

不同保留生育功能手术对卵巢交界性肿瘤患者预后及再生育功能的影响

于乐云 张洁

(河南省洛阳市妇幼保健院妇科 洛阳 471000)

摘要:目的:探究不同保留生育功能术对卵巢交界性肿瘤(BOT)患者预后及再生育功能的实际影响。方法:选取 2016 年 4~12 月医院收治的 80 例 BOT 患者,以双盲法分成两组,分别行不同保留生育功能手术进行治疗。对照组 40 例行非全面分期手术,观察组 40 例行全面分期手术,对比两种术式对 BOT 患者预后及其再生育功能的影响。结果:两组患者 5 年内生存率、自然受孕率、辅助受孕率、成功妊娠率、生育生活质量总评分比较,差异无统计学意义($P>0.05$);观察组患者 5 年内复发率(7.50%)显著低于对照组(25.00%)($P<0.05$);观察组患者术后妊娠时间稍长于对照组($P<0.05$);两组患者术后并发症发生率比较,差异无统计学意义($P>0.05$);观察组患者在环境、情感反应及婚姻关系方面的评分均明显低于对照组,在耐受性方面的评分显著高于对照组($P<0.05$),在身心健康方面的评分高于对照组,但差异无统计学意义($P>0.05$);观察组患者对手术的总满意度(97.50%)显著高于对照组(77.50%)($P<0.05$)。结论:无论是全面分期手术还是非全面分期手术,均对 BOT 患者有着较好的治疗效果,均能改善 BOT 患者的生育生活质量,但全面分期手术其复发率虽较低,但术后妊娠时间比非全面分期术后较长,临床上需结合患者的病情及其主观意愿合理选择术式。

关键词:卵巢交界性肿瘤;保留生育功能术;预后;再生育功能

中图分类号:R737.31

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2022.06.028

卵巢交界性肿瘤 (Borderline Ovarian Tumors, BOT) 于 1929 年由 Howard Taylor 最早提出,后由世界卫生组织于 1973 年正式命名^[1]。BOT 是一种有着低度恶性潜能特征的肿瘤,属于卵巢肿瘤中具有独立性的一种病理类型。有研究资料显示^[2],BOT 占全部卵巢上皮性肿瘤的 10%~20%,发病年龄趋向年轻化,其中有 1/3 的患者为未育。多数患者临床诊断时为 I 期,病变部位以卵巢单侧或双侧为主,结合影像学检查、血清肿瘤标志物可确诊,因此其总体预后较好。据以往资料统计,BOT 5 年生存率可达 90% 以上,20 年生存率可达 80% 以上^[3]。BOT 多发于年轻女性,或者有再次生育要求的女性,加上二孩、三孩政策的开放,要求保留生育功能的女性越来越多。临床上治疗 BOT 以手术为主,包括单侧附件切除术、患侧卵巢肿瘤剔除术等,无论哪种手术方式,均存在复发概率^[4]。为此,本研究以 BOT 患者为研究对象,通过进一步分析不同保留生育功能手术对 BOT 患者预后及其再生育功能的影响,探讨出更为

有效的保留生育功能术式,以供临床参考。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2016 年 4~12 月医院收治的 80 例 BOT 患者,以双盲法分成两组,分别行不同保留生育功能手术进行治疗。对照组 40 例行非全面分期手术,观察组 40 例行全面分期手术。对照组年龄 18~40 岁,平均(25.39± 8.29)岁;肿瘤类型:浆液性肿瘤 23 例、黏液性肿瘤 14 例、子宫内膜样肿瘤 1 例、浆黏液型肿瘤 1 例、Brenner 瘤 1 例;肿瘤分期: I A 期 26 例、I B 期 7 例、I C 期 7 例;术前生育状况:已育 26 例、未育 14 例。观察组年龄 18~45 岁,平均(26.42± 8.31)岁;肿瘤类型:浆液性肿瘤 22 例、黏液性肿瘤 13 例、子宫内膜样肿瘤 2 例、浆黏液型肿瘤 2 例、Brenner 瘤 1 例;肿瘤分期: I A 期 23 例、I B 期 9 例、I C 期 8 例;术前生育状况:已育 27 例、未育 13 例。两组一般资料比较,差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。本研究经医院医学伦理委

