

· 文献综述 ·

腹腔镜用于卵巢恶性肿瘤诊治的进展与争议

王刚 综述 李光仪 审校

广东省佛山市第一人民医院妇产科(佛山 528000)

【摘要】随着腹腔镜设备和技术的不断改进与完善,其在卵巢恶性肿瘤的诊断、治疗和随访中已显示出一定的优越性,但其远期效果尚不清楚,而入路伤口肿瘤转移问题也成为广大学者关注和争论的焦点之一。本文就腹腔镜手术在卵巢恶性肿瘤诊治和随访中的应用进展与争议作一综述。

【关键词】卵巢恶性肿瘤 腹腔镜手术

【中图分类号】R737.31

【文献标识码】A

【文章编号】1009-6604(2002)01-0062-02

一、腹腔镜手术用于妇科恶性肿瘤诊断与治疗的历史和现状

1990 年,Reich 等开创了腹腔镜下施行卵巢癌患者盆腔淋巴结切除术的先例。以后相继有腹腔镜下行广泛子宫切除、盆腔和腹主动脉旁淋巴结切除的少数病例报告。国内李光仪等^[1]最近首次报道了腹腔镜下行子宫广泛切除 11 例同时行盆腔淋巴结切除 2 例治疗子宫恶性肿瘤共 13 例的近期疗效,认为可以达到与开腹手术相似的效果,并具有创伤小、恢复快的优点。目前认为,借助于腹腔镜可以完成大多数妇科恶性肿瘤的手术治疗。但相关报道病例不多,随访时间较短,也未开展与开腹手术进行比较的前瞻性研究,因而其远期疗效有待进一步观察,特别是腹腔镜技术在卵巢恶性肿瘤诊断、治疗与随访中的价值还存在许多争议。

二、腹腔镜在卵巢恶性肿瘤诊断中的作用

腹腔镜可以直视盆、腹腔脏器,并可进行组织活检以明确诊断,因而为卵巢癌的早期诊断和可疑卵巢癌的确诊提供了一种确切可行的检查方法,其与剖腹手术的诊断符合率可达 95% 以上,如将腹腔镜检查与其他方法结合,更可提高诊断准确性,并有助于术前评估卵巢癌腹腔内播散情况。Sypurdeeva 等^[2]认为,对于不明性质的盆腔肿块,应尽早行腹腔镜检查明确诊断,以免延误治疗或使患者接受过度治疗。即使临床已经怀疑卵巢恶性肿瘤,仍可通过腹腔镜确诊而不应成为腹腔镜检查的禁忌^[3,4]。Takizawa 等发现,临床怀疑卵巢癌者经腹腔镜检查仅 53% 得以证实,从而使相当一部分患者避免了不必要的开腹手术。对于仅有血清 CA₁₂₅ 升高而腹、盆腔 B 超和 CT 均正常的患者,同样可借助于腹腔镜明确卵巢癌的诊断,并可直接行腹腔内插管化疗^[5]。

三、腹腔镜在卵巢癌手术分期中的意义

近年认为,通过腹腔镜手术对卵巢癌患者进行分期不仅可行、可信,甚至可以取代传统的开腹手术,其优点主要有以下几个方面:

1. 有利于发现上腹部特别是横膈转移灶

卵巢癌的主要转移方式是向腹腔内各脏器表面广泛扩散、种植。开腹探查时,由于种种原因,往往忽略或未能发现上腹部特别是横膈的转移灶,从而造成分期偏低,处理不足,也影响预后判断的准确性。腹腔镜可以贴近组织仔细观察,且具有放大作用,因而更加有利于发现横膈、肝及胃底等脏器表面的微小病灶。1973 年 Bagley 报道 5 例经手术确为 I、II 期的卵巢癌患者,术后 4 周内再作腹腔镜检查,发现其中 3 例有横膈转移,实为 III 期。1975 年 Rosenoff 报道 12 例经开腹手术确定为 I、II 期的卵巢癌患者,术后腹腔镜检查发现 7 例有横膈转移。北京协和医院报道 47 例卵巢癌患者术前腹腔镜检查发现 20 例有横膈转移,而手术中只有 13 例能被发现,横膈转移漏诊率竟高达 35%。可见,腹腔镜检查更有助

