· 经验交流 ·

早期宫颈癌经阴道根治性宫颈切除术 17 例报告

彭淑霞*　邓巧玲　刘小敏　曾　真　马观秀　郭岁芬　张　颖　李连业

（江西省泰和县人民医院妇产科，泰和　343700）

【摘要】　目的　探讨早期宫颈癌经阴道根治性宫颈切除术保留生育功能的临床应用。　**方法**　2009 年 1 月～2018 年 6 月我们对 17 例临床分期为Ⅰa2～Ⅰb1 期、强烈要求保留生育功能的早期宫颈鳞癌，在腹腔镜下行盆腔淋巴结切除术，术中快速冰冻切片淋巴结阴性后再经阴道行宫颈根治术，切除宫颈送快速冰冻病理检查报告宫颈切缘未见癌细胞，结束手术。**结果**　无中转开腹或其他变更手术方式，手术时间 180～240 min，平均 210 min。无术中大出血，出血量 350～450 ml，平均 400 ml。无输尿管、膀胱损伤。17 例术后随访时间 4～113 个月，1 例术后 2 年 7 个月复发，1 例术后化疗 3 个疗程后月经量减少。9 例术后 1～5 年自然妊娠，其中 3 例孕早期流产，1 例孕 26^{+4} 周因胎儿严重畸形剖宫取胎终止妊娠，5 例 35～38 孕周间剖宫产。　**结论**　对年轻、强烈要求保留生育功能的早期宫颈癌患者，如无手术禁忌证，可选择腹腔镜下盆腔淋巴结切除后行经阴道根治性宫颈切除术，并加强术后随访复查。

【关键词】　早期宫颈癌；　阴道根治宫颈切除术；　保留生育功能

文献标识：B　　**文章编号：**1009－6604(2019)10－0951－03

doi：10.3969/j.issn.1009－6604.2019.10.024

宫颈癌是女性常见的恶性肿瘤，随着宫颈癌筛查技术的发展与普及、女性生育年龄的推迟和宫颈癌发病年龄的日渐年轻化，以及全面放开二孩政策，有生育要求的早期宫颈癌患者日益增多。2009 年 1 月～2018 年 6 月我们对 17 例早期宫颈癌施行保留生育功能的经阴道宫颈根治术，报道如下。

1　临床资料与方法

1.1　一般资料

本组 17 例，年龄 28～37 岁，平均 33 岁。孕次（1.4±0.5）次。4 例无症状，体检阴道镜检查示宫颈局灶醋酸白上皮涂碘酒着色淡和不着色，8 例性生活后阴道出血，5 例不规则阴道流血。妇科检查：宫颈正常大小或稍增大，质软，表面轻度或中度糜烂状伴接触性出血，宫颈旁组织软。阴道镜检查：宫颈糜烂面局灶醋酸白上皮涂碘酒着色淡或不着色，不着色处取组织活检病理：宫颈浸润癌，间质浸润深度均＞5 mm。阴道超声检查子宫体及双附件均未见异常。盆腔 MRI 提示肿瘤大小 1～2 cm，局限于宫颈并无子宫体和宫旁组织转移。根据宫颈组织活检病理并结合妇科检查，临床诊断Ⅰa2 期 12 例，Ⅰb1 期 5 例。

病例选择标准：①宫颈活检病理为鳞癌；②根据国际妇产科联盟（FIGO）宫颈癌临床分期为Ⅰa2～Ⅰb1，肿瘤直径＜2 cm；③MRI 检查提示肿瘤局限于宫颈且宫旁、宫体无累及，盆腔区域淋巴结无转移；④年龄＜39 岁，强烈要求保留生育功能，且不存在不孕因素。

