

阴道部分封闭术后发生子宫癌肉瘤 1 例报告*

王一婷 程子怡 张 坤 杨俊芳 韩劲松**

(北京大学第三医院妇产科, 北京 100191)

文献标识: D 文章编号: 1009-6604(2022)04-0363-03

doi: 10.3969/j.issn.1009-6604.2022.04.017

盆腔器官脱垂严重影响患者生活质量, 对于高龄、合并症多的中重度盆腔器官脱垂的患者, 如无性生活要求, 可考虑行阴道封闭术。标准的阴道部分封闭术(Le Fort colpocleisis, LFC)是 Le Fort 1877 年首次提出的^[1]。LFC 术后子宫发生恶性肿瘤较少见, 2019 年 12 月我科收治 1 例 LFC 术后发生子宫癌肉瘤, 报道如下。

1 临床资料

女, 75 岁, 因“阴道封闭术后 2 年, 血性分泌物 8 个月, 腹痛 1 个月”于 2019 年 12 月入院。2017 年 11 月因“阴道前壁膨出 IV 度; 子宫脱垂 II 度; 原发性高血压 2 级, 中危; 脊柱侧弯; 骨质疏松; 颈动脉粥样硬化斑块双侧”于我院住院治疗。患者因盆腔器官脱垂行走不便, 影响日常生活, 要求手术。告知不同手术方案后, 患者选择 LFC(患者配偶去世, 现在和将来均无性生活要求)。因患者年龄大, 合并症多, 脊柱侧弯需要全身麻醉, 为缩短手术时间, 降低麻醉、手术风险, 行宫腔镜检查 + 分段诊刮 + LFC, 术前充分告知保留子宫双附件有发生病变风险。术前宫颈筛查、妇科超声未见明显异常。术中宫腔镜检查见子宫内膜光滑色粉、薄, 无异常结节及增生。术后病理提示老年萎缩性子宫内膜。2019 年 3 月患者有少量阴道出血, 余无不适。经腹妇科超声未提示明显异常(图 1A)。使用高锰酸钾 1:5000 溶液坐浴后自觉症状好转, 仍间断有血性分泌物, 未定期复查。2019 年 11 月出现持续性下腹胀痛, 进行性加重, 仍未就诊。我院电话随访了解到患者有腹痛, 嘱

患者来我院就诊。查体下腹部可及实性肿物, 上界达脐下 2 指, 无压痛。妇科超声提示子宫增大, 宫腔内不均质回声, 可及血流信号(图 1B)。MRI 提示子宫体积增大, 宫腔内可见长 T1 混杂长 T2 信号影填充, 信号不均匀, 范围约 8.8 cm × 9.9 cm × 13.9 cm, DWI 可见高信号, ADC 信号减低, 周围脂肪间隙清晰, 子宫腔内异常信号, 恶性占位待除外(图 2)。2019 年 12 月 12 日行开腹探查 + 全子宫及双侧附件切除。术中见子宫如孕 4 个月大小, 形态规则, 表面光滑, 其余未见异常, 大体标本见图 3。术中子宫冰冻病理: 形态学倾向于恶性肿瘤, 癌肉瘤可能性大, 根据《子宫癌肉瘤诊治中国专家共识(2020 年版)》^[2], 进一步行盆腔淋巴结清扫 + 腹主动脉旁淋巴结活检 + 大网膜切除术。手术时间 171 min, 出血量 100 ml。术后 5 d 病情平稳出院。术后病理: 子宫恶性苗勒源性中胚叶混合瘤(癌肉瘤), 癌呈中分化子宫内膜样腺癌, 间质可见横纹肌肉瘤分化, 伴明显坏死, 侵及子宫肌层小于 1/2, 肿瘤周围内膜呈高分化子宫内膜样腺癌, 未见脉管内癌栓及神经侵犯, 其余均未见癌转移(图 4)。反复建议患者术后化疗, 但患者及家属不接受化疗。2020 年 7 月阴道中隔右侧可见烂肉样组织 0.5 cm × 0.5 cm, 活检病理提示子宫内膜样癌浸润。2020 年 8 ~ 10 月行盆腔放疗, 随访至 2021 年 3 月病情平稳。

2 讨论

手术是中重度盆腔器官脱垂的主要治疗方法, 相比盆底重建手术, LFC 有疾病复发风险低、手术时

* 基金项目: 中华预防医学会中国妇女盆底功能障碍防治专项资金(二期)(201801006)

