

18例复发性卵巢交界性肿瘤患者再次行保留生育功能手术及其预后的临床分析

汤琳 林啸笑 钟惠珍

卵巢上皮性交界性肿瘤(borderline ovarian tumors, BOT)是一种低度恶性潜能、性质介于良恶性之间的肿瘤,好发于生育年龄,更倾向于育龄期妇女^[1,2]。保留生育功能手术是目前对于年轻或有生育要求的BOT患者的推荐手术方式。现研究普遍认为,保留生育功能手术后疾病复发率高于根治性手术,但总生存时间无显著差异^[3]。随着晚婚、晚孕女性增多及二胎生育政策的放开,初次行保守手术后的复发性BOT患者在注重二次术后生存时间、再次复发等问题的同时,亦关注二胎生育情况。

目前国内外对于保留生育功能手术后复发的BOT患者再次行保留生育功能手术及其术后肿瘤复发、生育情况的相关报道较少。因此,本研究回顾性分析了18例复发性BOT患者再次行保留生育功能手术的手术情况及术后肿瘤复发及月经、生育情况。现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择2007年1月至2019年12月宁波市妇女儿童医院共收治BOT患者326例,其中121例行保留生育功能手术。33例患者术后随访发现盆腔包块,23例经再次手术病理证实复发,复发率19.01%(23/121),复发时间2~109个月,中位复发时间47.09个月。患者年龄23~39岁,中位年龄27.00岁。5例复发患者二次手术行根治性手术,18例复发患者再次行保留生育功能手术。

1.2 方法 回顾性分析18例复发性BOT再次行保留生育功能手术的患者初次手术情况、二次手术情况及二次手术术后肿瘤复发及月经、生育情况。

2 结果

DOI: 10.13558/j.cnki.issn1672-3686.2021.002.023

作者单位:315012 浙江宁波,宁波市妇女儿童医院妇产科

2.1 初次手术情况 18例复发性BOT再次行保留生育功能手术的患者中,初次CA125情况:阳性6例,阴性9例,3例未做;初次手术情况:9例患者行单侧卵巢囊肿剥除,4例行单侧附件切除,3例行双侧卵巢囊肿剥除,2例行单侧附件切除+对侧卵巢囊肿剥除。初次手术病理证实为浆液性肿瘤11例(2例微乳头型,其中1例合并微浸润),黏液性肿瘤5例,浆液性黏液性肿瘤2例。初次临床分期均为I期(其中IA期16例、IC期2例)。肿瘤直径大于10 cm的4例,术中肿瘤破裂2例。

2.2 二次手术情况 18例复发性BOT再次行保留生育功能手术的患者中,10例患者因术后随访发现盆腔包块要求手术而就诊,3例因不孕症就诊,2例因下腹不适就诊发现,1例因阴道出血就诊,2例因月经异常就诊。二次手术术前CA125阳性4例,阴性13例,1例未做。7例行单侧卵巢囊肿剥除,7例行单侧附件切除,3例行双侧卵巢囊肿剥除,1例行单侧附件切除+对侧卵巢囊肿剥除。临床分期I期15例(IA期12例、IC期3例),II期2例(II B期、II C期各1例),III期1例(III A期),其中4例分期有进展。肿瘤直径大于10 cm的2例,肿瘤破裂4例。

2.3 二次手术后情况 2例患者术后行辅助性化疗。I类切口17例、II类切口1例(行阑尾切除手术),均II/甲愈合。中位住院日6.57 d,中位抗生素使用时间3.74 d。

2.4 随访 二次手术术后随访截止时间为2020年6月30日,随访方式通过门诊复诊、宁波市妇幼保健系统及电访。随访内容包括术后1年内每3个月进行一次盆腔超声检查(必要时行CT或MRI扫描)、CA125测量,第2年后每6个月进行一次,第5年后每年随访一次。随访时间6~97个月,中位数31.00个月。

2.4.1 二次术后月经情况 二次术后月经不规则者7例,表现为月经量少1例,月经量多1例,月经周期紊乱5例,月经规律者11例。

2.4.2 二次手术后生育情况 二次术后有生育要求者11例。妊娠7例,妊娠次数10次(9次自然妊娠,1次行辅助生殖),流产5次。最终4名患者分别于二次手术术后2个月、7个月、16个月、35个月成功妊娠,妊娠及分娩经过顺利,无妊娠相关合并症。新生儿Apgar评分10分,无合并症。

