

· 临床论著 ·

腹腔镜根治性宫颈切除术联合盆腔淋巴结清扫术治疗早期宫颈癌 6 例报告

尚慧玲 李光仪 王 刚 陈蔚瑜 陈露诗

(中山大学附属佛山医院妇产科, 佛山 528000)

【摘要】 目的 探讨腹腔镜根治性宫颈切除术联合盆腔淋巴结清扫术治疗早期宫颈癌的可行性。 方法 2003 年 4 月~2005 年 4 月, 我院对要求保留子宫的 6 例早期宫颈癌先行腹腔镜下盆腔淋巴结清扫术, 若冰冻病理回报阴性, 在不离断子宫血管及圆韧带的情况下, 游离输尿管, 切断主韧带 2 cm, 然后经阴道横断子宫颈及 2 cm 阴道。 结果 手术时间 75~150 min, 平均 120 min。 术中出血量 100~250 ml, 平均 150 ml。 6 例均无并发症, 术后 1 个月恢复正常月经。 6 例随访 5~24 个月, 平均 14.6 月, 均未发现复发, 1 例怀孕 13 周。 结论 早期宫颈癌行腹腔镜根治性宫颈切除联合盆腔淋巴结清扫术可行, 可以保留患者的生殖功能。

【关键词】 腹腔镜; 宫颈癌; 盆腔淋巴结清扫术; 根治性宫颈切除术

中图分类号 R737.33

文献标识 A

文章编号 1009-6604(2006)05-0382-02

Laparoscopic radical trachelectomy combined with laparoscopic pelvic lymphadenectomy in the treatment of early-stage cervical carcinoma: A report of 6 cases Shang Huiling, Li Guangyi, Wang Gang, et al. Department of Obstetrics & Gynecology, Affiliated Foshan Hospital of Sun Yat-sen University, Foshan 528000, China

【Abstract】 **Objective** To evaluate the feasibility of laparoscopic radical trachelectomy combined with laparoscopic pelvic lymphadenectomy in the treatment of early-stage cervical carcinoma. **Methods** Six women with early-stage cervical carcinoma demanding the preservation of child-bearing potentials were treated from April 2003 to April 2005. Laparoscopic pelvic lymphadenectomy was carried out for frozen-section examinations. Once a negative finding was established, the ureter was divided and the cardinal ligament was severed, with the uterine arteries and the round ligament preserved. Then transvaginal procedures of amputation of cervix, resection of superior vagina 2 cm in length, and corpus-vagina anastomosis were performed. **Results** The operation time was 75~150 min (mean, 120 min), and the estimated blood loss was 100~250 ml (mean, 150 ml). No complications were found. Normal menses was recorded 1 month after operation. Follow-up for 5~24 months (mean, 14.6 months) found no recurrence in all the 6 patients. **Conclusions** Laparoscopic radical trachelectomy combined with pelvic lymphadenectomy is a feasible method for early-stage cervical carcinoma in patients with child-bearing demands.

【Key Words】 Laparoscopy; Cervical carcinoma; Pelvic lymphadenectomy; Radical trachelectomy

宫颈癌是女性的第 2 大恶性肿瘤, 随着癌症普查技术的不断提高和广泛开展, 早期宫颈癌的发病率越来越高且趋向年轻化。以往早期宫颈癌的治疗均以宫颈癌根治术为主, 对于有生育要求的妇女, 国外已多采用保守的方法治疗早期宫颈癌。2003 年 4 月~2005 年 4 月, 我院共收治早期宫颈癌($I_{a1} \sim I_{b1}$ 期) 28 例, 其中 6 例强烈要求保留生育功能, 行腹腔镜辅助下广泛子宫颈切除术(laparoscopic radical trachelectomy, LRT)及盆腔淋巴结清扫术(pelvic lymphadenectomy, PL), 短期疗效满意, 现报道如下。

1 临床资料与方法

1.1 一般资料

本组 6 例, 均要求保留生育功能。年龄 28~36 岁, 平均 33.2 岁。5 例肉眼可见宫颈病灶直径 0.8~2.5 cm, 平均 1.6 cm, 1 例肉眼未见明显病灶。6 例均行宫颈环形电切术(LEEP), 病理诊断均为宫