员会审核批准。

1.2 选取标准 (1)纳入标准:年龄 18~40 岁;术前均经影像学检查或术后病理确诊为 BOT;沟通能力、精神状态正常,且积极配本研究。(2)排除标准:合并其他恶性肿瘤;无法耐受手术或同时进行其他手术治疗。

1.3 手术方法

1.3.1 观察组 行全面分期手术,具体操作为:患者全麻后取截石位,经消毒铺单后,于腹部正中朝着左绕脐的方向取一纵向切口(约 25 cm)。取腹腔积液进行流式细胞学监测,利用腹腔镜依次探查子宫、双侧结肠旁沟、双侧附件等多个部位的情况,对病灶部位予以切除处理,对疑似有转移的腹膜表面、粘连部位均予以快速冰冻病理学检查、切除,对卵巢肿瘤、囊肿予以剥除处理,对盆腔淋巴结、大网膜予以切除处理。将患者的阑尾切除,取部分组织送检,最后冲洗缝合。

1.3.2 对照组 行非全面分期手术,具体操作为:麻醉方式、体位、取切口等操作均与观察组一致,但手术仅切除处理腹腔中明显的卵巢肿瘤,不对疑似病灶转移部位进行清查处理,保留对侧卵巢、病灶周围正常组织,不切除盆腔淋巴结、大网膜、阑尾等。

1.3.3 术后治疗 两组患者术后均结合实际病理结果、手术-病理分期情况进行针对性化疗。I 期患者术中已彻底清除肿瘤组织则无须进行化疗;I 期术中肿瘤组织未彻底清除,且发现残留肿瘤者采取预防性化疗措施;II 期、III 期患者无生育要求者采取治疗性化疗措施。患者化疗前均进行体温、血象、胃肠功能、泌尿功能检查,发现有异常者需待体温、血象、胃肠功能及泌尿功能恢复正常后进行化疗。术后静脉化疗以铂类药物为主,3 周为一个疗程,治疗性化疗为 6~8 个疗程,预防性化疗为 3~6 个疗程。

1.4 观察指标 两组患者术后 5 年内接受随访,统计两组 5 年内的生存率、复发率、术后生育情况(自然受孕率、辅助受孕率、成功妊娠率、妊娠时间)、术后并发症总发生率(切口感染、盆腔感染、愈合不良)、术前后生育生活质量及满意度。手术前后生育生活质量采用生育生活质量(the Fertility Quality of Life, FertiQoL)量表进行评定,主要从身心健康、环

境、情感反应、耐受性、婚姻关系、社会关系 6 个维度进行评分,共 34 个条目,采用 5 级评分制(0~4 分),满分 100 分,得分越高提示患者的生育生活质量越佳^[9]。两组患者术后随访 24 个月,统计患者对手术效果的满意情况,指导患者结合自身情况按 0~10 分自由打分,9~10 分为非常满意、6~8 分为一般满意、0~5 分为不满意,总满意度=(非常满意例数+一般满意例数)/总例数×100%^[9]。

1.5 统计学方法 采用 SPSS20.0 软件处理数据,术后妊娠时间、FertiQoL 评分等计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示,采用 *t* 检验;生存率、复发率、自然受孕率、辅助受孕率、成功妊娠率、术后并发症发生率及满意度等计数资料以%表示,采用 χ^2 检验。*P*<0.05 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组预后情况比较 观察组 5 年内生存率高于对照组,两组比较差异无统计学意义(*P*>0.05);观察组 5 年内复发率显著低于对照组(*P*<0.05)。见表 1。

表 1 两组预后情况比较[例(%)]			
组别	<i>n</i>	5 年内生存	5 年内复发
观察组	40	40(100.00)	3(7.50)
对照组	40	39(97.50)	10(25.00)
χ^2		2.531	11.251
<i>P</i>		0.111	0.034

