

[文章编号] 1000-2200(2011)06-0568-03

· 临床医学 ·

不同手术方法治疗原发性外阴癌 51 例及预后影响因素分析

王文艳 李胜泽 李 群 孙 蕊 李玉芝 李燕华 马 玲

[摘要]目的:观察原发性外阴癌的手术治疗效果,并探讨影响其预后的相关因素。方法:51 例经手术治疗的外阴癌患者行外阴广泛局部切除术 7 例,传统外阴广泛切除+腹股沟淋巴结切除 28 例,改良外阴广泛切除+腹股沟淋巴结切除 16 例。对不同的手术方式和有关预后因素进行比较。结果:根据 2009 年 FIGO 分期,手术患者中 I 期 31 例,II 期 5 例,III 期 12 例,IV 期 3 例;患者 5 年总体生存率为 80.4%。行外阴广泛局部切除术的 7 例患者均达 5 年生存,行传统外阴广泛切除+腹股沟淋巴结切除的 28 例患者与改良外阴广泛切除+腹股沟淋巴结切除的 16 例患者 5 年生存率分别为 78.6% 和 75.0%,差异无统计学意义($P > 0.05$)。腹股沟淋巴结阳性患者术后辅助放疗或化疗的患者 5 年生存率差异无统计学意义($P > 0.05$)。结论:手术是外阴癌治疗的主要方法。早期发现、早期诊断和早期治疗是提高患者 5 年生存率的重要因素。外阴癌的治疗需要遵循个体化的综合性治疗原则。

[关键词] 外阴肿瘤; 外科手术; 效果; 生存率

[中国图书资料分类法分类号] R 737.35

[文献标识码] A

The efficacy of different kind of operations for the treatment of primary vulvar cancer and the relative prognostic factors

WANG Wen-yan, LI Sheng-ze, LI Qun, SUN Rui, LI Yu-zhi, LI Yan-hua, MA Ling

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

[Abstract] Objective: To explore the efficacy of surgical therapy for primary vulvar cancer and the relative factors influencing the prognosis. **Methods:** Of the 51 patients having received operation for vulvar cancer, 7 accepted radical local excision, 28 traditional radical vulvectomy plus inguinofemoral lymphadenectomy and 16 modified radical vulvectomy plus inguinofemoral lymphadenectomy. SPSS software was used to analyze the effects of different surgical procedures and the prognostic factors. **Results:** According to the International Federation of Gynecology and Obstetrics 2009, 31 patients were classified as stage I, 5 as stage II, 12 as stage III and 3 as stage IV. The overall 5-year survival rate was 80.4%. All the 7 patients accepted radical local excision surgery survived more than 5 years; the 5-year survival rates of the traditional radical vulvectomy group and the modified radical vulvectomy group were 78.6% and 75.0% respectively. The difference was not significant ($P > 0.05$). The patients with positive inguinofemoral lymph nodes who had received chemoradiation therapy or radiation therapy demonstrated no great difference in 5-year survival rate ($P > 0.05$). **Conclusions:** Surgery is the most definite means for vulvar cancer. Early diagnosis and treatment are essential to improve the 5-year survival rate of the patients with vulvar cancer. Comprehensive and individualized therapy should be adopted for treatment of vulvar cancer.

[Key words] vulvar neoplasms; surgical procedures; efficacy; livability

外阴癌是一种少见的妇科恶性肿瘤,主要发生于绝经后妇女,发生率占女性所有生殖道原发性恶性肿瘤的 3%~5%^[1]。手术治疗是外阴癌的主要治疗方法。1996~2004 年,我院共收治外阴癌手术患者 51 例,均经病理确诊,现对其临床治疗进行回顾性分析。

1 资料与方法

1.1 一般资料 51 例外阴癌患者年龄 34~79 岁。

44 例有外阴瘙痒症状。48 例出现外阴肿块,其中肿块呈结节状 26 例,菜花样 18 例,溃疡型 4 例。病灶位于大阴唇 28 例,小阴唇 12 例,阴蒂 7 例,会阴后联合 4 例。其中 1 例侵犯尿道外口,2 例侵犯阴道下段。39 例患者同时存在外阴白色病变。51 例病理诊断均为外阴鳞状细胞浸润癌,其中高分化 29 例,中分化 15 例,低分化 7 例。