颈鳞状细胞癌, 镜下间质浸润深度 ≤ 5 mm, 分期为 $I_{a1} \sim I_{b1}$ 期。术前 MRI 检查均未提示淋巴结转移。

1.2 方法

气管插管全麻。膀胱截石位。上举宫器, 阴道穹隆填塞纱布。经脐孔做切口 1 cm。人工气腹压力 14 mm Hg(1 mm Hg = 0.133 kPa)。从左右下腹及耻上两侧各置入 5、10、5、5 mm trocar。镜下探查腹部各脏器有无异常, 子宫及双附件外观有无异常。

1.2.1 腹腔镜操作 ①盆腔淋巴结清扫术: 剪开后腹膜, 分离腰大肌与髂血管, 依次清扫腹股沟深、髂总、髂内、髂外、闭孔各组淋巴结, 术中送冰冻切片病理回报阴性。②暴露双侧子宫动脉: 将子宫推向盆腔正中, 超声刀剪开双侧阔韧带前叶和膀胱腹膜反折(不切断圆韧带), 下推膀胱至子宫颈外口 2~3 cm, 游离双侧输尿管前方的子宫动脉(不剪断), 但离断子宫动脉下行支及阴道支。③打开双侧输尿管隧道: 将子宫摆向右侧, 于子宫动脉的外侧寻找左侧输尿管隧

道入口,直角钳分离输尿管前的结缔组织,超声刀剪断结缔组织,将左侧输尿管游离至膀胱入口。把子宫摆向左侧,同法游离右侧输尿管。暴露膀胱侧窝。剪开阴道前筋膜。

1.2.2 陈式操作 ①暴露子宫颈:用子宫颈钳钳夹子宫颈前、后唇并向下牵拉,从子宫颈外口上约 2 cm 用刀环形切开阴道黏膜,牵拉阴道黏膜,剪开阴道宫颈筋膜,用示指钝性分离阴道宫颈间隙。然后向左右两侧扩大阴道宫颈间隙,同法分离直肠阴道间隙。②切断主韧带:牵拉阴道前后壁,暴露主韧带,距离宫颈 2 cm,钳夹切断主韧带,7 号丝线贯穿缝合。③横断宫颈:用 6 号扩宫条扩张宫颈管,距离宫颈外口 2 cm 横断宫颈。④缝合子宫颈阴道残端:取出子宫颈后,送快速冰冻切片检查,以确定切缘是否被肿瘤细胞浸润及切缘与病灶的距离。消毒残端,将阴道黏膜与宫颈峡部吻合,保持宫颈管畅通。⑤镜下重新探查各创面无出血后,冲洗腹腔,放出腹腔内气体,拔出腹腔镜及器械,缝合切口。

2 结果

手术时间 75 ~ 150 min,平均 120 min。术中出血量 100 ~ 250 ml,平均 150 ml。术中清扫盆腔淋巴结 22 ~ 26 枚,平均 24 枚。术中无一例发生并发症。术后第 2 天恢复肛门排气,无术后病率,术后 24 h 拔出尿管。术后住院 3 ~ 6 d,平均 4.7 d。术后病理:宫颈鳞状细胞癌 I 级 4 例,II 级 2 例,宫颈切缘与宫颈癌肿瘤细胞浸润距离 > 1 cm,盆腔淋巴结均未见癌转移。

6 例随访 5 ~ 24 个月,平均 14.6 月。术后第 1 个月均恢复正常月经,性生活满意。1 例怀孕 13 周。宫颈细胞学检查、超声检查、MRI 均正常。

3 讨论

3.1 根治性宫颈切除术的种类与手术范围

以往宫颈癌 (I_{a1} ~ I_{b1} 期)多采用全子宫切除或广泛子宫切除术及盆腔淋巴结清扫术^[1],使年轻患者丧失生育功能。Dargent 等^[2]1994 年首次报道对局限于宫颈的小病灶癌而希望保留生育功能的患者,行阴式广泛宫颈切除术及腹腔镜下盆腔淋巴清扫术,为年轻患者带来一线希望。美国学者 Rodriguez 等^[3]1998 年开展经腹根治性子宫切除术 (radical abdominal trachelectomy, RAT)联合盆腔淋巴清扫术。至今,已有经腹、经腹腔镜、经阴道 3 种方式。本组采用后 2 种术式联合,先行盆腔淋巴清扫,不离断子宫血管和圆韧带,游离输尿管后经阴道切断主韧带约 2 cm,然后横断子宫颈及切除 2 cm 阴道,并将阴道黏膜与宫颈峡部吻合。

