

# I b2期巨块型宫颈癌术前不同治疗方法的疗效观察

韩娜娜<sup>1</sup>, 邵文裕<sup>1</sup>, 刘开江<sup>2</sup>, 马焱<sup>1</sup>

1. 新疆医科大学附属肿瘤医院妇外一科, 新疆 乌鲁木齐 830011 ;
2. 上海交通大学医学院附属仁济医院妇瘤科, 上海 200032

**【摘要】** 背景与目的: I b2期巨块型宫颈癌行手术治疗时, 因肿瘤体积大, 术前多采取多种辅助治疗措施缩小瘤体, 哪种方案更为安全有效目前尚无统一意见。本研究比较术前新辅助化疗、新辅助放疗及直接手术3种不同治疗方法的疗效, 为I b2期巨块型宫颈癌术前辅助治疗方案选择提供依据。**方法:** 回顾分析2006年4月—2010年10月新疆医科大学附属肿瘤医院收治的133例术前新辅助化疗(49例)、新辅助放疗(40例)及直接手术(44例)的I b2期巨块型宫颈癌患者的临床资料。**结果:** 新辅助化疗组、新辅助放疗组近期有效率为91.8%、92.5%, 差异无统计学意义( $P>0.05$ )。2组治疗后肿瘤直径与治疗前比较, 差异有统计学意义( $P<0.05$ ); 手术标本病理有效率为95.56%、97.30%, 差异无统计学意义( $P>0.05$ ); 新辅助放疗组出血量明显高于其它2组, 差异有统计学意义( $158.9\pm 50.7$  vs  $116.8\pm 45.5$ ,  $123.1\pm 30.2$ ,  $P<0.05$ ), 直接手术组术后感染率明显高于其它2组, 差异有统计学意义( $P<0.05$ )。新辅助化疗组、新辅助放疗组、直接手术组平均手术时间, 两两比较, 差异均无统计学意义( $P>0.05$ ), 新辅助化疗组与直接手术组出血量比较、新辅助化疗组与新辅助放疗组术后感染比较、3组术后临近脏器损伤及盆腔淋巴囊肿比较, 差异均无统计学意义( $P>0.05$ ); 术后病理组织学检查, 直接手术组脉管受侵, 与其它2组相比, 差异有统计学意义( $P<0.05$ )。比较3组阴道切缘、淋巴结转移情况、脉管受侵程度, 差异均无统计学意义( $P>0.05$ )。3组3年总生存率、无瘤生存率比较, 差异也均无统计学意义( $P>0.05$ )。**结论:** 对I b2期宫颈癌患者术前行新辅助化疗能有效缩小肿块, 在提高手术切除率、降低术后切缘阳性率及术后感染方面优于单一手术或术前放疗。新辅助放疗比单一术前新辅助化疗能提高病理完全缓解率, 但不能降低复发率, 因此, 对于I b2期宫颈癌患者建议可在新辅助化疗后选择手术。放化疗联合与新辅助化疗对预后影响有待长期随访或进行大样本的随机对照试验后进行评价。

**【关键词】** I b2期; 巨块型宫颈癌; 疗效观察; 新辅助化疗; 新辅助放疗

DOI: 10.3969/j.issn.1007-3969.2015.01.010

中图分类号: R737.33 文献标志码: A 文章编号: 1007-3639(2015)01-0056-07

**Analysis of the effects of different treatment methods in patients with stage I b2 bulky cervical cancer** HAN Nana<sup>1</sup>, SHAO Wenyu<sup>1</sup>, LIU Kaijiang<sup>2</sup>, MA Yan<sup>1</sup> (1.First Department of Gynecology, Affiliated Tumor Hospital, Xinjiang Medical University, Urumqi Xinjiang 830011, China; 2.Department of Gynecologic Oncology, Renji Hospital, School of Medicine, Shanghai Jiao Tong University, Shanghai 200032, China)