1.2 诊断方法 外阴组织活检病理检查是诊断外阴癌的可靠方法。本组 51 例术前均进行了外阴组织活检,术前活检与术后病理检查结果的一致率达 98.4% (50/51); 另 1 例多年多次活检为硬化苔藓,术后病理诊断为外阴鳞状细胞癌。

1.3 治疗方法 51 例患者中外阴活检为鳞状细胞

[收稿日期] 2010-12-20

[作者单位] 蚌埠医学院第一附属医院 妇瘤科,安徽 蚌埠 233004

[作者简介] 王文艳(1978-),女,博士,主治医师。

[通讯作者] 李胜泽,硕士研究生导师,主任医师,副教授。

癌,间质浸润 ≤ 1 mm 且病灶直径 ≤ 2 cm 的 7 例患者行外阴广泛局部切除术。外阴活检为鳞状细胞癌,间质浸润 > 1 mm 病灶直径 > 2 cm 的 44 例患者行外阴根治性切除 + 腹股沟淋巴结清扫术,其中传统外阴根治性切除 + 腹股沟淋巴结切除术 28 例(包括 1 例行阴道前壁黏膜切除术,1 例行部分尿道切除及尿道成形术),改良外阴根治性切除 + 腹股沟淋巴结切除术 16 例。术后腹股沟淋巴结阳性共 13 例,补充放疗 4 例,放疗加化疗 7 例,因经济原因未进一步治疗 2 例。

1.4 统计学方法 采用 *t* 检验和秩和检验。

2 结果

51 例患者均随访 5 年以上,其中 2 例失访以死亡计,总 5 年生存率为 80.4%。

2.1 不同临床分期的生存率比较 按国际妇产科联盟(FIGO) 2009 年标准进行分期,结果显示:不同临床分期,5 年生存率差异有统计学意义($P < 0.05$) (见表 1)。

表 1 不同临床分期的外阴癌患者术后 5 年生存率比较(*n*)

临床分期	<i>n</i>	5 年生存	5 年生存率(%)	<i>Hc</i>	<i>P</i>
I	31	29	93.5		
II	5	4	4/5		
III	12	7	58.3	11.10	< 0.05
IV	3	1	1/3		
合计	51	41	80.4		

2.2 不同手术方式的生存率比较 行外阴广泛局部切除术的 7 例患者均生存 5 年,行传统和改良 2 种外阴根治性切除术的患者,5 年生存率分别为 78.6% 和 75.0%,3 种手术方式 5 年生存率差异无统计学意义($P > 0.05$) (见表 2)。

表 2 不同手术方式患者的 5 年生存率比较(*n*)

手术方式	<i>n</i>	5 年生存	5 年生存率(%)	<i>Hc</i>	<i>P</i>
外阴广泛局部切除术	7	7	7/7		
传统外阴根治性切除 + 腹股沟淋巴结切除术	28	22	78.6	2.02	> 0.05
改良外阴根治性切除 + 腹股沟淋巴结切除术	16	12	75.0		
合计	51	41	80.4		

2.3 不同病理分级生存率比较 低分化鳞状细胞癌 5 年生存率明显低于中、高分化鳞状细胞癌($P < 0.01$) (见表 3)。

2.4 术后腹股沟淋巴结转移患者不同治疗方法的

生存率比较 不同治疗方法的患者 5 年生存率差异无统计学意义($P > 0.05$) (见表 4)。

表 3 不同病理分级患者的 5 年生存率比较(*n*)

病理分级	<i>n</i>	5 年生存	5 年生存率(%)	<i>Hc</i>	<i>P</i>
高分化鳞状细胞癌	29	27	93.1		
中分化鳞状细胞癌	15	11	73.3	9.51	< 0.01
低分化鳞状细胞癌	7	3	3/7		
合计	51	41	80.4		

