

卵巢肿瘤的腹腔镜诊断与手术治疗^①

谢洪哲 黄建昭

(中山医科大学第一附属医院妇产科, 广州, 510080)

摘要 目的: 评价腹腔镜技术对卵巢肿瘤诊治的价值, 探讨在腹腔镜下治疗卵巢肿瘤的病例选择及对交界性卵巢肿瘤、卵巢癌早期治疗的争议问题, 并提出对腹腔镜下手术的一些体会。 **方法:** 通过收集中山一院 1994 年 9 月至 1999 年 3 月临床拟诊为良性卵巢肿瘤行腹腔镜手术治疗的 124 例病例, 来分析腹腔镜技术对卵巢肿瘤诊治的价值。 **结果:** 拟诊的 124 例卵巢肿瘤中, 6 个为正常盆腔, 2 个子宫肌瘤, 1 例多囊卵巢。 115 例卵巢肿瘤的病人有 110 例行腹腔镜下手术。腹腔镜下手术的平均时间为 67.39 min, 术后平均住院时间 4.08 d。仅有 3 例出现术后并发症, 1 例腹膜后血肿, 1 例全身皮下气肿, 1 例伤口感染。 **结论:** 腹腔镜下诊断及治疗卵巢肿瘤有一定的临床价值, 而且与剖腹手术相比, 较为方便, 病人痛苦少; 合并较严重的盆腔粘连一般不选择腹腔镜下手术; 交界性卵巢肿瘤及卵巢癌的早期采用腹腔镜下治疗仍有争议。目前我们均选取无恶性可疑的卵巢肿瘤行镜下手术治疗。

关键词 腹腔镜检查; 卵巢肿瘤/诊断; 卵巢肿瘤/治疗

中图分类号 R 737.31

Laparoscopic Diagnosis and Surgery of Ovarian Mass

Xie Hongzhe Huang Jianzhao

(Department of Obstetric and Gynecology, First Affiliated Hospital, Sun Yat-sen University of Medical Sciences, Guangzhou, 510080)

Abstract Objective: To evaluate the value of laparoscopic diagnosis and surgery for ovarian mass, discuss the selection of cases for laparoscopic surgery, discuss the laparoscopic surgery of borderline ovarian tumor and early ovarian cancer. **Methods:** 124 patients who were suspected to have benign ovarian masses were evaluated by laparoscopy between September 1994 to March 1999. **Results:** 124 cases of suspected ovarian diagnosed by laparoscopy, there were 6 of normal pelvic, 2 of myoma, 1 of polycystic ovarian. Among 115 ovarian masses, 110 were treated surgically under laparoscopy. The average time of laparoscopic surgery was 67.39 minutes. The average time of hospitalization after laparoscopy was 4.08 days. Only 3 cases experienced complication. The complications were retroperitoneal hematoma, subcutaneous emphysema and wound infection. **Conclusions:** Laparoscopic diagnosis and surgery of ovarian masses are valuable in clinical practice. Compared to laparotomy, it is easier to carry out and less pain for patients. Generally, in cases complicated with extensive adhesion were not selected for laparoscopic operation. Laparoscopic surgery of borderline ovarian tumor and early ovarian cancer is still controversial. At present we select cases suspected of non-malignant masses for laparoscopic surgery.

Subject heading Laparoscopy; ovarian neoplasms/diagnosis; ovarian neoplasms/surgery

常见的良性卵巢肿瘤有浆液性囊腺瘤 (serous cystadenocarcinoma)、粘液性囊腺瘤 (mucinous cystadenoma)、良性畸胎瘤 (teratoma)、卵巢瘤样病变 (ovarian tumor like condition) 等。与剖腹手术相比, 腹

腔镜下对良性卵巢肿瘤进行手术治疗痛苦少, 术后恢复快, 切口小, 愈合好, 住院期短, 患者易于接受。本文通过收集中山一院妇产科于 1994 年 9 月至 1999 年 3 月临床拟诊为良性卵巢肿瘤的 124 例行

腹腔镜手术治疗的情况, 来分析腹腔镜技术对卵巢肿瘤诊治的价值。探讨其在腹腔镜下治疗病例的选择及有关交界性卵巢肿瘤、早期卵巢癌要采用腹腔镜治疗的争议性问题, 并提出在镜下手术的一些体会。

