

预防宫颈癌的重要防线之宫颈锥切术那些事儿

曾 静

(叙永县江口镇卫生院妇产科, 四川 泸州 646411)

宫颈癌是临床上常见疾病之一,也是目前为止唯一一种能明确发病因素的恶性肿瘤疾病,引发该疾病的主要原因是高危型人类乳头瘤病毒(HPV)病毒持续感染。宫颈癌发病率位居世界第二,每年浸润癌发病例数有13万左右,占比全球总病例数的1/4之多。近些年来,随着医疗水平不断提升,宫颈细胞学筛查和高危型HPV检测的普及,加上人们对宫颈癌疾病知识认知提高,使得很多潜在宫颈患者在癌前病变就能被及时发现,并予以相应诊疗。由于这些患者大多都是年轻人且均有生育需求,所以这让宫颈锥切术又得到临床学者的重视和应用。

1 CKC、LEEP 的历史

宫颈锥切术指的是采用手术刀锥形切除部分宫颈组织,传统手术方式为冷刀锥切(CKC),该术式应用诊疗宫颈病变已有上百年历史。但是CKC的缺点也较高,易造成患者术中、术后出血,且并发症相对较多,因此,在医疗技术不断发展进程中,不少临床医生尝试改良CKC。自阴道镜开始普及以来,不少人尝试用阴道镜下多点活检替代CKC,自20世纪60年代开始开展激光、冷冻等物理治疗以来,CKC手术量更是在急剧下降。相关资料显示,阴道镜医师认为较为满意的诊断检查中,存在15.9%微浸润癌、10.4% I B期宫颈漏诊病例。而在相关研究中发现,在248例实施子宫切除术治疗的患者中,有11例宫颈患者在锥切时出现漏诊情况,占比率为4.4%。自此开始,人们逐渐意识到锥切是不可替代的。1981年又出现了新的术式,即是应用金属环通过高频电流锥形切除部分宫颈组织的手术方式,即为宫颈电圈环切术(LEEP),1989年LEEP得到了进一步改进,开始采用大型电环切除宫颈移行带(LLETZ)。由于LEEP术式操作简便,加上并发症较少,近20年来开始广泛应用于临床上,并替代了大部分CKC治疗,成为临床治疗癌前病变并有效诊断宫颈癌的重要手术方式。以往由于采用CKC对宫颈组织切除的较多,加上并发症较多,所以临床上仅将CKC用于治疗癌前病变及诊断宫颈癌。LEEP术式操作简单,锥切指征放宽,有的医生甚至将其滥用于治疗部分宫颈良性病变中,这也印证了我国缺乏规范化的宫颈锥切诊疗标准。因此,全面了解并掌握宫颈锥切术适应证、诊治方法对于妇科医生诊疗至关重要,也是对患者生命安全负责的一种表现。

2 宫颈癌前病变的概念

锥切主要目的是为诊断早期宫颈癌和治疗宫颈癌前病变,了解并明确癌前病变概念至关重要。宫颈癌前病变概念源自Richart于1967年所提出的宫颈上皮内瘤样病变及分级(CIN),在进一步明确人类乳头瘤病毒(HPV)在宫颈癌起到关键性作用后,人们逐步发现只有CIN II、III级、宫颈浸润癌的发生于高危型HPV存在较为密切的关联,而在未通过手术治疗CIN中,通常情况下I级病变仅有1%会随着时间推移进展为浸润癌;II级、III级病变进展为浸润癌的概率分别为5%和12%。鉴于此,目前临床上通常将CIN II级、CIN III级评定为宫颈癌前病变。世界卫生组织(WHO)于2014年发布的对女性生殖系统分类中,推荐应用鳞状上皮内病变(SIL)来命名,并将其分为两级,分

别为低级别鳞状上皮内病变(LSIL)及高级别鳞状上皮内病变(HSIL)。在病理医师倡导下,将CIN II级、III级与TBS细胞学报告中HG SIL相一致,但细胞学诊断的HG SIL却不能替代锥切组织血检查及阴道镜活检作为宫颈癌前病变的诊断依据。

3 宫颈锥切术手术指征

宫颈锥切主要目的是为了治疗宫颈癌前病变及早期诊断宫颈癌,相关研究报道,锥切对癌前病变治愈率可高达87%~98%。另外,锥切作为早期诊断宫颈癌分期的重要方式,通过宫颈细胞学筛查、阴道镜下多点活检、锥形活检,可在早期筛查宫颈癌,其中锥切是预防宫颈癌的重要防线,也是最后一道防线,因此,宫颈锥切术指征是建立与阴道镜活检病理基础上的。主要包括:①阴道镜明确诊断为癌前病变2期、3期,并要求保存子宫完整性的患者;②对阴道镜检查不甚满意,指宫颈移行带不能完全暴露,常见于高龄患者;③病变部位在颈管内,阴道镜检查不能明确诊断;④液基薄层细胞学检查(TCT)结果于阴道镜下活检病理结果不相符,如若多次发生高度鳞状上皮内病变(HGSIL),而阴道镜活检又未予以支持者;⑤阴道镜病理活检结果可疑为浸润癌,为了进一步明确病变深度、广度;⑥病理检查提示微灶浸润癌(I A1期宫颈癌),抑或宫颈原位腺癌,具有生育需求的患者。目前,临床上对于锥切禁忌证仍存在一定争议,有学者认为为了避免宫颈锥切术后出现一系列并发症,进而提高再次根治性手术治疗难度,应对高度可疑宫颈癌前病变患者实施锥切。但又有学者认为对可疑浸润癌患者实施子宫全切术可能会造成手术范围不当,锥切作为明确宫颈病变范围则是必需的。在这种情况下,对于可疑浸润癌患者可通过观察影像学,并作进一步评估,从而避免手术范围不当。事实上,因引导操作问题,部分严重宫颈萎缩、阴道狭窄患者,特别是经阴道生产的绝经后患者,实施锥切具有较大难度,进而成为事实上的禁忌证,在这种情况下,若要明确患者是否为浸润癌,则需通过影像学进行评估,而影像学评估便成了避免该类患者手术范围不当的唯一选择。

4 锥切后的随访

锥切术后存在病变残存及复发风险,通常若在术后3个月复查发现CIN为病变残存,3个月则提示为复发。观察发现锥切边缘如存在CIN,患者病情复发率可高达20%~29%。如发现边缘未处理干净则需选择保守观察,还是对其做进一步处理,还需慎重考虑其中存在的危险因素。主要包括:①残存病变的级别:边缘残存高级病变,大多数临床学者认为实施二次LEEP或是CKC治疗避免漏诊浸润癌;②HPV检测:例如检测结果呈阴性,则进行保守观察;检测结果呈阳性,则为疾病残存,边缘极有可能高度病变,具有较高的复发率,需积极处理。

5 小结

总之,锥切是目前不可替代CIN主要治疗方式及针对宫颈癌重要诊断方式,尽管LEEP突出优点在临床上应用更为广泛,仍未能完全将传统CKC术式替代。诊疗过程中,临床医师应对指征进行严格把控,正确实施锥切是有效防治宫颈癌重要措施。