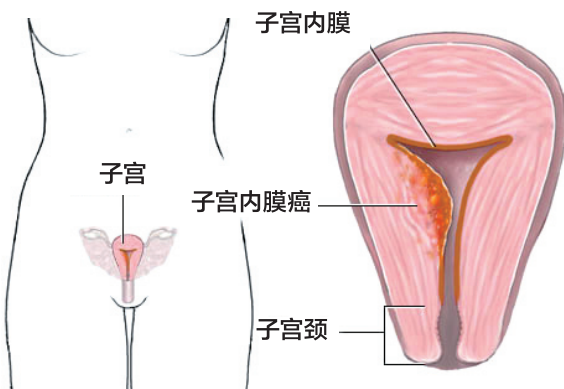


不容小觑 的子宫内膜癌



撰文 王志启

子宫内膜癌,又叫子宫体癌,是妇科常见的恶性肿瘤之一,目前在国内发病率仅次于子宫颈癌。但是,由于生活方式的转变,其发病率在不断升高,并且随着宫颈癌筛查及预防的普及,在发达国家子宫内膜癌的发病人数已经超过宫颈癌,成为女性生殖道最为常见的恶性肿瘤。



子宫内膜癌示意图

子宫内膜癌有没有分类?

常常有人会问,是不是所有的子宫内膜癌都是一样的呢?答案是否定的,一般情况下,子宫内膜癌根据其发生发展与雌激素的关系不同,分为两型,即I型(也称为雌激素依赖型)和II型(也称为非雌激素依赖型)。一般常见的子宫内膜癌都是I型子宫内膜癌,

这些患者多发生在围绝经期或50~60岁的妇女,预后较好;仅少数患者为II型子宫内膜癌,该型患者发病年龄较大,多为70岁以上,病理类型特殊,疾病进展迅速,预后差。一般没有特殊指出时,大家常说的子宫内膜癌仅指I型子宫内膜癌。

子宫内膜癌发生有哪些高危因素呢?

育龄女性体内均有周期性变化的雌激素作用,与之相对应的孕激素在子宫内膜组织发挥对抗雌激素的作用。如果长期只有雌激素作用,而缺乏了孕激素的对抗,就会使得子宫内膜发生病

变,起初是子宫内膜增生,而后逐步发展为子宫内膜癌。哪些情况下会产生缺乏孕激素作用的持续雌激素作用呢?哪些妇女容易发生子宫内膜病变,甚至子宫内膜癌呢?其中最主要的危险因素就是肥胖和生殖分泌失调。

绝经前肥胖主要与代谢失调和无排卵有关,因为患者没有排卵,也就缺乏了孕激素的分泌,这使得子宫内膜长期处于缺乏孕激素拮抗的单一雌激素作用,进而发生癌变。对于绝经后肥胖妇女,肾上腺分泌的雄激素(雄烯二酮)可以在脂肪组织内经过酶(芳香化酶)的作用转化为雌激素(雌酮),脂肪组织越多,转化能力越强,血浆中雌酮水平也越高。雌酮是绝经后妇女身体中主要的雌激素,子宫内膜长期受到无孕激素拮抗的雌酮的影响,也可导致子宫内膜癌变。

生殖内分泌失调包括了很多表现和相关疾病,例如:闭经、不规则阴道流血、不孕、多囊卵巢综合征(PCOS)等,这些疾病及表现都与卵巢内分泌功能异常有关,集中体现在排卵的异常(稀发排卵、无排卵)。在无排卵的情况下,子宫内膜缺乏孕激素拮抗,长期单一雌激素作用下,可以发生子宫内膜增生,甚至癌变。

随着人民群众生活水平的不断提高,养生保健意识也在不断提高,很多绝经后妇女在得到相关知识后到医院进行咨询,应用性激素补充治疗,但也有妇女自

行应用雌激素药物。这些妇女在没有医生的指导下和定期检查下单纯应用雌激素,会增加子宫内膜癌的发病风险。在联合雌激素和孕激素进行的激素补充治疗中,如果孕激素的保护作用足够,即使长期应用对子宫内膜也是相对安全的。

