

· 子宫内膜癌的诊治 ·

盆腔淋巴清扫术对子宫内膜癌预后的影响

温宏武 张丽敦

【摘要】 目的 探讨子宫内膜癌盆腔淋巴转移的相关因素及盆腔淋巴清扫术对子宫内膜癌预后的影响。方法 选择 1981 年 1 月至 2002 年 12 月行子宫内膜癌盆腔淋巴清扫术患者 90 例, 淋巴结取样活检术患者 12 例, 分析这 102 例患者淋巴转移与各临床病理指标的关系。随机选取同期未行淋巴清扫术的 90 例患者作为对照与行淋巴清扫术的 90 例患者进行比较, 寿命表法计算两者的生存率。结果 102 例患者中, 低分化、深肌层浸润、宫颈浸润、腹腔冲洗液细胞学检查阳性、附件浸润、远处转移者, 盆腔淋巴转移的发生率升高, 分别为 46%、42%、44%、52%、75%、100%。盆腔淋巴转移患者的 5 年累计生存率(37%) 低于无淋巴转移者(89%, $P < 0.01$)。90 例行盆腔淋巴清扫术患者与对照者的 5 年累计生存率分别为 78% 和 72%, 两者比较, 差异无显著性($P > 0.05$)。COX 逐步回归分析显示, 盆腔淋巴清扫术不是影响患者预后的独立因素。结论 低分化、深肌层浸润、宫颈浸润、腹腔冲洗液细胞学检查阳性、附件浸润、远处转移是子宫内膜癌盆腔淋巴转移的高危因素, 有盆腔淋巴转移的患者预后差, 但盆腔淋巴清扫术并不改善患者预后。

【关键词】 子宫内膜肿瘤; 淋巴转移; 淋巴结切除术; 预后

Effect of pelvic lymphadenectomy on prognosis of endometrial carcinoma WEN Hong-wu*, ZHANG Li-dun. *Department of Obstetrics and Gynecology, Peking University First Hospital, Beijing 100034, China

【Abstract】 Objective To study the associated factors with pelvic lymph node metastasis of endometrial carcinoma and the effect of pelvic lymphadenectomy on prognosis of the disease. **Methods** Totally 102 patients with endometrial carcinoma who underwent pelvic lymphadenectomy (90 patients) or lymph node biopsy (12 patients) in our hospital from Jan 1981 to Dec 2002 were recruited. The relationship between various clinicopathologic factors and pelvic lymph node metastasis was analyzed. Prognosis of ninety patients with pelvic lymphadenectomy was compared with 90 patients without pelvic lymphadenectomy (control group) in the same period. The 5-year survival was calculated by life table method. **Results** The incidence of pelvic lymph node metastasis increased in patients with low grade (46%), deep myometrium invasion (42%), cervical involvement (44%), positive peritoneal cytology (52%), adenexal metastasis (75%) and distant spread (100%). The 5-year survival was lower in patients with lymph node metastasis (37%) than that without lymph node metastasis (89%, $P < 0.05$). Univariate and COX regression analysis demonstrated that pelvic lymphadenectomy did not improve patients' prognosis. The 5-year survival in patients undergoing lymphadenectomy was 78%, and it was 72% in patients without lymphadenectomy. **Conclusions** The high risk factors for pelvic lymph node metastasis in endometrial carcinoma include low grade differentiation, deep myometrium invasion, cervical involvement, positive peritoneal cytology, adenexal metastasis and distant spread. The prognosis is poorer in patients with pelvic lymph node metastasis. Pelvic lymphadenectomy could not improve the prognosis of patients with endometrial carcinoma.

