

卵巢交界性肿瘤的临床及病理分析

冯华英^① 沙孝珍¹ 曾韵洁²

(1 中山大学孙逸仙纪念医院妇产科; 2 本院病理科, 广州, 510120)

摘要 1982年1月~1993年12月我院共收治经病理学证实为卵巢交界性肿瘤25例。其组织学分类:浆液性交界性肿瘤8例,粘液性交界性肿瘤15例,混合型交界性肿瘤2例。临床I期19例,II、III期各3例。14例行全子宫及双附件切除,11例行单侧附件切除。17例术后辅以化疗。随访中,现存活23例,死亡2例(为II、III期患者)。提示:影响预后的因素主要为临床分期。对I期患者,年轻或要求保留生育功能者,宜行患侧附件切除,术后不予常规辅助化疗。II期以上患者应行根治手术,术后辅以化疗。

关键词 卵巢肿瘤/病理学; 卵巢肿瘤/治疗; 预后

中图分类号 R737.31

1929年Taylor首先描述了卵巢交界性肿瘤的特点^[1]。其组织特征为交界性,临床表现为低度恶性,预后比卵巢癌佳。1971年及1973年FIGO及WHO制定了该肿瘤的诊断标准^[1,2]。本文分析我院收治的25例卵巢交界性肿瘤的临床与病理资料,并探讨其临床分期、治疗与预后因素。

1 临床与病理资料

1.1 病例情况

我院1982年1月~1993年12月共收治卵巢交界性肿瘤25例,为同期卵巢上皮性肿瘤315例的7.9%。本组平均年龄为41±10.2岁(15~80岁),其中<50岁者18例,≥50岁者7例。主诉症状以腹部包块、腹胀为主,此外,3例月经不调,4例腹痛,5例无症状从体检发现。

1.2 病理资料与临床分期

本组诊断均经病理检查证实,其镜下特点为上皮增生,约2~3层,细胞核大小形态不一,染色深,偶见核分裂,间质未见浸润。本组浆液性交界性肿瘤8例,其中双侧有2例。大部分切面为囊性,少部分为实性。其中6例囊壁内乳头密集呈菜花状,2例囊壁内外均有乳头突起。粘液性交界性肿瘤15例,其中双侧有1例。全部切面多房性,有粘液。其中3例实性部分呈蜂窝状,12例呈乳头状。混合型交界性肿瘤2例,其单侧性1例(部分浆液性、部分粘液性),双侧

性1例(右侧浆液性、左侧粘液性)。

临床分期按1985年FIGO卵巢恶性肿瘤的分期法^[2]。本组I期19例中,浆液性5例、粘液性12例,混合型2例;II期3例中,浆液性1例,粘液性2例;III期3例中,浆液性2例,粘液性1例。

1.3 治疗方法

本组以手术为主,全子宫切除者中有7例加大网膜,阑尾切除;单侧附件切除者中有4例行对侧卵巢楔形切除。术后化疗用FAC方案(5-氟脲嘧啶+更生霉素+环磷酰胺)或PAC方案(顺铂+阿霉素+环磷酰胺)^[2],疗程1~12个不等,见附表。

附表 25例卵巢交界性肿瘤分期与治疗关系比较 (例数)

分期	手术治疗		药物治疗	
	全子宫+双附件切除	单附件切除	化疗	未化疗
I	9	10	12	7
II	2	1	2	1
III	3	0	3	0
合计	14	11	17	8

2 结果

2.1 随访情况

本组25例定期随访至1994年12月。现存活23

① 第一作者,1950年出生,女,主治医师

例,死亡 2 例,其 5 年及 10 年存活率各为 93.8% (15/16),83.3%(5/6)。

2.2 影响预后因素

2.2.1 年龄与预后 年龄<50 岁者存活率 94.4% (17/18),≥50 岁者为 85.7%(6/7),无统计学意义,印象年龄大小与预后无关。

2.2.2 临床分期、组织学分类与预后 临床 I 期存活率 100%(19/19),Ⅰ、Ⅱ期各 3 例分别存活 2 例,印象临床分期与存活率相关。浆液性交界性肿瘤 8 例存活 7 例,粘液性 15 例存活 14 例,混合型 2 例均存活,印象组织学分类与存活率无关。

2.2.3 手术范围与预后 本组单侧附件切除者存活率 100%(11/11),其中 1 例诊断时已妊娠 6 个月,术后能足月分娩;3 例术后 2~10 年分别妊娠足月分娩 1~3 胎。全子宫及双附件切除者存活率 85.7% (12/14)。因附件切除以 I 期病例为主,较难阐明手术范围与预后的关系。

2.2.4 化疗与预后 本组术后化疗者存活率 94.1%(16/17),其中Ⅰ、Ⅱ期各 2 例接受化疗 8~10 疗程后予 2 次探查阴性;1 例Ⅲc 期患者只化疗 3 疗程,因合并风湿性心脏病、肝硬化,停止化疗 27 个月肿瘤复发死亡。未化疗 8 例存活 7 例,1 例Ⅰa 期患者术后 6 年死亡。提示Ⅰ、Ⅱ期患者术后辅以化疗为宜,早期患者无需常规化疗。

3 讨论

3.1 卵巢交界性肿瘤的组织学类型及临床特点

卵巢交界性肿瘤有 6 种不同组织学类型:浆液性、粘液性、子宫内膜样、透明细胞、移行细胞、混合型交界性肿瘤。本组病例浆液性占 32%,粘液性占 60%,混合型占 8%。无子宫内膜样、透明细胞及移行细胞交界性肿瘤病例,与文献报告^[1-3]后 4 种类型极少一致。卵巢交界性肿瘤的发病年龄较卵巢上皮癌年轻^[2],本组平均为 41 岁,与国外 Barnhill 等^[3]及国内朱关珍等^[4]报道的相仿。本组临床 I 期为 76%,Ⅰ、Ⅱ期各为 12%,无Ⅳ期患者,本病临床诊断处理时早期居多,预后亦较好。