于发现上腹部及横膈的微小转移灶和准确分期。

2. 有利于提高腹腔液细胞学检查的准确性

腹腔液是卵巢癌细胞转移到腹内其他脏器的中介物,腹腔镜检查能在直视下作较大范围的腹腔内冲洗,如肝曲、脾曲、横膈等部位,并可避免血液污染,从而提高了腹腔冲洗液的阳性率,也为准确分期提供了重要依据。

3. 有利于术后再分期,避免不必要的第二次开腹手术

Spinelli 于 1976 年提出,临床 I、II 期的卵巢癌,特别是其他医院手术后转来需进一步治疗的病人,应行腹腔镜检查进行重新分期。腹腔镜探查可通过镜下采集腹腔冲洗液、多点活检、切除残留的子宫及附件、大网膜、阑尾、腹膜后淋巴结等达到再分期的目的,从而使部分患者免于不必要的第二次开腹手术。Childers 等^[6]对利用腹腔镜行再分期手术的准确性和可靠性进行了前瞻性研究后发现,该手术是一种非常准确的再分期手术方法,其结果也是非常可靠、可信的,它可以代替剖腹式的再分期手术。这一结果得到了多数同道的赞同,认为利用腹腔镜进行再分期手术是减少并发症,减少出血量,缩短住院时间、减少住院费用的重要措施之一^[7,8]。

四、腹腔镜手术在卵巢恶性肿瘤治疗中的应用

腹腔镜探查可以直接观察到病灶的范围及盆、腹腔内粘连情况,从而估计手术难度和完成满意肿瘤细胞减灭术的可能性。对于腹腔镜检查估计难以完成满意肿瘤细胞减灭术者,可先行 1~4 疗程的化疗,然后再根据治疗反应决定手术时机,估计能够完成满意肿瘤细胞减灭术者,则可进行开腹肿瘤细胞减灭术,部分早期患者甚至可以直接在腹腔镜下进行肿瘤细胞减灭术。

1. 腹腔镜下卵巢癌肿瘤细胞减灭术

应用较多且较为成熟的当属临床 I 期卵巢癌,特别是 Ia 期和年轻需保留生育力的早期卵巢恶性肿瘤患者。腹腔镜探查术时发现肿瘤局限于一侧卵巢且包膜完整,但又不能排除恶性肿瘤的患者,可以先在腹腔镜下切除肿瘤或行同侧附件切除并将其完整取出,尽可能避免人为所致肿瘤破裂和分期提高。切除肿瘤可送快速冰冻病理检查以协助诊断,视具体情况再行必要的补充手术,如镜下子宫切除、大网膜切除、盆腔淋巴结切除等。对于术前估计不足而行卵巢肿瘤剥除或术中肿瘤破裂的患者,只要及时补充手术,并充分冲洗腹腔,术后予以有效、足程的化学治疗,一般也不致影响预后。Daraf^[9]等发现,对卵巢低度恶性肿瘤行腹腔镜手术治疗。虽可增加肿瘤破裂的危险,但并不增加肿瘤复发率。

对于诊断已经明确的卵巢癌患者,仍然可以行腹腔镜下肿瘤细胞减灭术,这方面的报道近年来已有增多趋势^[6~8]。早期多数学者致力于将卵巢癌的肿瘤细胞减灭术中的某一部分由腹腔镜完成。随着经验的不断积累,目前许多学者认为腹腔镜手术完全适用于卵巢癌的手术治疗。但由于临床

应用时间短,目前尚缺乏可与开腹手术比较术后病率、并发症、死亡率及优越性等大规模的前瞻性研究,因此,尚有待积累更多的临床资料。

2. 腹腔镜下实施腹腔内化疗

对于首次手术不能达到满意肿瘤细胞减灭术的患者,可以在腹腔镜检查术中或术后施予 1~4 个疗程的辅助化疗,然后适时行间隙性肿瘤细胞减灭术。Arts^[10]等在腹腔镜协助下插管进行腹腔化疗获得成功,并建议在腹腔可能存在粘连时最好采用开放式腹腔镜置管,国内亦有利用腹腔镜气腹针行单次腹腔穿刺化疗的报道^[11]。理论上,采用显微腹腔镜进行腹腔穿刺化疗,可以避免盲目穿刺造成的脏器损伤和无效治疗,目前尚未见这方面报道。