【Key words】 Endometrial neoplasms; Lymphatic metastasis; Lymph node excision; Prognosis

子宫内膜癌是妇科常见恶性肿瘤, 其发病率有逐年上升趋势。手术是子宫内膜癌的主要治疗手段。根据国际妇产科联盟(FIGO) 1988 年手术病理分期标准, 术中应行盆腔淋巴清扫或活检术, 以便对

子宫内膜癌进行分期。但多数子宫内膜癌患者较肥胖、年龄偏大或合并有高血压、糖尿病等内科疾病, 对其行淋巴清扫术有一定的困难和风险, 同时淋巴清扫术的治疗作用也存在较大争议^[1-4]。本研究对与淋巴转移相关的因素及淋巴清扫术是否影响患者预后进行分析, 以探讨子宫内膜癌盆腔淋巴清扫术的必要性及合理适应证。

资料与方法

一、研究对象

从 1981 年 1 月至 2002 年 12 月, 在我院经手术治疗、病理检查证实为子宫内膜癌的患者共 323 例。患者的手术范围根据术前诊刮标本的病理类型、病理分级、宫颈管有无浸润以及患者的年龄、肥胖程度、有无内科合并症等综合考虑。对术前诊断为临床 I 期、高中分化的子宫内膜样腺癌行筋膜外全子宫切除术, 切除子宫后剖视子宫标本, 如发现肌层浸润 $>1/2$ 、宫颈浸润, 则行盆腔淋巴清扫术(38 例); 对术前诊断为临床 II 期者, 行广泛性全子宫切除及盆腔淋巴清扫术(8 例); 对各期低分化的子宫内膜样腺癌、透明细胞癌、浆液性乳头状腺癌(浆乳癌)、腺鳞癌则行次广泛性全子宫切除及盆腔淋巴清扫术(44 例)。对部分年龄较大或肥胖、有内科合并症不能耐受过大手术的患者, 则适当缩小子宫切除术范围, 及(或)将盆腔淋巴清扫术改为探查后淋巴结取样行活检术(6 例); 对部分可疑淋巴转移者行淋巴结活检术(6 例)。4 例探查中同时发现可疑转移的腹主动脉旁淋巴结一并予以切除。323 例患者中行盆腔淋巴清扫术共 90 例, 淋巴结活检术 12 例。102 例患者全部随访, 随访时间 5 ~ 144 个月, 中位数随访时间 38 个月。

二、研究方法

收集上述 102 例患者的临床及病理资料, 分析不同年龄、组织来源、病理分级、肌层浸润、腹腔冲洗液细胞学检查、宫颈浸润、附件浸润、远处转移(包括大网膜、肾、胸腔转移)与盆腔淋巴转移的关系以及淋巴转移对预后的影响。患者的分期采用 FIGO 1988 年手术病理分期标准。

为分析盆腔淋巴清扫术对预后的影响, 将上述 90 例行盆腔淋巴清扫术的患者作为研究组, 从同期或因术前、术中临床病理检查无上述淋巴清扫术高危因素, 或因患者肥胖及其他内科合并症而未行淋巴清扫术的患者中, 随机抽取与研究组临床病理资料相当的 90 例患者为对照组(对照组分期中淋巴情况以术中探查或活检为依据), 分析两组患者的预后, 以了解盆腔淋巴清扫术对预后的影响。

三、统计学方法

采用 SPSS 10.0 统计软件进行统计学分析。淋巴转移的相关因素采用 χ^2 检验及 logistic 回归法分析。患者的预后及预后影响因素分析采用寿命表法

和 COX 逐步回归模型。

结 果

一、一般资料

102 例患者的年龄为 27 ~ 75 岁, 平均年龄(56.1 ± 8.2)岁。手术病理分期: I 期 40 例, II 期 14 例, III 期 41 例, IV 期 7 例。病理类型: 子宫内膜样腺癌 89 例(其中包括腺鳞癌 20 例, 腺棘癌 6 例), 透明细胞癌 9 例, 浆乳癌 4 例。病理分级: G_1 18 例, G_2 56 例, G_3 28 例。行盆腔淋巴清扫术的 90 例切除淋巴结 7 ~ 45 个, 平均 18.4 个。淋巴结活检的 12 例切除的淋巴结为 1 ~ 6 个, 平均 2.4 个。102 例中, 共有 28 例患者的 66 个淋巴结有转移, 以髂总、髂外、髂内淋巴转移最多见, 各为 14 个, 其他有腹主动脉旁 9 个, 闭孔窝 6 个, 腹股沟深 5 个, 闭孔 4 个。