** 通讯作者, E-mail: bysyanjinsong@126.com

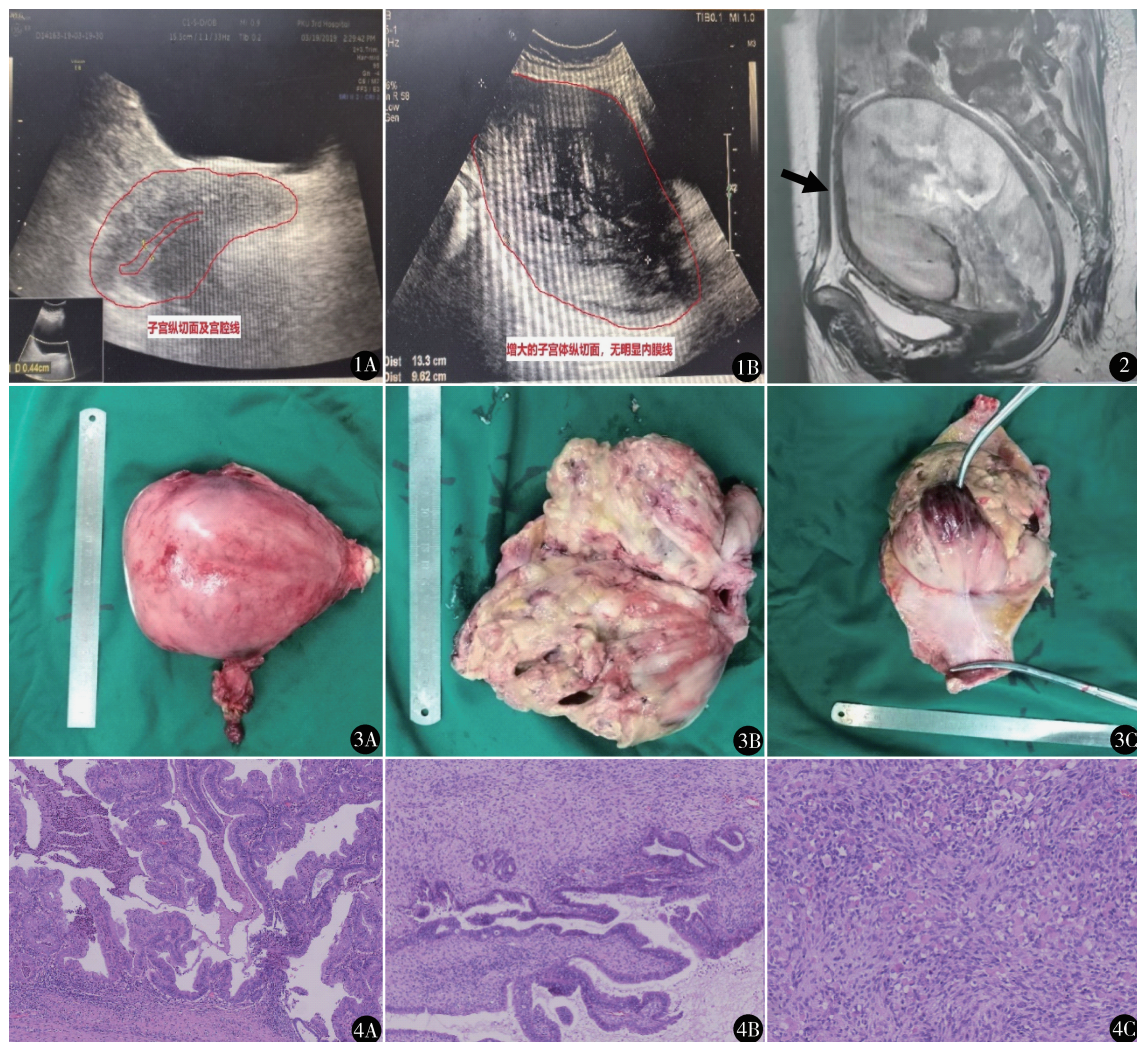


图 1 A. 2019 年 3 月超声提示子宫大小 $3.3\text{ cm} \times 3.0\text{ cm} \times 2.7\text{ cm}$, 内膜厚 0.4 cm ; B. 2019 年 12 月超声提示子宫增大 $13.3\text{ cm} \times 10.6\text{ cm} \times 9.6\text{ cm}$, 无明显宫腔线 图 2 2019 年 12 月术前 MRI 矢状位 T2W 平扫图像, 子宫增大, 宫腔内信号不均匀 图 3 A. 手术切除子宫大体标本: 子宫大小 $20\text{ cm} \times 20\text{ cm} \times 7\text{ cm}$; B. 子宫壁厚 $2.5 \sim 5\text{ cm}$, 宫腔内可见实性肿物, 大小 $12\text{ cm} \times 10\text{ cm} \times 10\text{ cm}$, 切面灰白色, 局灶可见坏死; C. 肿物周围内膜尚光滑, 厚 $0.1 \sim 0.2\text{ cm}$ 图 4 子宫癌肉瘤病理 A. 高分化子宫内膜样癌区域, 癌性上皮呈密集的乳头状和线样生长 (HE 染色 $\times 100$); B. 癌和肉瘤移行区域, 可见乳头状生长的癌性成分和呈梭形细胞分化的肉瘤成分 (HE 染色 $\times 100$); C. 肉瘤分化的区域, 在密集的梭形细胞分化的肉瘤中, 可见散在的胞浆丰富红染、细胞核偏位的横纹肌样肉瘤分化的细胞 (HE 染色 $\times 200$)