在乳腺癌的辅助内分泌治疗中,他莫西芬得到广泛的应用。由于他莫西芬在乳腺可以拮抗雌激素作用,但在子宫内膜发挥微弱的雌激素样作用,随着他莫西芬用药时间的延长,子宫内膜癌的发生率升高。所以对于乳腺癌进行他莫西芬治疗的患者,应重视定期的妇科检查,以便早期发现子宫内膜癌。

此外,糖尿病患者和高血压患者本身存在代谢异常,这些患者发生子宫内膜癌的风险比血糖和血压正常者高好几倍。有学者提出冠状动脉粥样硬化性心脏病也与子宫内膜癌有关。无论是肥胖、高血压、糖尿病、心脏病或者生殖内分泌失调都与高热量高脂饮食、缺乏运动等生活方式有关,因此有人提出子宫内膜癌是当代社会的一种“文明病”,所以健康的生活方式对于减少子宫内膜癌的发生显得尤为重要。

子宫内膜癌能不能预防?

由于多数子宫内膜癌患者为I型子宫内膜癌,其发病与雌激素的关系已经较为明确,所以应该注意下面几点。

1.对于存在闭经、不孕等无排卵情况的患者,应及时就诊,进行治疗,防止缺乏孕激素拮抗的雌激素长时间作用,造成子宫内膜增生,甚至癌变。

2.随着人们生活水平的提高,出现了一些高热量高脂饮食、缺乏运动等不健康生活方式,应及时进行调整,不仅可以减少内膜癌的发生机会,也可以减少肥胖、高血压、糖尿病和冠心病等代谢相关疾病的发生机会。

3.如有不规则阴道流血病史,应注意及时到医院就诊,必要时进行诊断性刮宫或宫腔镜等相关检查。

4.进行激素补充治疗时,严格掌握雌激素的适应症,并酌情联合孕激素合理使用,定期医院检查,并应严密观察反应。

5.对于口服他莫西芬辅助治疗乳腺癌的患者,应重视定期的妇科检查,如有子宫内膜病变可以早期发现。■

作者简介

王志启,北京大学人民医院妇产科副主任医师。

(责编 桑新华)

子宫内膜癌有哪些症状?

异常阴道流血

异常阴道流血是子宫内膜癌最常见、最重要的临床表现,因子宫内膜癌常可出血,出血经由阴道流出,所以,异常的阴道流血需要引起重视,尤其绝经期前后的不规则阴道流血,以及绝经后的妇女又出现的阴道流血。但是在现实生活中,很多人认为绝经期前后妇女的不规则阴道流血是绝经阶段所必经的过程,常常忽略到医院诊治,直到长时间出血才找医生看病,而这时部分本是早期癌的患者疾病已经进展为晚期。

其他表现

子宫内膜癌的其他临床表现包括阴道排液、疼痛、腹部包块、贫血、消瘦、恶液质等。

考虑子宫内膜癌的患者应该做哪些辅助检查?

细胞学检查

子宫内膜癌的阴道脱落细胞学检查诊断率远远低于宫颈癌,这与女性生殖道的解剖学相关。近年来也有医院尝试开展宫腔取材的细胞学检查,并取得了一定的效果。

彩色多普勒超声检查

超声检查对子宫内膜癌在宫腔的病灶大小、位置、肌层浸润深度、肿瘤是否累及宫颈等有重要意义,其诊断符合率较高,而且彩色多普勒超声观察的病灶血流情况可以在一定程度上协助判断肿瘤性质。所以,彩色多普勒超声检查是子宫内膜癌非常重要的常规检查。

肿瘤标记物检查

部分恶性肿瘤可以出现肿瘤标记物的异常升高,如妇科肿瘤中的卵巢上皮性恶性肿瘤可以出现包括CA125在内的肿瘤标记物的明显升高等状况。但是,子宫内膜癌则缺乏敏感而且特异的肿瘤标记物,早期子宫内膜癌各项肿瘤标记物检查均正常,所以目前尚不能依据肿瘤标记物的升高来早期发现子宫内膜癌。尽管如此,肿瘤标记物在子宫内膜癌的诊断和治疗中并不是完全没有作用,盆腹腔转移的晚期子宫内膜癌可以出现CA125、CEA、CP2等肿瘤标记物的升高,且随着术后化疗肿瘤的缓解标记物也随之降至正常,部分复发患者标记物又再次升高,所以,肿瘤标记物在子宫内膜癌主要是晚期患者治疗过程中病情监测和随访观察中提示复发的重要依据。