二、淋巴转移的相关因素

不同临床病理指标子宫内膜癌患者的淋巴转移情况见表 1。102 例患者中, 28 例(27%)有盆腔淋巴转移。经 χ^2 检验, 不同病理分级、肌层浸润深度、腹腔冲洗液细胞学检查结果及宫颈浸润、附件浸润、远处转移情况间盆腔淋巴转移发生率比较, 差异均有显著性(其 χ^2 值分别为 6.80、8.82、10.98、8.06、18.81、16.14, $P < 0.05$ 或 < 0.01), 而不同年龄及病理类型间盆腔淋巴转移发生率比较, 差异无显著性($P > 0.05$)。

三、盆腔淋巴清扫术患者的预后

1. 两组资料的可比性分析: 两组患者的临床病理指标见表 2。两组患者的年龄、期别、病理类型、病理分级间比较, 差异均无显著性($P > 0.05$), 具有可比性。两组患者的手术范围比较, 差异有极显著性($\chi^2 = 27.72, P < 0.01$)。

2. 两组预后的比较: 寿命表法计算研究组、对照组患者的 5 年累计生存率分别为 78% 和 72%, 两组比较, 差异无显著性($P > 0.05$), 盆腔淋巴清扫术并没有提高患者的生存率。两组患者的生存率曲线见图 1。

四、淋巴转移及其他因素对患者预后的影响

102 例行盆腔淋巴清扫或活检术的患者中, 淋巴结有转移 28 例, 无转移 74 例, 寿命表法计算其 5 年累计生存率分别是 37% 及 89%, 两者比较, 差异有极显著性($P < 0.01$)。

用 COX 逐步回归模型对可能影响患者预后的因素, 包括患者年龄、病理类型、病理分级、肌层浸润深度、宫颈浸润、附件浸润、淋巴转移、远处转移、

表 1 不同临床病理指标子宫内膜癌患者的
淋巴转移情况比较

临床病理指标	总例数	淋巴转移		P 值
		例数	百分率 (%)	
年龄 (岁)				
<50	18	6	33	>0.05
≥50	84	22	26	
病理类型				
腺癌 + 腺棘癌	69	17	25	>0.05
腺鳞癌 + 透明细胞癌 + 浆乳癌	33	11	33	
病理分级				
G ₁	18	3	17	>0.05*
G ₂	56	12	21	
G ₃	28	13	46	<0.05**
肌层浸润深度				
≤1/2	57	9	16	<0.05
>1/2	45	19	42	
宫颈浸润				
无	66	12	18	<0.01
有	36	16	44	
腹腔冲洗液细胞学检查				
阴性	75	14	19	<0.01
阳性	27	14	52	
附件浸润				
无	86	16	19	<0.01
有	16	12	75	
远处转移				
无	95	21	22	<0.01
有	7	7	7/7 [△]	

注: * G₁ 与 G₂ 比较, ** G₁、G₂ 与 G₃ 比较; △ 例数少于 10, 不计算百分率

表 2 不同临床病理指标在两组患者中的比较

临床病理指标	对照组 (n=90)		研究组 (n=90)		P 值
	例数	百分比 (%)	例数	百分比 (%)	
年龄 (岁)					
<50	22	24	15	17	>0.05
≥50	68	76	75	83	
分期*					
I 期	43	48	40	44	>0.05
II 期	7	8	13	14	
III 期	36	40	32	36	
IV 期	4	4	5	6	
病理类型					
腺癌 + 腺棘癌	58	64	60	67	>0.05
腺鳞癌 + 透明细胞 癌 + 浆乳癌	32	36	30	33	
病理分级					
G ₁	26	29	18	20	>0.05
G ₂	44	49	52	58	
G ₃	20	22	20	22	
手术范围					
筋膜外全子宫切除	26	29	11	12	<0.001
次广泛全子宫切除	60	67	52	58	
广泛性全子宫切除	4	4	27	30	