2.2 两组术后生育情况比较 两组自然受孕率、辅助受孕率、成功妊娠率比较,差异无统计学意义(*P*>0.05);观察组术后妊娠时间稍长于对照组(*P*<0.05)。见表 2。

表 2 两组术后生育情况比较($\bar{x} \pm s$)					
组别	<i>n</i>	受孕途径[例(%)]		成功妊娠 [例(%)]	术后妊娠时间 (月)
		自然受孕	辅助受孕		
观察组	40	15 (37.50)	3 (7.50)	18 (45.00)	17.32± 2.41
对照组	40	10 (25.00)	4 (10.00)	14 (35.00)	15.02± 2.14
χ^2/t		3.636	0.391	2.083	4.513
<i>P</i>		0.056	0.531	0.148	0.000

2.3 两组术后并发症发生情况比较 两组患者术后并发症发生率比较,差异无统计学意义(*P*>0.05)。见表 3。

表 3 两组术后并发症发生情况比较[例(%)]

组别	n	切口感染	盆腔感染	愈合不良	合计
观察组	40	1 (2.50)	1 (2.50)	2 (5.00)	4 (10.00)
对照组	40	2 (5.00)	2 (5.00)	3 (7.50)	7 (17.50)
χ^2		0.865	0.865	0.533	2.371
P		0.352	0.352	0.465	0.123

表 4 两组术前、术后 5 年 FertiQol 评分比较(分, $\bar{x} \pm s$)

组别	n	时间	身心健康	环境	情感反应	耐受性	婚姻关系	社会关系	总分
观察组	40	术前	50.11± 7.43	49.88± 5.64	50.11± 5.23	48.72± 8.12	57.66± 6.12	55.24± 6.34	58.49± 8.74
		术后 5 年	62.33± 9.87*	53.31± 6.92	53.38± 8.32	60.67± 9.29*	62.58± 10.42	63.58± 10.22*	65.34± 8.92*
对照组	40	术前	50.12± 7.55	49.91± 5.71	50.12± 5.46	48.74± 8.14	57.71± 6.21	54.31± 6.42	58.15± 8.54
		术后 5 年	61.65± 9.88*	59.87± 6.54*	59.32± 8.29*	53.39± 8.88*	66.21± 10.32*	58.62± 10.23*	64.32± 8.91*

注:与同组治疗前比较,* $P<0.05$ 。

2.5 两组满意度比较 观察组患者对手术的满意度(97.50%)显著高于对照组(77.50%)($P<0.05$)。见表 5。

表 5 两组满意度比较[例(%)]

组别	n	非常满意	一般满意	不满意	总满意
观察组	40	18 (45.00)	21 (52.50)	1 (2.50)	39 (97.50)
对照组	40	15 (37.50)	16 (40.00)	9 (22.50)	31 (77.50)
χ^2		1.160	3.142	18.285	18.285
P		0.871	0.076	0.000	0.000

3 讨论

BOT 是一种介于良性与恶性之间的肿瘤,有核异型性、核分裂象,除腹膜浸润性种植病例外,其余病例均无间质浸润,多为良性病例,且预后良好^[7]。BOT 以育龄期女性群体为主,其发病机制尚未明确,有专家指出可能与女性产次、激素药物治疗、长期服用避孕药、不孕不育等因素相关,多无典型症状或体征,仅表现为腹痛腹胀、性交不适等,超过 50% 的患者在盆腔手术中或体检时被发现^[8]。BOT 经影像学方法确诊的少,多以血清癌抗原 12-5(CA12-5)指标进行确诊,确诊标准为 CA12-5 指标异常升高,尤其对黏液型 BOT 有着较高的确诊率。

2017 年美国已在其卵巢癌临床实践指南上指出,BOT 为低度恶化可能,对处于早期阶段且需要保留生育功能的患者可采取全面分期手术,并建议切除阑尾,尤其是黏液型 BOT 患者^[9]。以往医疗技术有限,I A 期 BOT 患者才可保留生育功能,近年来随着医疗技术的日益进步,不同病理分期的患者

2.4 两组术前、术后 5 年 FertiQol 评分比较 术后 5 年观察组环境、情感反应及婚姻关系评分低于对照组,耐受性、社会关系评分高于对照组($P<0.05$);两组身心健康、FertiQol 总评分比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。见表 4。