1.2　方法

全身静脉麻醉气管插管。平卧位。脐轮处纵行切口 1 cm 置入腹腔镜镜体，左右下腹髂耻线下 1/3 处和下腹腹白线下 1/3 处各置入 5 mm trocar。气腹压力 13 mm Hg。腹腔镜下盆腔淋巴结清扫术：探查腹盆腔脏器无异常后，与开腹手术步骤相同，首先打开盆腔侧壁腹膜，游离出输尿管后，自髂总动脉下方开始，分别切除髂内、髂外血管、闭孔淋巴结和脂肪组织，送快速冰冻病例切片检查，病理报告淋巴结阴性后，改取膀胱截石位，开始经阴道宫颈根治术：①阴道拉钩暴露宫颈，单齿宫颈钳钳夹宫颈并下拉，于宫颈外口上方约 4 cm 处上方阴道黏膜注射 1‰肾上腺素稀释液。②在宫颈外口上方约 4 cm 处环形切开阴道黏膜并分离，用切除的阴道黏膜将宫颈包

*　通讯作者，E-mail：sx.p@163.com

裹缝合,并在阴道黏膜保留段前、后、左、右缝丝线留作标志;③钝性上推膀胱阴道间隙和直肠阴道间隙至膀胱腹膜反侧和直肠腹膜反侧处,再分离双侧宫颈旁组织至直肠侧窝和膀胱侧窝,充分暴露双侧主韧带和骶骨韧带;④在近盆壁处钳夹切断、缝扎双侧骶骨韧带和 2/3 主韧带;⑤再次上推膀胱,暴露双侧膀胱支柱,沿输尿管膀胱入口外侧游离出输尿管,(也可用手触觉到输尿管蠕动)输尿管隧道处暴露出子宫动脉;⑥保留双侧子宫动脉及上行支,在子宫动脉水平下缘约 0.5 cm 处结扎子宫动脉下行支后,横行钳夹切断宫旁组织,并缝扎;⑦于子宫峡部下方约 0.5 cm 处横行切断子宫颈,在离断后的子宫颈 12 点处缝线作为标识后将其及附属其上的宫旁组织送快速冰冻病理,病理报告宫颈切缘及切缘下 8 mm组织未见癌细胞;⑧8 号扩宫棒插入颈管内,10 号丝线环形缝扎保留宫颈;⑨0 号可吸收线褥式缝合阴道保留残段,再用 1 号可吸收线将宫颈残端与阴道残端断端相应前、后、左、右对接连续缝合,阴道填塞碘伏纱布 2 块,24 ~ 48 h 取出,结束手术。围术期使用抗生素 48 h,术后开放留置导尿管。

1.3　随访

术后半年内每月复诊 1 次,半年后每 2 个月复诊 1 次,1 年后每 3 个月复诊 1 次,3 年后半年复诊 1 次,第 4 年后每年复诊 1 次。建议患者术后 6 个月以后怀孕。随访内容:①术后有无阴道异常流血、排液,有无下腹痛,月经是否正常,有否痛经,性生活是否满意,术后半年可以妊娠,妊娠意愿及妊娠情况;②常规妇科检查,阴道分泌液及宫颈创面愈合情况;③阴道镜检查,宫颈细胞学检测,必要时宫颈组织活检病理检查;④B 超检查子宫双附件;⑤必要时 MRI 检查;⑥如月经量减少或周期异常,检测女性激素六项。

2　结果

17 例成功完成经阴道根治性宫颈切除术,无中转开腹或其他变更手术方式。手术时间(包括术中 2 次快速冰冻检查时间)180 ~ 240 min,平均 210 min。无术中大出血,出血量 350 ~ 450 ml,平均 400 ml。1 例术后第 3 天出现外阴透明样水肿,经用芒硝、没药等中药外敷 5 d 后水肿逐渐消退。无输尿管和膀胱等损伤。术后留置导尿 3 ~ 8 d,3 例术后第 3 天拔除导尿管后出现尿储留,继续留置导尿并定期开放后 1 周后痊愈出院。

17 例术后病理:宫颈切缘均未见癌细胞,9 例微小浸润癌,7 例浸润癌且浸润间质 < 5 mm;1 例浸润间质 > 5 ~ < 8 mm,但无深肌层浸润,术后给予顺铂 + 5-FU化疗 3 个疗程,半年后出现月经量减少。