五、腹腔镜“二探”术在卵巢恶性肿瘤随访中的价值

多数学者认为,由训练有素的腹腔镜医师对临床缓减的卵巢癌患者施行腹腔镜“二探”术是可行、可信的,特别是应用显微腹腔镜,更能提高手术的安全性^[12],甚至可以取代传统的开腹“二探”术。手术的主要步骤包括分离腹腔内粘连、腹腔冲洗液细胞学检查、腹腔内多点活检等。Casey 等^[13]认为,作为二次探查术,腹腔镜与开腹手术能达到相同的效果,且具有失血少、住院时间短及不增加术后病率的优点,但获取的活检标本的数量一般少于开腹的 50%。Lele^[14]等发现,肿瘤细胞减灭术后 6 月行腹腔镜探查,其阳性结果与开腹探查的符合率为 100%,而阴性结果的符合率仅为 70.5%,并建议对腹腔镜探查阳性者应及时增加化疗强度或更改化疗方案,如此可使近一半病例避免开腹探查术。

至于腹腔镜“二探”术能否完全代替二次开腹探查术,尚需进一步观察。Quinn 和 Berek 分别于 80 年代初提出,由于卵巢癌患者手术及术后化疗均可导致腹腔内广泛粘连,因而腹腔镜在“二探”中的作用是有限的。李力等^[15]对 38 例卵巢癌患者进行腹腔镜二探术,并与剖腹探查病理结果相对照,发现其诊断的敏感性为 64.3%,特异性为 70.8%,准确性为 68.4%。Clough^[16]等对开腹及腹腔镜“二探”术进行前瞻性对比研究后发现,腹腔镜“二探”术的阳性预测值可达 100%,而阴性预测值仅 86%;且有 59% 的病例由于盆、腹腔粘连而达不到满意的探查效果。Orlando^[17]也提出,利用腹腔镜进行卵巢癌二探时应特别警惕肠损伤。

对于腹腔镜“二探”术后的处理,一般认为结果阳性者,说明原有化疗对肿瘤不敏感,应立即改换化疗方案,不必再作二次剖腹探查。若腹腔镜检为阴性,考虑腹腔内有粘连,或小肠曲不能分开可能掩盖复发灶,或腹膜外淋巴结部位复发灶不易被发现,导致假阴性,应再作剖腹探查为宜。

六、腹腔镜术后入路伤口肿瘤种植或转移问题

腹腔镜癌症手术后入路伤口癌转移和种植的几率远高于剖腹手术,已经成为目前开展腹腔镜癌症手术的一大障碍,其发生机制主要有 4 种假说:机械性机制、代谢/免疫学机制、血源性机制以及腹腔镜特殊的气腹环境作用机制,有待进一步研究。

Canis^[18]等的卵巢癌动物模型研究发现,CO₂ 气腹后发生腹腔内肿瘤扩散和转移的情况较开腹手术更为严重。Kinderman 等报道 I 期卵巢癌患者腹壁穿刺部位转移发生率为 1.2%,Ⅱ~Ⅳ期则增至 26%。Kruitwagen 等^[19]报道 219 例卵巢癌患者术前行腹腔镜检查 43 例,腹部穿刺 10 例,其入路癌转移分别为 7 例和 3 例。Ringer^[20]报道 2 例腹腔镜胆囊切除术后穿刺孔癌转移,以后证实为直肠癌和卵巢癌。相关病例报道和研究可能还会进一步增加,提示腹腔镜手术不能作为癌症治疗的常规方法,应在有限的范围内严格选择病例,并采取必要的预防措施。

万方数据

总之,腹腔镜手术在卵巢恶性肿瘤的诊断、分期、治疗和随访中具有不可低估的作用。但由于腹腔镜技术要求高,临床应用时间短,目前尚缺乏可与开腹手术比较的大规模前瞻性研究,因而有待积累更多的临床资料。另一方面,腹腔镜手术时的特殊气腹环境对于卵巢癌生物行为的具体作用也有待深入研究。