都可进行保留生育功能手术,并且能获得良好的预后。保留生育功能手术主要以保留患者子宫、至少一侧的附件为主,术后虽仍存在复发风险,但不影响总体生存率,能够较好地满足患者保留生育功能的需求,已被广泛认可。

本研究结果发现,两组患者 5 年内生存率比较,差异无统计学意义,但观察组患者 5 年内复发率明显低于对照组,这提示全面分期手术、非全面分期手术均不会影响 BOT 患者的总体生存率,只是全面分期手术患者的术后复发率更低,总体预后更佳。全面分期手术复发率低的原因主要为该术式对肿瘤的切除更彻底,能够最大限度地减少肿瘤组织残留,降低复发率^[10]。本研究结果还发现,两组自然受孕率、辅助受孕率、成功妊娠率比较,差异无统计学意义,但观察组患者术后妊娠时间稍长于对照组,这提示全面分期手术、非全面分期手术对 BOT 患者术后生育功能影响无较大差异,只是全面分期手术患者的术后妊娠时间稍微延长,这与该术式切除部位多、手术创伤较大有关^[11]。从两组术后并发症情况看,对照组较观察组并发症稍多,但两组术后并发症总发生率并无显著差异。无论是全面分期手术还是非全面分期手术,都存在一定的利弊,全面分期手术需要对确切肿瘤组织和疑似肿瘤组织进行剥除或切除处理,其处理更全面、彻底,但手术创面较大,容易对周围组织造成损害;非全面分期手术则对已确诊需要切除的肿瘤组织进行处理,不对疑似转移部位进行清查处理,不切除盆腔淋巴结、大网膜、阑尾等,极易出

现肿瘤组织切除不彻底等现象,术后易出现并发症。而分析两组术后生活质量发现,两组 FertiQol 总分差异无统计学意义,但观察组在环境、情感反应及婚姻关系方面的评分均明显低于对照组,在耐受性、社会关系方面的评分均显著高于对照组,提示非全面分期手术在改善患者的环境、情感反应维度的评分存在优势,全面分期手术在提高患者耐受性维度的评分存在优势。非全面分期手术患者由于其术后复发率较高,需要介入二次手术的居多,导致其耐受性偏低,但因手术范围较小,对环境的满意度较高。而全面分期手术由于其手术创伤性较大,患者多伴有负性情绪,导致情感反应维度的评分偏低,因此全面分期手术患者术后可加强心理干预以提高其术后生存质量。此外,观察组患者对手术的总满意度(97.50%)显著高于对照组(77.50%),提示行全面分期手术的患者对手术效果更满意。总体而言,全面分期手术因其手术切除彻底、术后复发率低等优点更令患者满意。

综上所述,全面分期手术、非全面分期手术均不影响 BOT 患者的总体生存率,两种术式各具有优缺点,临床上需结合患者的病情及其主观意愿合理选择术式。

参考文献

[1]牛丽娜,曹洁琼,田慧慧,等.早期卵巢交界性肿瘤不同手术方式对
.....
(上接第 95 页)
[2]王红强,高延征,朱宇,等.强直性脊柱炎后凸畸形合并颈椎骨折的手术方法选择[J].中华创伤杂志,2019,35(4):320-326.
[3]龙再现,代叶红,徐广辉,等.前路椎体次全切除术与后路全椎板切除治疗颈椎脊髓损伤的疗效对比[J].脊柱外科杂志,2017,15(4):217-222.
[4]杨克勤.脊柱疾患的临床与研究[M].北京:北京出版社,1993.513-526.
[5]苗军,刘艳成,兰杰,等.改良微型钛板重建伸肌附着点在颈后路单开门椎管扩大成形术中的应用[J].中华医学杂志,2019,99(17):1312-1316.
[6]黄琛,冯琼华,曹波,等.后路间接复位术和椎板切除治疗合并脊髓神经损伤的胸腰椎爆裂性骨折[J].局解手术学杂志,2017,26(3):204-208.
[7]李振环,徐广辉,禹宝庆,等.颈后路全椎板切除减压治疗颈椎脊髓损伤的临床疗效分析[J].同济大学学报(医学版),2018,39(4):114-119.
[8]刘学光,付强,孙振中,等.超声骨刀与高速磨钻在颈椎后路全椎板切除减压手术应用中的比较研究[J].中国脊柱脊髓杂志,2017,27(6):539-544.