表 4 术后腹股沟淋巴结转移患者不同治疗方法患者 5 年生存率比较(*n*)

治疗方法	<i>n</i>	5 年生存	5 年生存率(%)	<i>Hc</i>	<i>P</i>
未补充进一步治疗	2	0	0/2		
补充放疗	4	2	2/4	1.92	> 0.05
补充放疗和化疗	7	4	4/7		
合计	13	6	46.2		

2.5 并发症 本组 51 例手术患者中无一例严重并发症。出现阴道狭窄 18 例,小阴唇粘连 3 例,尿道狭窄 1 例,切口延迟愈合 19 例,切口裂开 7 例。其中传统外阴根治性切除 + 腹股沟淋巴结清扫组患者术后切口延迟愈合 16 例(57.1%),愈合时间为(28.7 ± 7.8)天;改良外阴根治性切除 + 腹股沟淋巴结清扫组患者术后切口延迟愈合 5 例(31.3%),术后切口愈合时间为(20.3 ± 7.4)天,两者愈合时间差异均有统计学意义($t = 2.12, P < 0.05$)。术后行放射治疗的 11 例患者中放射线直肠炎的发生率为 18.2%(2/11),放射性膀胱炎的发生率为 27.3%(3/11)。

3 讨论

手术治疗在外阴癌的治疗中占有重要地位。Taussig(1940) 和 Way(1948) 提出的外阴根治性切除 + 腹股沟淋巴结切除术一直是外阴癌手术治疗的标准术式,其 5 年存活率可达到 70%。但是,由于该术式皮损大,缝合张力高;切口易感染,易并发性功能下降、下肢水肿、大小便失禁等,严重影响患者术后的生活质量。因此,越来越多的学者^[2] 根据患者的年龄、身体状况、临床分期、患病部位、淋巴结转移等具体情况对外阴癌的手术方式进行了改良,进行个体化的手术治疗,在不降低存活率的同时缩小手术范围。本研究中外阴癌术后 5 年生存率为

80.4% 与文献^[3]报道 78.0% 的 5 年生存率相近。

3.1 手术切口的变化 传统的外阴癌手术一直采用蝶形单切口完成外阴根治性切除 + 双侧腹股沟淋巴结切除,但由于切口范围大,常常愈合困难。近年来,许多学者采用外阴、双侧腹股沟独立切口的 3 切口方式代替传统蝶形切口,保留切口之间的皮肤桥,不切除腹股沟淋巴结区域的皮肤组织,减少皮下脂肪的潜行切除,可以减低局部张力、改善局部血运,进而减少术后切口裂开的概率,促进一期愈合。林仲秋等^[4]对采用腹股沟独立切口的外阴癌患者进行研究,其中 56% 患者的手术切口一期愈合,仅有 14% 的患者发生术后腹股沟切口崩裂。我院自 2000 年开始改变手术切口后,结果表明,同样是外阴广泛切除 + 双侧腹股沟淋巴结切除术,改良术式术后外阴愈合时间比传统术式明显缩短,术后腹股沟切口愈合时间 2 组差异有统计学意义 ($P < 0.01$)。但术后 2 种术式 5 年生存率差异无统计学意义。

3.2 FIGO 分期的变化和淋巴结切除术的改变 由于腹股沟阳性淋巴结的数量和形态学对预后的影响^[5] 2009 年 FIGO 委员会妇科肿瘤组对外阴癌 FIGO 分期进行了修订^[6]。在新分期中将原来的 II 期并入 I b 期: 将没有邻近器官侵犯和无淋巴结转移病例,不管病灶大小,都分为 I 期; 侵犯邻近器官无淋巴结转移者分为 II 期; 有淋巴结转移者分为 III 期,有淋巴结转移者结合受累淋巴结的数量和大小以及有无囊外扩散进行细分期。强调了腹股沟淋巴结的状态是影响预后的主要因素。本研究中腹股沟淋巴结阳性患者的 5 年生存率低于腹股沟淋巴结阴性患者,与文献^[5]报道类似。