17 例均定期随访,随访时间 4 ~ 113 个月,中位数 31 个月。患者均无阴道异常排液、流血,无下腹痛等。16 例术后月经无改变,无痛经或经血潴留,无经量减少;1 例术后 1 个月内开始DDP + 5-FU 化疗 3 个疗程,术后第 6 个月开始月经量明显减少,女性激素六项检测正常范围,给予雌孕激素人工周期治疗半年后,月经恢复正常。1 例术后 2 年 7 个月宫颈癌复发,MRI 示病灶局限于宫颈且 < 2 cm,行筋膜外全子宫切除术,未再次复发。9 例(52.9%)术后 1 ~ 5 年内自然妊娠,其中 3 例早孕自然流产,1 例孕 26^{+4} 周因胎儿严重畸形要求终止妊娠行剖宫取胎术,5 例 35 ~ 38 孕周剖宫产;2 例术后丈夫不同意再生育避孕;2 例离异未再婚未孕;2 例术后 6 个月后未避孕,近 1 年未孕;1 例随访时为术后 4 个月。均诉术后性生活欲望降低,担心性生活会导致宫颈癌复发。

3　讨论

随着医学模式从传统的生物医学模式转变为生物 - 心理 - 社会模式,肿瘤治疗的理念也由过去延长患者的生命为唯一目的,改变为在保障治疗效果的前提下,尽可能地提高患者的生存质量已成为广大妇科医生的关注重点之[1~3]。由于宫颈癌筛查技术的普及,早期宫颈癌和年轻患者的逐渐增多,全国全面放开二孩政策的落实及人们对美好生活的追求,很多年轻的早期宫颈癌患者渴望根治宫颈癌的同时保留生育功能和女性特有的生理特征。我们在遵循规范化、个体化、微创化的总体原则下,根据患者的具体情况,如肿瘤分期(Ⅰa2 ~ Ⅰb1 期)、年龄、对再生育的强烈要求、对生存质量的期望以及我院的医疗设备与技术等因素,对年轻有生育要求并符合保留生育功能指征的患者,实施早期宫颈癌腹腔镜下盆腔淋巴结清扫术联合经阴道根治性宫颈切除术,从而尽可能地保留患者的生育功能,提高患者的生存质量[4,5]。

由于经阴道宫颈癌手术过程中,癌灶直接暴露于手术野,极易造成癌灶组织细胞污染、植入手术野,故本术式的第一步骤是在环形切开宫颈上方阴道黏膜 4 cm 后,用切除的阴道黏膜将整个宫颈包裹缝合,有效防止宫颈癌灶组织细胞污染、种植于其他手术创面。经腹子宫颈根治术为了有利于操作和切

除更多的宫颈及宫旁组织,术中往往须切断子宫动脉,待宫颈切除后再行子宫动脉吻合或不吻合,费时或吻合成功率低。经阴道宫颈根治术中,由于天然生殖腔道,子宫动脉在子宫峡部稍侧上方,手术过程中子宫动脉的保留不影响子宫颈及宫旁组织的切除,仅结扎切除子宫动脉下行支,保留子宫动脉上行支及子宫动脉主干,避免卵巢血供的减少而影响卵巢的功能。阴道残端与宫颈残端大小极不匹配,阴道残端总长度约为宫颈残端的 5 倍以上,两者断端缝合比较困难,容易出血和缝合错位而影响愈合及术后性生活疼痛等。聂小玲等[6]和曹冬焱等[7]报道将阴道残端左右两端折叠再与宫颈缝合或其他方式缝合,我们在开始环形切开阴道黏膜后对残端前后左右四处丝线缝合做标记,然后用 0 号可吸收线褥式缝合均匀缩小其宽度,使阴道残端与宫颈残端大小接近再断端缝合,使宫颈残端与阴道残端愈合后前、后、左、右比例也接近术前,避免对接缝合错位导致术后性生活时疼痛不适,术后阴道愈合好且平整。同时,在行宫颈环扎术时,用 8 号扩宫棒插入宫颈作引导,避免术后宫颈狭窄、粘连而导致痛经、经血潴留等。