2.4.3 二次手术后肿瘤复发情况 二次术后随访期间,5例盆腔辅助检查提示复发,其中3例予定期随访,占位持续存在但无明显增大,CA125均阴性。另2例第三次手术行根治性手术。术后病理均证实BOT。随访至今,18例复发性BOT患者均未发生与肿瘤相关的死亡。

3 讨论

文献报道BOT复发后病理类型仍多为交界性,仅局限于卵巢组织,极少发生于盆腔其他部位,这些局限的复发病灶可进行二次手术切除并实现临床治愈^[4]。这使得复发性BOT患者再次行保留生育功能手术成为可能。目前文献报道影响BOT预后及复发的高危因素包括微乳头病变、微浸润、腹膜种植等^[5]。本研究中,23例复发性BOT患者复发后病理仍为BOT,均有卵巢累及,2例初次病理示微乳头型,其中1例合并微浸润。

BOT患者行保留生育功能术后的妊娠率报道不一,多数文献报道术后成功妊娠率均在60%左右^[6],且绝大部分患者为自然妊娠,仅少数患者需借助辅助生殖技术受孕。目前文献多认为妊娠并发症的发生率与同期正常女性相比无显著差异。目前,对于复发性BOT再次行保留生育功能手术后的生育问题报道较少。本研究发现二次术后仍有较高的妊娠率,而流产次数较多是因为父母思想复杂,极力克制怀孕的愿望并且担心怀孕后肿瘤复发而选择人工流产。本研究认为,对于复发性BOT患者再次行保留生育功能手术是可行的,术后也有较满意的妊娠率。但由于研究所纳入的样本量少,需要更大样本量甚至多中心的前瞻性研究进一步证实。

本研究中,18例患者再次行保守手术,随访至今,均无肿瘤相关性死亡。可见,复发性BOT患者再次行保留生育功能手术是可行的。对于手术方式上,目前部分学者认为,行囊肿剥除术的肿瘤复发率较附件切除术高^[7],尽管其并不影响患者总体

生存率^[8],但术后复发以及复发后再行手术对大部分患者而言仍难以接受。因此建议首选单侧附件切除。但亦有研究发现,肿瘤复发率在手术类型上没有显著差异^[9,10]。目前国内外缺乏复发性BOT患者再次行保守手术后肿瘤复发及生存率的研究。由于本研究例数少,尚不能评判何种保留生育功能手术方式对复发性患者更有利,需进一步研究。

对于完成生育后或者超过40岁患者是否需行常规根治性手术仍有争议。美国国立综合癌症网络指南认为完成生育后应考虑完成全面分期手术,为2B类证据。但也有研究表明,首次行保守性手术的与复发后再次行保守性手术的BOT患者术后复发率无显著差异^[11],故认为行保守性手术的BOT患者完成生育后多不需立即行根治性手术,可严密随访观察,复发后再行手术治疗亦可,但如果二次术中发现复发病例临床分期提高,且因仍存在卵巢肿瘤再次复发的风险,一些女性心理负担重,拒绝接受等待复发的心理压力,也可完成生育后进行根治性手术。

综上所述,对于年轻,有生育要求的BOT患者行保留生育功能手术是安全可行的,且复发后仍可再次行保留生育功能手术,术后仍有较满意的妊娠率。在临床工作中,对于复发性BOT患者,需充分评估患者的生育力及手术安全性、适应证,充分与患者及家属沟通利弊,制定个体化治疗方案,术后密切随访。

参考文献

- 1 Ren J, Peng Z, Yang KA, et al. Clinicopathologic multivariate analysis affecting recurrence of borderline ovarian tumors[J]. *Gynecol Oncol*, 2008, 110(2): 162-167.
- 2 Song T, Lee YY, Choi CH, et al. Histologic distribution of borderline ovarian tumors worldwide: A systematic review [J]. *J Gynecol Oncol*, 2013, 24(1): 44-51.
- 3 Shim SH, Kim SN, Jung PS, et al. Impact of surgical staging on prognosis in patients with borderline ovarian tumours: A meta-analysis[J]. *Eur J Cancer*, 2016, 54(1): 84-95.
- 4 Chen RF, Li J, Zhu TT, et al. Fertility-sparing surgery for young patients with borderline ovarian tumors (BOTs): single institution experience[J]. *J Ovarian Res*, 2016(9): 16.
- 5 Renaud EJ, Somme S, Islam S, et al. Ovarian masses in the child and adolescent: An American pediatric surgical association outcomes and evidence-based practice