文献^[7]报道,腹股沟淋巴结特别是 Clague's 淋巴结阴性者很少出现盆腔淋巴结转移,因此,目前已不常规行盆腔淋巴结切除。对 Clague's 淋巴结阳性者补充盆腔放疗可以提高存活率。本研究中行外阴癌根治性切除及双侧腹股沟淋巴结切除的 44 例患者中,13 例出现腹股沟淋巴结转移,术后补充放疗及化疗的患者 5 年生存率均提高,2 例未行放疗的患者 5 年内均病死。腹股沟淋巴结阳性患者术后补充放射治疗是提高术后 5 年生存率的有效方法^[8]。

腹股沟淋巴结的处理是外阴癌治疗中的重要环节。研究^[4]显示,原发病灶直径 ≤ 2 cm、浸润深度 \leq

1 mm 的微小浸润癌,其腹股沟淋巴结转移率 $\leq 1\%$,因此对这组患者没有必要行腹股沟淋巴结切除术,可仅行外阴病灶的局部广泛切除。根据 FIGO 分期,我院对外阴活检病理报告原发病灶直径 ≤ 2 cm、浸润深度 ≤ 1 mm 的 7 例微小浸润癌进行了外阴广泛局部切除术,术后均达 5 年生存,与文献^[4]报道类似。

3.3 影响预后的因素 本研究显示影响预后的因素包括: (1) 临床分期。期别越早,预后越好。(2) 病理分级。低分化鳞状细胞癌较高、中分化鳞状细胞癌预后差。(3) 淋巴结转移。腹股沟淋巴结转移术后辅助放疗或化疗,患者预后较单纯手术者好。

目前,外阴癌的手术治疗趋势是个体化和综合治疗。在不降低生存率的前提下,对早期患者根据癌灶的大小、位置、与邻近器官的关系、浸润深度、癌组织的病理分化程度、有无淋巴管及脉管受累、腹股沟淋巴结有无转移、有无并发症及合并症来考虑手术方案: 缩小手术范围,最大限度地保留外阴的生理结构; 对晚期患者重视手术与放疗的结合,减少手术创伤,提高患者生存质量。

[参 考 文 献]

- [1] Bodelon C, Madeleine MM, Voigt LF, et al. Is the incidence of invasive vulvar cancer increasing in the United States [J]. *Cancer Causes Control* 2009, 20(9): 1779 - 1782.
- [2] Weikel W, Schmidt M, Steiner E, et al. Surgical therapy of recurrent vulvar cancer [J]. *Am J Obstet Gynecol* 2006, 195(5): 293 - 302.
- [3] Stroup AM, Harlan LC, Trimble EL. Demographic, clinical, and treatment trends among women diagnosed with vulvar cancer in the United States [J]. *Gynecol Oncol* 2008, 108(3): 577 - 583.
- [4] 林仲秋, 吴珠娜. 外阴癌的诊治进展 [J]. *中国实用妇科与产科杂志* 2009, 25(12): 944 - 948.
- [5] Hacker NF. Revised FIGO staging for carcinoma of the vulva [J]. *Int J Gynaecol Obstet* 2009, 105(2): 105 - 106.
- [6] Pecorelli S. Revised FIGO staging for carcinoma of the vulva, cervix, and endometrium [J]. *Int J Gynaecol Obstet*, 2009, 105(2): 103 - 104.
- [7] Cavanagh D. Vulvar cancer: continuing evolution in management [J]. *Gynecol Oncol* 1997, 66(3): 362 - 367.
- [8] Witteveen PO, van der Velden J, Vergote I, et al. Phase II study on paclitaxel in patients with recurrent, metastatic or locally advanced vulvar cancer not amenable to surgery or radiotherapy: a study of the EORTC-GCG (European Organisation for Research and Treatment of Cancer-Gynaecological Cancer Group) [J]. *Ann Oncol* 2009, 20(9): 1511 - 1516.

(本文编辑 刘璐)