1 材料和方法

1.1 临床资料

收集中山一院于 1994 年 9 月至 1999 年 3 月期间临床拟诊为良性卵巢肿瘤的病人 124 例行腹腔镜手术治疗的情况, 其中, 21 例为双侧, 103 例为单侧的卵巢肿瘤。患者年龄为 18~58 岁。121 例术前 B 超及妇检均示有卵巢肿瘤, 13 例 B 超示卵巢肿瘤而妇检为可疑, 卵巢肿瘤大小直径 5~8 cm。

1.2 方法

1.2.1 镜检方法 仔细窥视盆腹腔, 如有明显腹水尤其其血性应怀疑恶性肿瘤的可能, 并抽其腹水行细胞学检查。观察盆腔包块大小、形态, 同时仔细窥视子宫、膀胱腹膜反折、输卵管、卵巢、子宫直肠窝等。必要时送病理冰冻切片检查, 诊断明确后根据具体情况决定是否镜下手术, 一般经腹腔镜检排除恶性可能后才考虑于镜下手术。

1.2.2 手术方法 常见的囊肿手术有以下几种:
①卵巢囊肿穿刺术。适用于功能性卵巢, 如卵泡囊肿、黄体囊肿、黄素囊肿, 穿刺释放囊液, 促使卵巢功能改善。
②卵巢囊肿剥出术。适用于需保留生育功能或较年轻的妇女。电凝卵巢囊肿表面, 切开包膜, 将囊肿完整剥出。较大的囊肿可先穿刺出囊液, 再将囊肿剥出。卵巢残端电凝止血, 内缝合卵巢残端, 使之修复成新的卵巢。对于畸胎瘤为避免囊肿破裂, 囊液溢出引起化学性腹膜炎, 需将切除之组织物放入袋子, 将袋子连同穿刺套管一起从切口取出, 盆腔用生理盐水充分灌洗。
③卵巢切除或输卵管卵巢切除术。适用于无需保留生育功能或绝经期前后的妇女。
④三套圈法。适用于无附件粘连。用大爪钳抓住所要切除的部位, 向腹部中央牵引, 将三个内套圈依次套过所要切除部分并收紧, 于远端套孔部剪断, 残端内凝止血并防止粘连。
⑤电凝法: 分次将组织电凝后剪断。

2 结果

卵巢肿瘤, 2 例为子宫肌瘤, 1 例为多囊卵巢, 6 例为正常盆腔。对 110 例病人分别行腹腔镜下卵巢囊肿穿刺术、卵巢肿瘤剥出术及附件切除术, 并将穿刺液及组织送病理检查。5 例病人合并严重盆腔粘连未行腹腔镜下手术。

在腹腔镜下手术的 110 例中, 卵巢囊肿剥出术有 98 例, 其中双侧 83 例, 单侧 15 例, 卵巢输卵管切除术 5 例, 卵巢囊肿穿刺术 7 例。手术时间从 15~290 min, 平均 67.39 min。

129 个卵巢肿瘤镜下诊断及术前诊断与病理符合情况的比较见表 1。镜下诊断较术前 B 超及妇检准确 ($P < 0.01$), 尤其对卵巢冠囊肿 (cyst parovarian)、巧克力囊肿 (cyst chocolate)、皮样囊肿 (dermoid cyst) 三者镜下诊断的敏感性及其特异性较高, 分别为 100% 和 98.68%, 94.87% 和 97.67%, 100% 和 96.88%。

表 1 129 个卵巢肿瘤的腹腔镜与病理诊断例数
Table 1 Laparoscopic diagnosis and pathologic diagnosis of 129 cases ovarian mass (n)

	Laparoscopic diagnosis	Pathologic diagnosis
Teratoma	24	22
Cystoma parovarian	30	29
Cyst chocolate	48	49
Cyst simple follicular	15	10
Hematoma luteium	6	6
Cyst corpus luteium	1	3
Cyst inclusion	0	2
Serous cystadenocarcinoma	1	2
Mucinous cystadenoma	3	4
Brenner tumor	0	1
Fibroma	1	0
Borderline serous cystadenocarcinoma	0	1
Total	129	129

124 例病人中出现并发症有 3 例。其中腹膜后血肿 1 例, 术中见腹主动脉分叉的腹膜处有 6 cm×5 cm 大小紫蓝色血肿外, 手术全过程中无变化, 未予特殊处理。全身皮下气肿 1 例, 术后予以吸氧、心电监护, 术后第 1 天即完全好转。伤口感染 1 例, 予扩创, 引流排脓后好转。

