

[文章编号] 1000-2200(2008)04-0414-02

· 临床医学 ·

复发性卵巢癌治疗方法的选择

马玲, 张竞, 姚婷婷

[摘要] 目的: 探讨复发性卵巢癌治疗方法的选择。方法: 选择2000~2005年50例复发性卵巢癌, 分析其临床病理资料, 根据首次治疗情况, 复发间隔时间, 复发病灶的部位、大小、数量以及患者的一般情况, 采用再次减瘤术及术后二线药物化疗、单纯静脉化疗和口服化疗方案治疗。结果: 50例患者1、2、3、4、5年总生存率分别为82%、64%、42%、34%、30%。3种治疗方法的1年和3年生存率差异均无统计学意义($P > 0.05$), 而5年生存率差异有统计学意义($P < 0.05$)。结论: 复发性卵巢癌治疗应采用个体化原则, 综合评估谨慎选择二次减瘤术, 可提高满意减瘤率, 改善患者生活质量。

[关键词] 卵巢肿瘤; 减瘤术; 肿瘤/药物疗法

[中国图书资料分类法分类号] R 737.31 **[文献标识码]** A

Choice of therapy for recurrent ovarian cancer

MA Ling, ZHANG Jing, YAO Ting-ting

(Department of Gynecologic Oncology, The First Affiliated Hospital of Bengbu Medical College, Bengbu Anhui 233004, China)

[Abstract] **Objective:** To investigate the choice of treatment for recurrent ovarian cancer. **Methods:** The clinical pathological data of 50 cases of recurrent ovarian cancer from January 2000 to December 2005 were analyzed. The cases were divided into three groups according to the conditions of their first treatment, the interval time before recurrence, the site, size and number of the recurrent focus, and the patients' general conditions. The three groups were treated by second reductive surgery and postoperative secondline chemotherapy, intravenous chemotherapy and oral chemotherapy, respectively. **Results:** The survival rate of 1, 2, 3, 4 and 5-year for the 50 patients was 82%, 64%, 42%, 34%, and 30% respectively. Of the three methods, the 1-year and 3-year survival rate had no statistical difference ($P > 0.05$), but the 5-year survival rate was significantly different ($P < 0.05$). **Conclusions:** Treatment for the recurrent ovarian cancer should be individualized. The second reductive surgery should be selected carefully and evaluated cautiously, which may improve the optimal cytoreductive rate and the patients' life quality.

[Key words] ovarian neoplasms; cytoreductive surgery; neoplasms/drug therapy

上皮性卵巢癌临床确诊时, 大多为晚期。经过首次肿瘤细胞减灭术加以铂剂为主的化疗后, 治疗效果虽有了较大的提高, 但70%的患者仍有复发^[1]。复发性卵巢癌的治疗目前国内外均无统一模式, 且治疗效果不甚满意。如何正确处理复发性卵巢癌, 是目前妇科肿瘤临床常见和亟待解决的问题。本研究回顾性总结50例复发性卵巢癌的临床病理资料, 探讨个体化治疗方法的选择, 以期延长患者的生存时间, 提高生存质量。

1 资料与方法

1.1 一般资料 本研究对象为2000~2005年我院收治的50例复发性卵巢癌患者。中位年龄49岁(28~72岁)。初次治疗时根据国际妇产科联盟(FIGO)分期标准, I~II期14例, III~IV期36例。组织学类型为浆液性腺癌30例, 内膜样癌8例, 黏液性癌6例, 透明细胞癌4例, 未分化癌2例。初次治疗均接受了肿瘤细胞减灭术、术后辅以铂剂药物

为主的化疗。手术主要为全子宫双附件, 大网膜切除术, 部分加腹膜后淋巴结清扫术。化疗用环磷酰胺+顺铂(CP)或环磷酰胺+阿霉素+顺铂(CAP)方案为主。复发间隔时间>1年42例, <1年8例; 盆腔复发14例, 腹腔15例, 盆腹腔9例, 肝实质转移7例, 盆腔和(或)锁骨上淋巴结5例; 腹腔积液8例; 单一病灶21例, 病灶≥2个29例。