3.2 卵巢交界性肿瘤的治疗方式

多数学者^[1,2]主张应根据临床分期、年龄、对生育要求予决定手术范围。本组单侧附件切除者全部

存活,行根治术中死亡 2 例为Ⅰ、Ⅱ期患者。我们认为临床 I 期,肿瘤局限 1 侧卵巢的年轻或要求保留生育功能者,宜行患侧附件切除,但术中必须严格分期。Ⅱ期以上应行根治手术,术中应尽可能切除肉眼可见的全部瘤灶,减少复发机会。

卵巢交界性肿瘤细胞异型性及其生物学行为介于良、恶性肿瘤之间,其细胞分化程度及代谢活动几乎与良性肿瘤相似,推测其对化疗及放疗均不敏感^[5]。本组 I 期患者术后化疗及未化疗者均存活。Ⅰ、Ⅱ期死亡 2 例为未化疗或疗程不足。因此,我们认为对 I 期患者术后不一定常规辅以化疗,对Ⅱ期以上患者术后辅以化疗是有一定作用。

3.3 卵巢交界性肿瘤的长期随访

卵巢交界性肿瘤近期预后较好,多为晚期复发,据报道^[5]卵巢交界性肿瘤复发时间为初次手术后 5~226 个月不等,平均为 61 个月,故治疗后的随访应坚持 10 年以上。本组病例随访 1~12 年,1 例Ⅲc 期患者初次手术有残余小瘤灶,术后未能维持化疗,于术后 36 个月肿瘤复发合并心力衰竭死亡,如能再次手术切除肿瘤,可延长生命。为此,提出关键是首次手术治疗的彻底性和再次手术治疗的必要性,还应尽可能长期随访。

参 考 文 献

- 1 Nation JG, Krepert GV. Ovarian carcinoma of low malignant potential: staging and treatment. *Am J Obstet Gynecol*, 1986, 154: 290
- 2 连利娟主编. 林巧稚妇科肿瘤学. 第 2 版, 北京: 人民卫生出版社, 1994. 449
- 3 Barnhill D, Heller P, Brzozowski PH, et al. Epithelial ovarian carcinoma of low malignant potential. *Obstet Gynecol*, 1985, 65: 53
- 4 朱关珍, 杨卫红, 张惜阴, 等. 卵巢浆液性、粘液性囊腺癌及其交界性瘤的远期随访. *中华妇产科杂志*, 1988, 23: 35
- 5 李英勇综述. 卵巢交界性上皮性肿瘤的临床特点及治疗. *国外医学妇产科分册*, 1991, 18(5): 286

(1995-03-24 收稿 1995-06-28 修回)

(下转第 78 页)

8 Baranovsky A,Myers MH. Cancer incidence and survival in patients 65 of age and older. Ca-Cancer J for Clinicians,1986,36 : 22

9 Mandelblatt J, Richart R, Thomas L, Is human

papilloma virus associated with cervical neoplasia in the elderly? Gynecol Oncol,1992,42 : 6

10 康保娣. 老年高血压的特点和防治原则. 中国老年学杂志 . 1994,14(6) : 380

PROGNOSIS OF CERVICAL CARCINOMA IN YOUNG AND AGED WOMEN

Chen Gensheng Yu Shiyang Kuang Jianquan

(Department of Obstetrics and Gynecology,Sun Yat-Sen Memorial Hospital, Sun Yat-Sen University of Medical Sciences,Guangzhou,510120)

Between 1955~1982,295 patients with cervical carcinoma were treated with radiation and followed up more than 10 years. Among them,155 patients were below the age of 35 years at the time of diagnosis (young group),others were above the age of 60 years (aged group). The 3 year survival rate and the 5 year survival rate of the young group were significantly lower ($P<0.01$) than thoe of the aged group,whereas the 10 years survival rate was higher. The results point out that comprehensive therapy (radiation plus operation or radiation plus chemotherapy) should be emphesized for the young women to gain better prognosis. In aged patients,radical treatment should be taken together with the treatment of the complications of hypertension.

Subject headings cervix neoplasms/therapy; prognosis; adolescence; aged



(上接第 72 页)

CLINIC AND PATHOLOGIC ANALYSIS OF BORDERLINE TUMORS OF OVARY

Feng Huaying¹ Sha Xiaozhen¹ Zeng Yunjie²

(1 Department of Gynecology and Obstetrics Sun Yat-Sen Memorial Hospital,Sun Yat-Sen University of Medical Sciences; 2 Department of Pathology,Guangzhou,510120)

Twenty-five cases of borderline tumors of ovary were treated and proved in this hospital during Jan,1982 to Dec,1993. The histology were classified as 8 borderline serous,15 borderline mucinous,2 borderline mixed tumors. The FIGO stage were 19 cases of stage I ,3 cases of stage II and 3 cases of stage III. 14 cases were treated with total hysterectomy and bilateral oophorosalingectomy,11 cases with unilateral oophorosalingectomy,17 cases with postoperative chemotherapy. In the long-term of following up after operation,only 2 of 25 died (FIGO) II - III). The results suggests;the FIGO stage was the main prognostic factor. For the young,stage I ,or fertility-needing patients,unilateral oophorosalingectomy was good enough,postoperative chemotherapy was not needed. Patients with stage II or over should take eradivative operation and postoperative regular chemotherapy.

Subject headings ovarian neoplasms/pathology; ovarian neoplasms/therapy; prognosis