Correspondence to: LIU Kaijiang E-mail: liukaijiang@263.net

**【Abstract】** **Background and purpose:** A variety of measures are taken preoperatively to reduce the tumor size of stage I b2 bulky cervical cancer before surgery. Which one is safer and more effective, currently, there is no consensus. This article compared the effect in 3 different treatment methods (neoadjuvant chemotherapy, neoadjuvant chemoradiotherapy and operation) on patients with stage I b2 bulky cervical cancer, and provided evidence for clinical decision. **Methods:** Retrospective analysis the clinical date of 133 I b2 bulky cervical cancer patients, who received preoperative neoadjuvant chemotherapy, neoadjuvant chemoradiotherapy and direct operation from Apr. 2006 to Oct. 2010 in our hospital. **Results:** The effective rates of neoadjuvant chemotherapy, neoadjuvant chemoradiotherapy group were 91.8% and 92.5%, respectively, there was no statistical difference( $P>0.05$ ). The tumor size got smaller

after treatment compared with the size before treatment ( $P<0.05$ ); The pathological efficiency rates were 95.56% and 97.30%, respectively, the difference was not statistically significant ( $P>0.05$ ). The bleeding volume of neoadjuvant chemo radio therapy group was significantly higher than those in the other 2 groups ( $158.9\pm 50.7$  vs  $116.8\pm 45.5$ ,  $123.1\pm 30.2$ ;  $P<0.05$ ), the infection of immediate surgery group was more severe than the other 2 groups ( $P<0.05$ ). The pairwise comparison of average operation time in neoadjuvant chemotherapy group, neoadjuvant chemoradiotherapy group, and the immediate surgery group, pairwise comparisons of neoadjuvant chemotherapy group and the immediate surgery group in bleeding, comparison of neoadjuvant chemotherapy group and neoadjuvant chemoradiotherapy group on postoperative infection, and the comparison of the 3 groups on pelvic organ injury and lymphocele, had no statistical difference ( $P>0.05$ ); Pathological examination showed that vascular invasion in surgery group had statistical differences than other 2 groups ( $P<0.05$ ), there was no patient with positive margin in the 3 groups, and the lymph node metastasis rates also had no statistical difference ( $P>0.05$ ); Besides, there were no statistical difference on vascular invasion between the 3 groups ( $P>0.05$ ); And on 3-year overall survival, disease-free survival there was no statistical difference between the 3 groups ( $P>0.05$ ). **Conclusion:** Neoadjuvant chemotherapy can effectively reduce tumor size for patients with stage I b2 bulky cervical cancer before operation, it is better than direct surgery or preoperative chemoradiotherapy in improving the resection rate, and reducing postoperative pathological positive rate, and infection. Neoadjuvant chemotherapy can improve the pathological complete remission rate. The combination of radiation and chemotherapy might produce synergistic effect on huge cervical tumor, but it can't improve the survival rate. Therefore, neoadjuvant chemotherapy is the best choice for the stage I b2 cervical cancer patients. Therefore, a long-term follow-up or large sample randomized controlled trials is necessary to assess the prognosis of preoperative neoadjuvant chemotherapy and neoadjuvant chemoradiotherapy.

**[Key words]** I b2; Bulky cervical cancer; Clinical observation; Neoadjuvant chemotherapy; Neoadjuvant chemoradiotherapy

近年来,随着宫颈癌癌前筛查的普及、诊断率的提高、宫颈癌发病年龄呈低龄化的趋势,使得手术治疗成为早期宫颈癌的主要治疗手段。I b<sub>2</sub>期巨块型宫颈癌因其存在诸多危险因素,疗效不佳,易出现肿瘤复发或转移,至今尚无标准治疗方案。本研究回顾性分析2006年4月—2010年10月新疆医科大学附属肿瘤医院收治的133例I b<sub>2</sub>期巨块型宫颈癌患者的临床资料,探讨术前新辅助化疗、新辅助放化疗及直接手术对患者的疗效及预后的影响。