参 考 文 献

- 1 李光仪,黄浩,郑丽丽,等.腹腔镜手术治疗子宫恶性肿瘤 13 例报告.中国微创外科杂志,2001,1:27-28.
- 2 Syurdeeva AA, Umancheeva AF, Zel'dovich DR. Role of laparoscopy in the diagnosis and treatment of ovarian cancer. Vopr Onkol, 2000, 46: 76-80.
- 3 Buquet RA, Amato AR, Huang GB, et al. Is preoperative selection of patients with cystic adnexal masses essential for laparoscopic treatment? J Am Assoc Gynecol Laparosc, 1999, 6: 477-81.
- 4 Malik E, Bohm W, Stoz F, et al. Laparoscopic management of ovarian tumors. Surg Endosc, 1998, 12: 1326-33.
- 5 Takizawa BT, Ship EK, Masters L, et al. The role of laparoscopy in the diagnosis and treatment of peritoneal carcinomatosis: a case report. Yale J Biol Med, 2001, 74: 107-10.
- 6 Childers JM, Lang J, Surwit EA, et al. Laparoscopic surgical staging of ovarian cancer. Gynecol Oncol, 1995, 59: 25-33.
- 7 Chu KK, Chen FP, Chang SD. Laparoscopic surgical procedures for early ovarian cancer. Acta Obstet Gynecol Scand, 1995, 74: 361-362.
- 8 Nezhat CR, Amara P, Teng N, et al. Management of ovarian cancer by operative laparoscopy. J Am Assoc Gynecol Laparosc, 1995, 2: 323-36.
- 9 Darai E, Teboul J, Walker F, et al. Epithelial ovarian carcinoma of low malignant potential. Eur J Obstet gynecol Reprod Biol, 1996, 66: 141-5.
- 10 Arts HJ, Willemse PH, Tinga DJ, et al. Laparoscopic placement of PAP catheters for intraperitoneal chemotherapy in ovarian carcinoma. Gynecol Oncol, 1998, 69: 32-5.
- 11 刘国炳,王艳,韩献萍,等.气腹针穿刺腹腔镜化疗配合全身化疗治疗晚期卵巢癌临床初探.中国实用妇科与产科杂志,1995,11: 353-354.
- 12 Franchi M, Chezzi F, Beretta P, et al. Microaparoscopy: a new approach to the reassessment of ovarian cancer patients. Acta Obstet Gynecol Scand, 2000, 79: 427-30.
- 13 Casey AC, Farias-Eisner R, Pisani AL, et al. What is the role of reassessment laparoscopy in the management of gynecologic cancers in 1995? Gynecol Oncol, 1996, 60: 454-461.
- 14 Lele SB, Piver MS. Interval laparoscopy as predictor of response to chemotherapy in ovarian carcinoma. Obstet Gynecol, 1996, 68: 345-347.
- 15 李力,陈心秋,唐步坚,等.腹腔镜检在卵巢癌二次探查术中的价值.中国肿瘤临床,1995,22: 319-321.
- 16 Clough KB, Ladonne JM, Nos C, et al. Second look for ovarian cancer: Laparoscopy or Laparotomy? A prospective comparative study. Gynecol Oncol, 1999, 72: 411-7.
- 17 Orlando R, Lirussi F. Delayed recognition of inadvertent gut injury during laparoscopy. Surg endosc, 2000, 14: 1188.
- 18 Canis M, Botchorishvili R, Wattiez A, et al. Tumor growth and dissemination after laparotomy and CO₂ pneumoperitoneum: a rat ovarian cancer model. Obstet Gynecol, 1998, 92: 104-8.
- 19 Kruitwagen RF, Swinkels BM, Keyser KG, et al. Incidence and effect on survival of abdominal wall metastases at trocar or puncture sites following laparoscopy or paracentesis in women with ovarian cancer. Gynecol Oncol, 1996, 60: 233-7.
- 20 Rieger N, McIntosh N. Port site metastasis from synchronous primaries of the colon and ovary following laparoscopic cholecystectomy. Eur J Surg Oncol, 1998, 24: 144-5.

(2001-4-30 收稿)

(2001-7-8 修回)