注: * 研究组为手术病理分期, 对照组的分期中淋巴结情况以术中探查或活检为依据

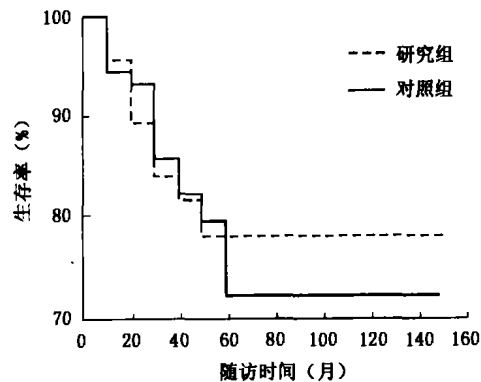


图 1 两组患者的生存率曲线

子宫切除范围、是否行淋巴清扫术、腹腔冲洗液细胞学检查情况进行多因素分析, 结果显示, 病理分级、附件浸润、淋巴转移、子宫切除范围是影响患者预后独立的因素。病理分级 G₃、附件浸润、盆腔淋巴有转移者预后差 (P < 0.05); 子宫切除范围与预后有关, 行次广泛及广泛性全子宫切除术者预后较筋膜外全子宫切除者好 (P < 0.05)。盆腔淋巴清扫术及其他临床病理指标对患者的预后无影响。

讨 论

一、影响子宫内膜癌盆腔淋巴转移的因素

一般认为, 病理分级高、深肌层浸润、宫颈浸润、高危的病理类型 (腺鳞癌、浆乳癌、透明细胞癌等)、盆腔淋巴及远处有转移是子宫内膜癌的高危因素, 患者预后差。对这些患者原则上行盆腔淋巴清扫术。本研究结果也显示, 病理分化差、深肌层浸润、宫颈浸润、腹水细胞学检查阳性、附件浸润、远处转移者淋巴转移的发生率较高, 与文献^[2,6]报道相似。至于高危的病理类型与淋巴转移的关系文献报道不多。本研究中, 研究组高危病理类型患者的淋巴转移发生率为 33%, 稍高于子宫内膜样腺癌 (25%), 但统计学差异无显著性, 高永良等^[5]也有相似的报道。这是否与病例数较少有关还需进一步研究。盆腔淋巴清扫术对了解淋巴有无转移、明确分期、估计预后、指导术后治疗有重要意义。但对大多数子宫内膜癌患者, 此手术实施起来难度较大, 可能会增加术后并发症, 因此, 盆腔淋巴清扫术应实行个体化方案。对淋巴转移发生率低的低危患者, 可以不行盆腔淋巴清扫术。而对病理分级高、深肌层浸润、宫颈浸润、腹水细胞学检查阳性、附件浸润、远处转移者, 应争取做盆腔淋巴清扫术。本组患者未常规行腹主动脉旁淋巴结切除, 但探查可疑淋巴转移行淋巴结

切除的患者,病理检查均证实有转移。因此,在术中探查时,应注意腹主动脉旁淋巴结,如有可能尽量切除。

二、盆腔淋巴清扫术对子宫内膜癌患者预后的影响

Yokoyama 等^[2]、高永良等^[5]报道,子宫内膜癌患者盆腔淋巴有转移患者的 5 年生存率分别为 60.0%、38.9%,低于无转移者的 89.9% 和 74.2%。本研究中,有盆腔淋巴转移患者的 5 年生存率是 37%,无淋巴转移者是 89%,单因素及多因素分析均证实淋巴转移是子宫内膜癌患者重要的不良预后因素。但盆腔淋巴清扫术本身是否能够改善患者的预后,文献报道不一。Kilgore 等^[4]报道,行盆腔淋巴清扫术者的 5 年生存率为 90%,高于未行盆腔淋巴清扫术者的 5 年生存率(70%),差异有显著性。但高永良等^[5]报道,临床 I ~ II 期行盆腔淋巴清扫术者 5 年生存率为 73.0%,与未行淋巴清扫术的 82.9% 相比,差异无显著性。Trimble 等^[7]也报道,临床 I、II 期行盆腔淋巴清扫术者的 5 年生存率分别为 98% 和 85%,与未行淋巴清扫术者的 5 年生存率(分别为 96% 和 83%)相比,差异无显著性。本研究结果显示,行盆腔淋巴清扫术者的 5 年生存率为 78%,未行淋巴清扫术者为 72%,两者比较,差异无显著性。多因素回归分析结果也显示,盆腔淋巴清扫术不是影响预后的独立因素。但淋巴转移是确