间短、围手术期并发症少等优点^[3,4], 是年老体弱、多次复发、不要求保留阴道功能患者的一种主要术式^[5]。因 LFC 术后通过阴道筛查子宫及宫颈病变受限, 因此术中同时切除子宫的主要目的是消除今后子宫内膜及宫颈病变的风险。但切除子宫手术时间延长, 可能增加手术并发症风险^[6]。LFC 术后发生子宫及卵巢恶性肿瘤报道仅有 14 例^[7-18]。LFC 术中是否同时切除子宫需要考虑患者的年龄、合并症、有无阴道出血、术前评估情况、肿瘤高危因素、术

者习惯等方面。文献^[19-22]报道在 LFC 术中同时切除子宫的比例差异较大 ($13\% \sim 83\%$)。我院 2007 年 1 月 ~ 2018 年 8 月行 208 例阴道封闭术中, 61.1% ($127/208$) 同时切除子宫^[23]。

术前应充分告知患者术后存在不能经阴道做妇科检查, 有宫颈癌延误诊断的可能。术前详细了解患者有无子宫内膜癌的高危因素, 如肥胖、原发性高血压、糖尿病、乳腺癌服用三苯氧胺史等。检查应包括: 宫颈细胞学、HPV 检查及经阴道妇科超声, 必要

时行子宫内膜采样。Frick 等^[24]报道 644 例因子宫脱垂行子宫切除,其中绝经后无阴道出血症状的子宫内膜癌占 0.24% (1/421),有阴道出血但术前诊刮或超声未提示异常的患者子宫内膜癌占 2.22% (1/45)。

保留子宫的 LFC 患者要更加重视术后随访,定期进行经腹妇科超声检查。对于术后出现腹痛、阴道流血或流液、分泌物多的患者应予以重视。妇科超声可考虑采用经腹及经直肠联合,必要时辅助其他的影像学检查包括 MRI 和(或)CT 等。可尝试从阴道侧孔行宫颈细胞学及 HPV 联合筛查。Yamakawa 等^[12]报道收集阴道流出液或分泌物行细胞学检查可能有助于宫颈及阴道病变诊断。Harmanli 等^[15]报道 1 例阴道封闭术后经阴道中隔侧方的通道行宫腔镜检查并获取子宫内膜行病理检查。

LFC 术后发生子宫恶性肿瘤少见,根据患者个体情况慎重选择术中是否同时切除子宫,术前要进行全面评估。对于保留子宫的患者,术前需要告知术后有发生恶性肿瘤的可能,术后更需要加强随访。