1.2 方法 根据复发的不同类型, 患者的不同情况, 采取个体化的治疗方法。行二次减瘤术28例, 减瘤满意者20例(71.4%)。选择首次治疗获临床完全缓解至复发时间超过1年, 经临床检查评估, 估计可切除复发病灶者, 行二次肿瘤细胞减灭术。其中行部分肠切除4例, 部分膀胱切除2例, 脾切除2例, 满意减瘤并行腹膜后淋巴结清扫术5例(为首次手术未行淋巴结清扫者)。术后二线药物化疗, 包括腹腔化疗和全身化疗, 化疗以紫杉醇加铂类为主。单纯静脉化疗组18例, 本组主要包括肝实质转移, 腹主或锁骨上淋巴结转移, 多个复发病灶或患者一般情况不能耐受手术等。化疗主要采用紫杉醇、铂类、足叶乙苷等。另有4例拒绝静脉化疗, 给予口服六甲嘧胺及足叶乙苷交替应用。

[收稿日期] 2007-08-17

[作者单位] 蚌埠医学院第一附属医院 妇科科, 安徽 蚌埠 233004

[作者简介] 马玲(1970-), 女, 硕士, 副主任医师, 副教授。

1.3 统计学方法 采用秩和检验。

2 结果

2.1 生存率 随访至 2007 年 5 月,随访(48±2)个月。50 例患者 1、2、3、4、5 年总生存率分别为 82%、64%、42%、34%、30%。50 例患者中,存活 3 年以上者 19 例,存活 5 年以上者 9 例。

2.2 复发后不同治疗方法的生存率比较 3 种治疗方法的 1 年和 3 年生存率差异均无统计学意义($P>0.05$),而 5 年生存率差异有统计学意义($P<0.05$) (见表 1)。二次肿瘤细胞减灭术达满意者(残留肿瘤<1 cm)20 例(71.4%),3 年、5 年生存率分别为 65% (13/20)、55% (11/20)。

表 1 复发后不同治疗方法的生存期比较[生存数;生存率(%)]

治疗方法	n	1 年	3 年	5 年
手术+化疗(A)	28	24(85.7)	15(53.6)	13(46.4)
单纯静脉化疗(B)	18	15(83.3)	6(33.3)	2(11.1)
口服化疗药(C)	4	2(2/4)	0(0.0)	0(0.0)
合计	50	41(82.0)	21(42.0)	15(30.0)
Hc	—	3.00	4.89	8.20
P	—	>0.05	>0.05	<0.05

2.3 并发症 二次减瘤术中出血>1 000 ml 2 例,500~1 000 ml 10 例。术中肠损伤行肠修补者 12 例,行部分肠切除者 4 例。行部分膀胱切除 2 例,输尿管损伤 1 例。术后不完全性肠梗阻 2 例,经保守治疗后缓解。无因手术死亡病例。化疗毒副作用主要为消化道反应,骨髓抑制,肝脏肾脏损害,大多经治疗后恢复。无因化疗毒性死亡病例。

3 讨论

3.1 复发性卵巢癌治疗方法的选择 目前对于复发性卵巢癌的治疗原则主要是姑息性治疗^[2],大多认为治愈的可能性很小,但通过选择合理治疗方案,可延长患者生存时间,改善生活质量。选择合理治疗方案的关键就是在制定治疗方案前对患者进行全面仔细的评估。详细了解首次治疗情况,包括首次减瘤术后肿瘤残留情况、病理类型、术后治疗方案、途径、疗效及副反应、复发间隔时间。通过妇检、血 CA125 检测及 B 超、CT、MRI 检查,以了解复发病灶的部位、大小及与周围脏器的关系。目前较为准确的为正电子发射体层摄影(PET)检查^[3],但费用昂贵。本研究入选病例治疗前均经过全面评估,并且根据患者的一般状况,选择 3 种不同的治疗模式,均未严重并发症发生,部分患者得到了长期缓解。