妊娠结局的影响[J].现代肿瘤医学,2020,28(11):1935-1938.
[2]晏军丽,陈刚,王佩红.腹腔镜保留生育功能手术对卵巢交界性肿瘤患者预后的影响[J].中国肿瘤临床与康复,2018,25(10):1224-1227.
[3]Lian CY,Chen XJ,Ni YH,et al.Pregnancy after fertility-sparing surgery for borderline ovarian tumors [J].International Journal of Gynaecology & Obstetrics,2016,134(3):282-285.
[4]Chen RF,Li J,Zhu TT,et al.Fertility-sparing surgery for young patients with borderline ovarian tumors (BOTs): single institution experience [J].Journal of Ovarian Research,2016,9(1):1-8.
[5]刘小惠,吴小华.卵巢交界性肿瘤者保留生育功能的手术预后及再生育问题[J].现代妇产科进展,2017,26(12):950-952.
[6]李涛,牡丹丽,杜世华,等.保留生育功能治疗对年轻卵巢交界性肿瘤患者术后复发及妊娠的影响[J].广西医学,2019,41(13):1638-1641.
[7]高盼,朱振宁,严妮子,等.腹腔镜下保留生育功能手术对早期卵巢交界性肿瘤的临床效果观察[J].贵州医药,2019,43(6):911-912.
[8]孙兴梅,吕小娟.不同手术方式治疗卵巢良性肿瘤的效果及对患者血清 β -内啡肽和皮质醇水平的影响[J].中国妇幼保健,2020,35(24):4881-4884.
[9]Zhao JG,Liu CY,Qu J,et al.Short-term outcomes and pregnancy rate after laparoscopic fertility-sparing surgery for borderline ovarian tumors: a single-institute experience [J].International Journal of Gynecological Cancer,2018,28(2):274-278.
[10]黄晓昊,韩素萍,周雪.子宫内膜复杂性不典型增生及早期子宫内膜癌患者保留生育功能的预后研究[J].肿瘤学杂志,2019,25(11):980-984.
[11]涂金晶,张鑫,侯静.不同浸润程度卵巢交界性肿瘤病理特征与超声指标的相关性[J].实用癌症杂志,2019,34(9):1466-1469.

(收稿日期: 2021-12-09)

[9]刘鑫,王翔宇,温冰涛,等.超声骨刀在颈椎前路椎体次全切除术中应用的安全性和有效性评价[J].中国脊柱脊髓杂志,2018,28(4):303-308.
[10]钟沃权,陈仲强,曾岩,等.后路椎间隙侧方松解辅助下经关节突截骨术治疗胸腰椎后凸畸形的效果分析[J].中华外科杂志,2019,57(5):337-341.
[11]李智,颜志坚.前入路与后入路手术治疗颈椎后纵韧带骨化症中期疗效对比[J].实用中西医结合临床,2018,18(12):117-118,127.
[12]汪伟,马均峰,崔子健,等.颈后路微型钛板及侧块螺钉内固定治疗多节段脊髓型颈椎病的 Meta 分析[J].中国组织工程研究,2019,23(16):2614-2624.
[13]李海东,张强华,何守玉,等.两种前路手术治疗相邻双节段脊髓型颈椎病中期并发症对比研究[J].浙江临床医学,2018,20(8):1351-1352,1355.
[14]苟波,苏权.颈椎后路 3 种手术方式对多节段脊髓型颈椎病生理曲度的影响及远期疗效观察[J].空军医学杂志,2018,34(1):28-31,35.
[15]纪占同,王洪飞.后路椎板切除入路手术治疗椎管内神经鞘瘤的疗效观察[J].中国基层医药,2018,25(2):240-243.

(收稿日期: 2021-12-09)