定分期的重要因素,为获得淋巴是否转移的资料,我们认为术中应常规探查,对有淋巴转移高危因素者,特别是年龄大、同时又有内科合并症的患者行淋巴结活体术,如能确定有淋巴转移,可不行淋巴清扫术,但对这些患者术后应辅以放疗、化疗(包括淋巴化疗)、激素治疗等,以减少手术并发症,提高患者疗效^[8]。对术中不能明确有无淋巴转移者,如条件许可,仍应尽量行淋巴清扫术,但目的是为了诊断。

参 考 文 献

- 1 Orr JW. Surgical staging of endometrial cancer; does the patient benefit? *Gynecol Oncol*, 1998, 71:335-339.
- 2 Yokoyama Y, Maruyama H, Sato S, et al. Indispensability of pelvic and paraaortic lymphadenectomy in endometrial cancers. *Gynecol Oncol*, 1997, 64:411-417.
- 3 Bar-AM A, Ron IG, Kuperminc M, et al. The role of routine pelvic lymph node sampling in patients with stage I endometrial carcinoma: second thoughts. *Acta Obstet Gynecol Scand*, 1998, 77:347-350.
- 4 Kilgore LC, Partridge EE, Alvarez RD, et al. Adenocarcinoma of the endometrium; survival comparisons of patients with and without pelvic node sampling. *Gynecol Oncol*, 1995, 56:29-33.
- 5 高永良,于爱军,陈鲁,等. 盆腔淋巴清扫术用于子宫内膜癌治疗的探讨. *中华妇产科杂志*, 2000, 35:264-266.
- 6 Kamura T, Yahata H, Shigematsu T, et al. Predicting pelvic lymph node metastasis in endometrial carcinoma. *Gynecol Oncol*, 1999, 72:387-391.
- 7 Trimble EL, Kosary C, Park RC. Lymph node sampling and survival in endometrial cancer. *Gynecol Oncol*, 1998, 71:340-343.
- 8 曹泽毅,主编. *妇科肿瘤学*. 北京:北京出版社, 1998. 768.

(收稿日期:2003-07-04)

(本文编辑:姚红萍)

· 启 事 ·

关于文稿申请“快速通道”发表的规定和要求

为了使反映我国妇产科领域中,有重大研究成果内容的论文尽快、及时在我刊发表,我刊自 2002 年起,对作者的来稿从审查到正式发表的程序,开辟了“快速通道”。为了使广大作者、读者了解文稿申请“快速通道”的规定和要求,特将申请“快速通道”的规定和要求公布如下:(1)凡内容涉及有重大创新和为国内首创,达到或超过国内或国际先进水平的科研及临床论文,均可申请进入“快速通道”,以使论文快速发表;(2)作者本人提出进入“快速通道”申请;(3)作者提供国内外数据库的查新报告;(4)作者提供两位同行知名专家(作者所在单位的专家和作者的导师应回避)的推荐信,

推荐信内容应包括本研究为“最新”、“首创”,及申请快速发表论文的理由;(5)作者提供申请快速发表论文的作者署名无争议、发明权(即首创权)无争议的证明;(6)作者提供论文一式 3 份(包括软盘);(7)作者提供由作者单位科研部门开具的介绍信。

凡符合上述规定和要求,获准进入“快速通道”的论文,将由本刊编委会总编辑、相关专业编委共同审议决定是否刊登(每篇论文需交纳快速审稿费 200 元,并请通过邮局汇款),如编委会审查后同意论文发表,本刊郑重承诺,该论文于收稿后 4 个月内正式刊出。