3.2 二次肿瘤细胞减灭术的价值 复发性卵巢癌再次减瘤术的价值,尚存有争议^[4]。争议的焦点是手术指征的选择。大多学者认为应严格二次减瘤术的指征^[5]:(1)肿瘤复发间隔时间>1 年;(2)首次治疗时化疗效果很好;(3)复发病灶有切除可能;(4)很好的生活状态评分;(5)患者年龄较轻,能耐受手术^[5]。二次减瘤术在延长患者生存期的价值,目前认为与首次减瘤术一样,如能达到满意减瘤(残留癌灶<1 cm)者,可提高生存率^[6]。所以对患者进行全面评估,严格二次减瘤术指征,提高减瘤满意率,是提高二次减瘤术价值的关键。本组有 28 例经过评估后进行了二次减瘤术,其中 20 例(71.4%)得到满意减瘤,3 年、5 年生存率分别为 65%、55%。无严重手术并发症,达到了预期效果。

3.3 二线化疗方案的选择 影响复发性卵巢癌生存率的另一重要因素为化疗的敏感性。二线化疗方案的选择,主要根据首次治疗对铂剂敏感性及其复发间隔时间。首次治疗属铂剂敏感者,且复发间隔时间>12 个月者,可再次选用铂剂药物^[7]。对铂剂耐药者可选用非铂剂药物。本研究化疗方案的选择主要考虑到首次治疗主要为 CP 或 CAP 方案,以往紫杉醇作为卵巢癌治疗的二线药物,目前由于药费的下降,基本已作为一线药应用。紫杉醇与铂剂无交叉耐药,所以本组二线化疗主要为紫杉醇加卡铂方案,取得了较好疗效。本组有 4 例由于一般情况差,不能耐受手术及大剂量静脉化疗而选择口服化疗,并给予适当支持治疗,其中有 3 例生存超过 1 年。口服化疗药物副作用小,使用方便,费用低,我们认为可作为晚期复发性卵巢癌姑息治疗的可选择方法。

[参 考 文 献]

- [1] Alberts DS, Hannigan EV, Liu PY, et al. Randomized trial of adjuvant intraperitoneal alpha-interferon in stage III ovarian cancer patients who have no evidence of disease after primary surgery and chemotherapy: an intergroup study [J]. *Gynecol Oncol*, 2006, 100(1):133-138.
- [2] 陈沂,吴绪峰,陈惠祯.复发性卵巢癌的研究进展[J]. *国外医学·肿瘤学分册*, 2004, 31(12):946-949.
- [3] 丁西来,沈铿,郎景和,等.正电子发射体层显像在诊断复发性卵巢恶性肿瘤中的价值[J]. *中华妇产科杂志*, 2003, 38(11):667-669.
- [4] 付晨曦,沈铿,吴鸣,等.复发性卵巢上皮性癌再次手术的临床评价[J]. *中华妇产科杂志*, 2003, 38(11):661-663.
- [5] Chi DS, McCaughy K, Diaz JP, et al. Guidelines and selection criteria for secondary cytoreductive surgery in patients with recurrent, platinum-sensitive epithelial ovarian carcinoma [J]. *Cancer*, 2006, 106(9):1933-1939.
- [6] Onda T, Yoshikawa H, Yasugi T, et al. Secondary cytoreductive surgery for recurrent epithelial ovarian carcinoma: proposal for patients selection [J]. *Br J Cancer*, 2005, 92(6):1026-1032.
- [7] 高永良.复发性卵巢癌的诊疗新策略[J]. *国外医学·妇产科学分册*, 2004, 31(4):203-204.