本组 1 例Ⅰa2 期术后 2 年 7 个月复发,复发率为 5.9%(1/17),Rob 等[8]报道复发率为 4.1%,本例再次开腹行筋膜外全子宫切除术,术中见病灶局限于右侧宫颈残端,可能为第 1 次手术宫颈组织切除部分不足,现仍在随访中。本组自然妊娠率 52.9%(9/17),与国外报道相近[8],但略高于北京协和医院等十家妇科肿瘤中心的调查结果[9],可能与本组患者大部分为农村女性,患者本人和家庭生育愿望强烈有关。此外,本组没有患者术后接受辅助生育技术,如果辅以一定的辅助生育技术,可能妊娠率会有所提高。本组 9 例自然妊娠中,自然流产 3 例,术后不孕或流产,可能为宫颈根治术后宫颈组织再生修复也是一个炎症浸润过程,加之宫颈明显缩短,使有效黏液栓形成减少,导致阴道菌群和羊膜之间屏障功能减弱甚至消失而容易上行感染,导致不孕或流产、早产等。本组在行宫颈阴道断端吻合术前已行宫颈环扎,故术后中期流产率几近于零,1 例孕 26^{+4} 周胎儿严重畸形须终止妊娠无奈选择剖宫取胎术,故术中行宫颈环扎术还是待术后妊娠 14 周后再行宫颈环扎术值得探讨。宫颈根治术后妊娠应常规行生殖道感染筛查,预防性应用抗生素,适当卧床休息,预防性应用类固醇激素促进胎儿肺成熟等,尽早严格的产前检查是提高妊娠成功的关键。

经腹广泛性全子宫切除术创伤大,易造成患者术后膀胱和结直肠功能障碍、医源性闭经、性生活障碍以及焦虑、恐惧、抑郁等精神问题,从而影响患者的生存质量。经阴道宫颈根治术在保留患者生育功能的同时,切除宫颈癌灶,被视为近十余年来妇科恶性肿瘤保守型手术最有发展前景的术式之一,且手术的安全性已经被妇科肿瘤医生广泛认可[10]。FIGO、NCCN 和中华医学会妇科肿瘤学分会均将宫颈根治术作为早期宫颈癌保留生育功能的标准选择。我们认为早期宫颈癌经阴道宫颈根治术辅以腹腔镜下盆腔淋巴结切除术值得在有条件的医院推广。

参考文献

1　熊光武,张国楠. 对早期宫颈癌腹腔镜与开服手术远期疗效差异的思考. 中国微创外科杂志,2019,19(1):1 - 3.

2　魏丽惠. 遵循恶性肿瘤规范化、个体化治疗原则,提高患者生存质量. 中国实用妇科与产科杂志,2006,22(4):241 - 242.

3　中华医学会妇科肿瘤学分会,妇科恶性肿瘤保留生育功能临床诊治指南. 中华妇产科杂志,2014,49(4):243 - 247.

4　沈　铿,郎景和,杨佳欣,等. 腹腔镜阴式广泛性子宫颈切除术治疗早期宫颈癌的临床分析. 中华妇产科杂志,2006,41(4):222 - 227.

5　狄　文,殷　霞. 宫颈癌患者保留生育功能的治疗. 中国实用妇科与产科杂志,2006,22(4):243 - 244.

6　聂小玲,张炳忠,王继昌,等. 保留生育功能的根治术宫颈切除术的临床应用. 浙江创伤外科,2013,18(5):684 - 686.

7　曹冬焱,杨佳欣,向　阳,等. 早期宫颈癌患者行阴式子宫颈切除术的治疗效果与生育结局. 中华妇产科杂志,2014,41(4):222 - 225.

8　Rob L, Skapa P, Robova H. Fertility-sparing surgery in patients with cervical cancer. Lance Oncol,2011,12(2):192 - 200.

9　Cao DY, Yang JX, Wu XH, et al. Comparisonal and abdominal radical trachelectomy for early-stage cervical cancer preliminary results of a multi-center research in China. Br J Cancer,2013,109(11):2778 - 2782.

10　王登凤,张国楠. 不同手术方式对宫颈癌患者术后生存质量的影响及对策. 中国实用妇科与产科杂志,2013,29(12):945 - 947.

（收稿日期:2019 - 01 - 15）
（修回日期:2019 - 08 - 14）
（责任编辑:李贺琼）