3.2 根治性宫颈切除术适应证

目前较一致的手术适应证^[4,5]:①有强烈保留生育功能的愿望;②经宫颈活检或锥切证实早期浸润性宫颈癌 (FIGO I_{a2} ~ I_b)且切缘无癌区距病灶 ≥ 8 mm;③肿瘤直径 < 2 cm,浸润深度 ≤ 5 mm;④原

发病灶位于宫颈阴道部,无宫旁或宫体受累的证据;⑤阴道镜估计宫颈管内浸润有限;⑥无淋巴结转移。对于保留生殖功能的手术,患者关注术后复发率及妊娠情况。Roy 等^[5]报道 100 例,仅有 5 例复发,回顾病理显示淋巴血管间隙浸润的病例不宜选择此术式。Morice 等^[6]报道 1 例 32 岁 I_{b1} 期宫颈腺癌行广泛宫颈切除术后 26 个月妊娠,前 2 次妇科检查及涂片提示正常,第 3 次超声提示膀胱可疑结节,盆腹腔 MRI 提示膀胱 2.0 cm 可疑结节,膀胱镜活检证实复发癌,患者接受了放疗及化疗。因此,提出肿瘤病灶距子宫切缘之间距离的安全性。目前认为宫颈腺癌术后复发率为 0 ~ 8%,术后复发同术前选择病例分期较晚,血管、淋巴管瘤栓,病灶距离手术切缘较近等因素有关^[7]。Plante 等^[8]提出宫颈病灶 > 2 cm 为复发的高危因素。对于妊娠影响可能会出现中期流产、胎膜早破、早产等可能,但已有多篇报道成功妊娠的病例^[9]。本组 6 例均选择早期患者,且肉眼所见病灶小,术中应注意切除边缘距病灶的距离,特别注意病理报告中标本边缘有无浸润,必要时术中行冰冻。随访期间未发生复发或转移,1 例妊娠,且妊娠顺利,但术后复发率及妊娠后的流产率应延长随访时间及增加病例数来观察。

参考文献

- 曹泽毅. 主编. 妇科肿瘤学. 北京: 北京出版社, 1998. 632 - 633.
- Dargent D, Bum JL, Roy M, et al. Pregnancies following radical trachelectomy for invasive cervical cancer. *Gynecol Oncol*, 1994, 52: 105.
- Rodriguez M, Guimares O, Rose PG. Radical abdominal trachelectomy and pelvic lymphadenectomy with uterine conservation and subsequent pregnancy in the treatment of early invasive cervical cancer. *Am J Obstet Gynecol*, 2001, 185 (2): 370 - 374.
- Dargent D, Martin X, Sacchetoni A, et al. Laparoscopic vaginal radical trachelectomy: a treatment to preserve the fertility of cervical carcinoma patients. *Cancer* 2000, 88 (8): 1877 - 1882.
- Roy M, Plante M. Pregnancies after radical Vaginal trachelectomy for early-stage cervical cancer. *Am J Obstet Gynecol*, 1998, 179: 1491 - 1496.
- Morice P, Dargent D, Haic-Meder C, et al. First case of a centroplevic recurrence after radical trachelectomy: literature review and implication for the preoperative selection of patients. *Gynecol Oncol*, 2004, 92 (3): 1002 - 1005.
- Kolipoulos G, Sotiriadis A, Kyrgiou M, et al. Conservative Surgical methods for FIGO stage IA2 squamous cervical carcinoma and their role in preserving women's fertility. *Gynecol Oncol*, 2004, 93 (2): 469 - 473.
- Plante M, Renaud MC, Francois H, et al. Vaginal radical trachelectomy: an oncologically safe fertility-preserving surgery. An updated series of 72 cases and review of the literature. *Gynecol Oncol*, 2004, 94 (3): 614 - 623.
- Burnett AF, Roman LD, O'Meara AT, et al. Radical Vaginal trachelectomy and pelvic lymphadenectomy for preservation of fertility in early cervical carcinoma. *Gynecol Oncol*, 2003, 88 (3): 419 - 423.

(收稿日期 2005 - 08 - 02)

(修回日期 2005 - 10 - 24)