## 1 资料和方法

### 1.1 一般资料

选择2006年4月—2010年10月在新疆医科大学附属肿瘤医院经宫颈活检或阴道镜下活检病理学确诊为宫颈浸润癌患者共133例,患者在治疗前由2名或者以上从事妇科肿瘤工作的副主任医师或以上职称的医师进行盆腔检查,结合影像学检查(CT),并按国际妇产科联盟(international federation of gynecology and

obstetrics, FIGO)分期标准<sup>[1]</sup>进行分期,共有133例患者确定为巨块型(局部肿瘤 $\geq 4$  cm) I b<sub>2</sub>期宫颈癌,新辅助治疗有效的患者及直接手术的患者在新疆医科大学附属肿瘤医院接受了宫颈癌根治术(Piver III型全子宫切除术+盆腔淋巴结清扫术)。其中,49例患者术前接受了2~3个疗程的新辅助化疗(新辅助化疗组),40例患者术前接受了腔内后装放疗及同步新辅助化疗(新辅助放化疗组),44例直接行根治性手术(直接手术组)。所有患者均为初治患者,所有患者术前行常规检查,无化疗及手术禁忌证,KPS评分均在85分以上,3组患者的一般情况及临床病理特征比较见表1,且差异均无统计学意义( $P>0.05$ )。

### 1.2 治疗方法

新辅助化疗组:术前进行2~3个周期的TP(紫杉醇、顺铂)方案化疗,第1天给予紫杉醇 $150\text{ mg/m}^2$ ,第2天给予顺铂 $70\text{ mg/m}^2$ ,化疗间歇为3周。新辅助放化疗组:患者行<sup>192</sup>Ir后装阴道盒消瘤治疗2次,间隔5~7 d,设参照点为源旁1 cm,总剂量20~24 Gy,同时进行上述方案化

表 1 3组患者的一般情况及临床病理特征比较

Tab. 1 The comparison of general situation and the clinical pathological features of three groups

Group	n	Age/year	Tumor diameter/cm		Pathological type		Differentiation		
			4-5	> 5	Squamous	Non-squamous	G <sub>1</sub>	G <sub>2</sub>	G <sub>3</sub>
Neoadjuvant chemotherapy	49	43.6±8.6	29	20	42	7	13	19	
Neoadjuvant chemoradiotherapy	40	44.1±9.0	24	16	34	6	13	22	
Surgery	44	42.1±7.4	28	16	37	7	15	23	

疗1个疗程。每例患者术前治疗结束后2~3周均行妇科检查及影像学检查(MRI或CT),若肿瘤明显缩小则说明治疗有效,行根治性子宫切除术+盆腔淋巴结清扫术。若肿瘤无明显缩小,患者进入全程同步放化疗。

根治性子宫切除术后,根据本院治疗中心的惯例,病理诊断结果中含有下列高危因素之一者需要接受术后辅助放化疗,包括盆腔淋巴结转移、切缘阳性或者宫旁转移。若含有下列2个高危因素之一者需要接受术后辅助放疗,包括宫颈深层间质浸润(浸润深度超过宫颈壁的1/2)和淋巴血管腔隙浸润(lymph vascular space invasion, LVSI)。

### 1.3 疗效评估及评价指标

#### 1.3.1 疗效评估

每例患者术前治疗结束后2~3周行妇科检查及影像学检查(MRI或CT),由资深技师测得肿瘤最大径及垂直横径。术前评估瘤块变化情况遵循WHO实体瘤的评价标准:完全缓解(complete remission, CR),肿瘤完全消失;部分缓解(partial remission, PR),肿瘤的最大直径与最大垂直横径的乘积缩小50%以上,其它病灶无增大,无新病灶出现;疾病稳定(stable disease, SD),肿瘤病灶的两径乘积缩小不足50%或增大不超过25%;疾病进展(progressive disease, PD),肿瘤病灶的两径乘积增大25%以上或出现新病灶。将CR、PR列为有效,SD、PD列为无效。手术标本病理评价标准<sup>[2]</sup>:观察20张术后标本病理切片中肿瘤减少程度,仅有散在性肿瘤灶或肿瘤全消评价为有效,仍有大片肿瘤灶或无变化评价为无效。

#### 1.3.2 评价指标

①新辅助化疗与同步放化疗组对宫颈癌的疗效:近期有效率(亦称缓解率)=(CR+PR)/

(CR+PR+SD+PD)和肿瘤直径变化;②记录手术时间、术中出血量和手术(包括术中、术后)并发症;③术后组织病理学检查确定阴道切缘、宫旁浸润、脉管浸润及淋巴结转移率,并评定病理缓解程度。