诊断性刮宫

诊断性刮宫对于子宫内膜癌是一个传统而又极为重要的诊断方法,对于子宫内膜病变的诊断发挥着重要的作用。诊断性刮宫的目的主要在于取宫腔组织送病理检查,以在组织学水平上明确或除外子宫内膜癌的诊断。诊断性刮宫在不同医院开展的方式有差别,有的可以在麻醉下完成,病人痛苦小,有的则没有麻醉,病人较为痛苦,所以有患者因惧怕疼痛而宁可不进行诊断性刮宫,这样有可能会失去疾病得以早期诊断的机会。在考虑子宫内膜癌可能时,诊断性刮宫通常采用分段诊刮的方式进行,即先用小刮匙刮取宫颈管内组织,再进入宫腔刮取宫体各壁及两侧宫角组织,分别送病理检查。但是,诊断性刮宫为“盲刮”,即医生不能直视宫腔内病变进行取材,这样就不能完全排除有早期的小病灶被遗漏的可能性。因此,宫腔镜检查活检的诊断方式就应运而生,在有条件的地区其代替传统的诊断性刮宫,在子宫内膜癌的诊断上发挥重要作用。

宫腔镜检查

随着物理学技术的提高,成像系统、光导纤维引入临床应用,宫腔镜技术得到开展和普及。宫腔镜可以直接观察宫腔,发现肿瘤的部位、大小、界限是局限性或弥散性,而且还可以观察宫颈管情况,看到宫颈管有无受累,在镜下可以对可疑病变进行活检,有助于发现较小的或早期的病变,提高诊断比例。

CT与MRI

CT对淋巴结状况的判断较为敏感,MRI可以较好地判断子宫肌层浸润程度,从而协助诊断和评估分期。CT与MRI在内膜癌诊断方面有一定作用,但费用较高,临床应用尚不广泛。

诊断后的子宫内膜癌应该怎样治疗?

子宫内膜癌的治疗主要包括手术、化疗、放疗和内分泌治疗等,目前一般主张根据病人具体情况采用个体化的综合治疗方式。

手术治疗

手术治疗是子宫内膜癌最重要的治疗方法,根据不同分期和病理类型情况采用不同的手术范围。常规的手术范围包括:筋膜外全子宫切除(或次广泛性子宫切除)及双侧附件(即卵巢和输卵管)切除术。对于晚期或有高危因素的患者需要进行盆腔及腹主动脉旁淋巴结切除,但其意义仍有争议。晚期患者应尽可能切除转移肿瘤病灶,缩小肿瘤体积。部分早期需要保留卵巢内分泌功能的年轻患者,可在与医生充分交流后考虑保留卵巢。

化学治疗

因子宫内膜癌对化疗不敏感,过去,化疗在子宫内膜癌中应用非常有限,仅用于晚期子宫内膜癌患者或不能手术的患者。但是近年来许多研究发现,化疗作为综合治疗中的辅助治疗方式,可以明显减少肿瘤复发,所以现在对于存在高危因素的患者,采用化疗作为术后重要的辅助治疗方式。

放射治疗

子宫内膜癌对放疗不敏感,但老年或有严重内科并发症不能耐受手术的患者可以考虑放射治疗。目前在子宫内膜癌治疗中,放疗主要是作为手术后的辅助治疗的方式,对术后证实存在肿瘤颈管侵犯、深肌层浸润、淋巴结转移、病理学分级高等高危因素患者加放射治疗,可降低肿瘤复发率。

内分泌治疗

由于子宫内膜癌与雌激素作用相关,而孕激素可以拮抗雌激素,通过多种机制对子宫内膜癌发挥治疗作用。内分泌治疗作为需要保留生育能力患者的治疗方式,以及用于晚期复发患者的治疗已经得到广泛公认。但是对于术后作为常规辅助治疗应用尚存在争议,一般认为内分泌治疗疗效与用药时间有关。

子宫内膜癌患者的预后情况如何?

由于子宫内膜癌患者常有明显症状,大多数子宫内膜癌患者诊断时为早期病例,预后较好,早期患者的5年生存率高达90%以上,但晚期患者及II型内膜癌患者的预后较差。