参考文献

- 1 Stepp KJ, Barber MD, Yoo EH, et al. Incidence of perioperative complications of urogynecological surgery in elderly women. *Am J Obstet Gynecol*,2005,192(5):1630-1636.
- 2 李爱华,张师前,孙阳,等. 子宫癌肉瘤诊治中国专家共识(2020 年版). 中国癌症防治杂志,2020,12(6):599-605.
- 3 Sung VW, Weitzen S, Sokol ER, et al. Effect of patient age on increasing morbidity and mortality following urogynecologic surgery. *Am J Obstet Gynecol*,2006,194(5):1411-1417.
- 4 陆伟,陈汝君,马如越,等. LeFort 阴道封闭术治疗老年女性重度盆腔器官脱垂的临床疗效. 现代妇产科进展,2021,30(8):617-620.
- 5 徐臻,王武亮. 阴道半封闭术对老年盆腔器官脱垂患者的治疗作用. 中国实用妇科与产科杂志,2021,37(12):1194-1198.
- 6 von Pechmann WS, Mutone M, Fyffe J, et al. Total colpocleisis with high levator plication for the treatment of advanced pelvic organ prolapse. *Am J Obstet Gynecol*,2003,189(1):121-126.
- 7 Mazer C, Isral SL. The Le Fort colpocleisis: An analysis of 43 operations. *Am J Obstet Gynecol*,1948,56(5):944-949.
- 8 Falk HC, Kaufman SA. Partial colpocleisis: the Le Fort procedure (analysis of 100 cases). *Obstet Gynecol*,1955,5(5):617-627.
- 9 Braitengerg H. On the treatment of carcinoma of the cervix uteri after partial colpocleisis and after interposition of the uterus. *Krebsarzt*,1962,17:68-75.
- 10 Hanson GE, Keettel WC. The Neugebauer-Le Fort operation. A review of 288 colpocleises. *Obstet Gynecol*,1969,34(3):352-

- 357.
- 11 Sudo N, Goldberg T, Sall S. Ovarian malignancy subsequent to a Le Fort operation. *Am J Obstet Gynecol*,1976,124(2):210-211.
- 12 Yamakawa Y, Yuuki H, Izumi R. Advanced cervical cancer complicated by previous LeFort operation. *Obstet Gynecol*,1998,91(5 Pt 2):867.
- 13 Cho MK, Kim CH, Kim YH. Primary invasive carcinoma of the vagina after Le Fort partial colpocleisis for stage IV pelvic organ prolapse: a case report. *Int Urogynecol J*,2011,22(11):1459-1461.
- 14 Zebed S, Smith AL, Plowright LN, et al. Obliterative LeFort colpocleisis in a large group of elderly women. *Obstet Gynecol*,2013,121(2 Pt 1):279-284.
- 15 Harmanli O, Celik H, Jones KA, et al. Minimally invasive diagnosis and treatment of endometrial cancer after LeFort colpocleisis. *Female Pelvic Med Reconstr Surg*,2013,19(4):242-244.
- 16 Elkattah R, Brooks A, Huffaker RK. Gynecologic malignancies post LeFort colpocleisis. *Case Rep Obstet Gynecol*,2014,2014:846745.
- 17 Das D, Hickman LC, Alhilli M, et al. Endometrial cancer evaluation after Le Fort colpocleisis. *J Gynecol Surg*,2020,36(6):343-346.
- 18 Lu M, Zeng W, Zhu R, et al. Long-term clinical outcomes, recurrence, satisfaction, and regret after total colpocleisis with concomitant vaginal hysterectomy: A retrospective single-center study. *Female Pelvic Med Reconstr Surg*,2021,27(4):e510-e515.
- 19 Jones K, Wang G, Romano R, et al. Colpocleisis: A survey of current practice patterns. *Female Pelvic Med Reconstr Surg*,2017,23(4):276-280.
- 20 Wang X, Chen Y, Hua K. Pelvic symptoms, body image, and regret after LeFort colpocleisis: A long-term follow-up. *J Minim Invasive Gynecol*,2017,24(3):415-419.
- 21 Bochenska K, Leader-Cramer A, Mueller M, et al. Perioperative complications following colpocleisis with and without concomitant vaginal hysterectomy. *Int Urogynecol J*,2017,28(11):1671-1675.
- 22 鞠蕊,杨欣,孙秀丽,等. 老年重度盆腔器官脱垂患者行阴道封闭术是否切除子宫围手术期并发症比较. 中国妇产科临床杂志,2019,20(6):483-486.
- 23 Wang YT, Zhang K, Han JS, et al. Long-term efficacy and patient satisfaction of Le Fort colpocleisis for the treatment of severe pelvic organ prolapse. *Int Urogynecol J*,2021,32(4):879-884.
- 24 Frick AC, Walters MD, Larkin KS, et al. Risk of unanticipated abnormal gynecologic pathology at the time of hysterectomy for uterovaginal prolapse. *Am J Obstet Gynecol*,2010,202(507):e1-e4.

(收稿日期:2021-11-03)

(修回日期:2022-01-27)

(责任编辑:李贺琼)