- committee systematic review[J].Pediatr Surg,2019,54(3):369-377.
- 6 李艺,崔恒.卵巢交界性肿瘤术后生育时机妊娠率及分娩后处理[J].中国实用妇科与产科杂志,2015,31(11):999-1001.
 - 7 Qian XQ,Hua XP,Wu JH,et al.Clinical predictors of recurrence and prognostic value of lymph node involvement in the serous borderline ovarian tumor[J].Gynecol Cancer,2018,28(2):279-284.
 - 8 Jia SZ,Zhang JJ,Liang ZY,et al.Safety and fertility outcomes after the conservative treatment of endometrioid borderline ovarian tumours[J].BMC Cancer,2018,18(1):1160.
 - 9 Vancraeynest E, Moerman P, Leunen K, et al. Fertility preservation is safe for serous borderline ovarian tumors. oncologist [J].Gynecol Cancer,2016,26(8):1399-1406.
 - 10 Sun H, Chen X, Zhu T, et al. Age-dependent difference in impact of fertility preserving surgery on disease-specific survival in women with stage I borderline ovarian tumors[J].J Ovarian Res,2018,11:54-63.
 - 11 Lou T, Yuan F, Feng Y, et al. The safety of fertility and ipsilateral ovary procedures for borderline ovarian tumors [J].Oncotarget,2017,8(70):115718-115729.
- (收稿日期 2020-09-03)
(本文编辑 蔡华波)

(上接第164页)

跌倒、被车撞倒等骨折诱因,又要积极防治骨质疏松,只有这两者兼顾,才能有效降低骨折发生率。

综上所述,老年人(特别是老年女性)容易发生腰椎、髌部、腕部等处骨折,而注意预防跌倒和被车撞倒等骨折诱因、积极防治骨质疏松是减少老年人骨折发生的重要途径。本次研究结果对减少老年人骨折的发生具有一定的指导意义,但本研究只是一个横断面研究,老年男性和女性新发骨折的危险因素有哪些,还有待长期纵向观察研究。

参考文献

- 1 中华医学会骨质疏松和骨矿盐疾病分会.原发性骨质疏松症诊疗指南(2017年)[S].中华骨质疏松和骨矿盐疾病杂志,2017,10(5):413-436.
 - 2 Aarden JJ, van der Esch M, Engelbert RHH, et al. Hip fractures in older patients: trajectories of disability after surgery[J].J Nutr Health Aging,2017,21(7):837-842.
 - 3 蒋飞燕,边平达,王雅君,等.老年男性2型糖尿病患者骨转换指标、骨密度和未来十年骨质疏松性骨折风险的研究[J].全科医学临床与教育,2020,18(8):737-739.
 - 4 俞云峰,龚震文,王善明.骨质疏松性骨折相关危险因素的临床研究[J].全科医学临床与教育,2019,17(7):637-638.
 - 5 蔡程芳,涂细红,陈和珍,等.温州地区绝经后老年女性骨质疏松的患病率及其危险因素分析[J].全科医学临床与教育,2018,16(4):388-391.
 - 6 边平达,陈锦平.80岁以上高龄老年骨质疏松症患者的规范诊治和注意事项[J].中国骨质疏松杂志,2015,21(6):757-760.
 - 7 边平达,应奇峰,李秀央,等.老年人跌倒相关性骨折的常见诱因[J].中华骨质疏松和骨矿盐疾病杂志,2014,7(2):161-162.
 - 8 Schnell AD, Curtis JR, Saag KG. Importance of recent fracture as predictor of imminent fracture risk[J].Curr Osteoporos Rep,2018,16(6):738-745.
- (收稿日期 2020-09-20)
(本文编辑 蔡华波)