3 讨论

3.1 卵巢肿瘤镜下治疗的病例选择

一般认为恶性肿瘤的破裂将导致癌细胞种植性扩散^[2],并影响患者的预后与生存^[3]。Webb等^[2]认为恶性卵巢肿瘤的穿刺使癌细胞外溢播散会降低5年生存率。其次腹腔镜下手术有其技术上的局限性,对术者的操作技术要求较高。因此目前我们对发现或怀疑恶性肿块者不考虑镜下手术。在镜检过程中可先行腹腔液细胞学检查,后观察卵巢肿瘤及盆腔脏器,必要时行穿刺或活检协助诊断。若发现血性腹水、包块包膜不完整,表面有赘生物,穿刺液血性,活检开窗见内壁不光滑有乳头突起,以及病理细胞学提示疑恶性肿瘤时可能不考虑腹腔镜下手术。我们的病例腹腔镜下均未发现血性腹水,包块包膜完整,表面无赘生物,盆腔无转移灶。有2例包块质实,直径约6 cm,其中1例开窗活检送冰冻切片结果显示纤维瘤,则行完整剔出。另1例完整剔出后送冰冻切片显示良性 Brenner 氏瘤。但恶性肿瘤的隐匿性仍应受到关注。我们有1例为46岁的妇女,术前诊断为良性畸胎瘤,因无需保留生育功能而行左附件切除术,术后病理示“卵巢交界性浆液性囊腺瘤”。此例术后1个月行剖腹手术,全宫+右附件+大网膜切除+腹腔插管。术后标本未见癌,剖腹手术后行3个疗程化疗,后2次化疗前均未发现盆腔包块。一般认为对于这些因漏诊而行腹腔镜下手术的病例,术中能够保持肿瘤包膜完整及术后及时行剖腹根治术较为重要。

我们有5例病人因合并严重的盆腔粘连而未行腹腔镜下手术。如若合并较严重的盆腔粘连时,须先行粘连松解术,使手术时间延长;盆腔粘连亦会影响手术效果;另外,松解严重粘连时,易损伤周围脏器,难以止血。所以合并较严重的盆腔粘连一般不考虑镜下手术。

3.2 卵巢肿瘤镜下治疗的价值

腹腔镜手术与剖腹手术相比有相对的优点,Pittaway^[4]比较腹腔镜与剖腹附件切除术,其平均手术时间、住院时间、费用均前者小于后者且有统计学意义。本组病人切口小,术后第2天可拆线且愈合好,痛苦少,平均住院时间仅4.08 d,病人容易接受。

本组除1例交界性卵巢浆液性囊腺瘤外,其他均为良性卵巢肿瘤。虽然有人认为恶性肿瘤的破裂引起癌细胞种植性扩散而影响预后与生存,但亦有很多学者认为早期卵巢肿瘤的破裂不影响预后生存。Dembo^[5]报道I期卵巢癌复发的影响因素主要是病理级别。近年来,已有早期卵巢癌病例于腹腔镜下完成根治性手术,随着腹腔镜手术的发展,于腹腔镜下行较广泛的手术并非不可能。故作者认为腹腔镜下手术治疗卵巢肿瘤有其更为广阔的前景。

参 考 文 献

- 1 Michel C, Gerard M, Jean LP, *et al*. Laparoscopic diagnosis of adnexal cystic masses: A 12-year experience with long-term follow up. *Obstet Gynecol*, 1992, 80(3): 325
- 2 Hisu J, Given F, Kemp G. Tumor implantation after diagnostic laparoscopic biopsy of ovarian tumors of low malignant potential. *Obstet Gynecol*, 1986, 68(6): 905
- 3 Webb M J, Decker D G, Mussey E, *et al*. Factors influencing survival in stage I ovarian cancer. *Am J Obstet Gynecol*, 1973, 116(7): 222
- 4 Pittaway D E, Takacs P, Bauguess P. Laparoscopic adnexectomy: accomparision with laparotomy. *Am J Obstet Gynecol*, 1994, 171(12): 385
- 5 Dembo A J, Davy M, Sterwing A E, *et al*. Prognostic factors in patients with stage I epithelial ovarian cancer. *Obstet Gynecol*, 1990, 75(2): 263

(1999-06-21 收稿 1999-08-31 修回)