严重的关闭不全及房缺伴二尖瓣关闭不全, 手术治疗方式也不一样, 这类不应归入鲁登巴赫氏综合征。

鲁登巴赫氏综合征的病理生理学基础是由于房间隔缺损较大减轻了由二尖瓣狭窄而造成的左心房的负荷, 也减轻了肺静脉的淤血状态, 所以 X 线上肺淤血不明显, 借此, 可与单纯二尖瓣狭窄加以鉴别。但由于房间隔缺损较大, 造成左向右分流量增多, 右室和肺动脉负荷加重, 本组每例均有肺动脉高压表现, 这和一般房间隔缺损仅 2%产生肺高压完全不同。可与单纯房缺鉴别。根据以上特征及结合心脏杂音, 本病 X 线诊断不难; 加上超声的检查结果, 术前可确诊。

关键词: 鲁登巴赫氏综合征; 影像诊断

中图法分类号: R816. 2　　文献标识码: B

参考文献:

[1] 姜胜利, 朱郎标, 余翼飞, 等. 鲁登巴赫氏综合征的诊断和治疗[J]. 中国循环杂志, 1995, 10(11): 690.

[2] 于文信, 敖定椿, 旅朝霞, 等. 经皮二尖瓣球囊成形术后医源性鲁登巴赫氏综合征 2 例[J]. 中国介入心脏病学杂志, 1995, 3(3): 139—140.

(编辑　郭建秀)

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved.　http://www.cnki.net