#### 1.3.3 随访

从术后2个月开始随访,第1、2年每3个月随访1次,第3~5年每半年随访1次,5年后每年随访1次。随访内容包括全身检查、妇科检查以及阴道断端的妇科液基细胞学检查和血SCC测定。每年至少行1次MRI或CT检查,有可疑复发或特殊情况行MRI或CT扫描。无瘤生存率为从手术日开始计算到复发时间或最后1次随访时间,生存率为从确诊时间到死亡时间或最后1次随访时间。

#### 1.4 统计学处理

采用SPSS 17.0统计学软件,计数资料采用 $\chi^2$ 检验,计量资料以 $\bar{x}\pm s$ 表示,采用 $t$ 检验, $P<0.05$ 为差异有统计学意义。中位生存时间和生存曲线由Kaplan-Meier法生成。

## 2 结 果

### 2.1 术前疗效评价

术前治疗结束后2~3周行妇科检查、MRI或CT检查。新辅助化疗组:有效者45例,无效者4例,近期有效率为91.8%。新辅助放化疗组:有效者37例,无效者3例,近期有效率为92.5%。2组比较差异无统计学意义( $P>0.05$ ,表2)。2组治疗后肿瘤直径均明显缩小,与治疗前比较,差异有统计学意义( $P<0.05$ ,表3)。评估为有效的病例接受后续手术治疗,并根据术后病理标本评估病理缓解情况。新辅助化疗组:有效者43例,无效者2例,病理有效率为95.56%。新辅助放化疗组:有效者36例,无效者1例,病理

有效率为97.30%，2组比较差异无统计学意义( $P>0.05$ ，表4)。

2.2 术中情况及术后并发症

新辅助化疗组、新辅助放化疗组、直接手术组平均手术时间无统计学意义( $P>0.05$ )。新辅助放化疗组出血量明显高于其它2组，差异有统计学意义( $P<0.05$ )，新辅助化疗组与直接手术组比较，差异无统计学意义( $P>0.05$ )。直接手术组有5例患者出现术后感染，其中2例切口感染，2例阴道断端感染，1例盆腔感染。新辅助化疗与新辅助放化疗组各出现1例术后切口感染。直接手术组明显高于其它2组，差异有统计学意义( $P<0.05$ )，新辅助化疗组与新辅助放化疗组比较，差异无统计学意义( $P>0.05$ )。3组术后临近脏器损伤及盆腔淋巴囊肿差异无统计学意义( $P>0.05$ ，表5)。

2.3 术后病理情况

术后病理组织学检查，3组淋巴结转移情

表 2 术前新辅助化疗组与新辅助放化疗组近期有效率比较

Tab. 2 The comparison of recently efficiency in preoperative neoadjuvant chemotherapy group and neoadjuvant chemoradiotherapy group

Group	Total	CR	PR	SD	PD	Recently efficiency/%
Neoadjuvant chemotherapy	49	9	36	3	1	91.80
Neoadjuvant chemoradiotherapy	40	7	30	3	0	92.50

表 3 术前新辅助化疗组与新辅助放化疗组前后肿瘤直径变化比较

Tab. 3 The comparison of the tumor diameter changes before and after treatment in preoperative neoadjuvant chemotherapy group and neoadjuvant chemoradiotherapy group

Group	Number	Before treatment	After treatment	t value	P value
Neoadjuvant chemotherapy	49	4.83±1.21	2.1±0.72	27.32	<0.05
Neoadjuvant chemoradiotherapy	40	4.37±1.35	2.4±1.07	13.76	<0.05

表 4 新辅助化疗组与新辅助放化疗组术后病理有效率比较

Tab. 4 The comparison of pathological efficiency in preoperative neoadjuvant chemotherapy group and neoadjuvant chemoradiotherapy group

Group	Surgical case	Effective	Invalid	Efficiency rate/%
Neoadjuvant chemotherapy	45	43	2	95.56
Neoadjuvant chemoradiotherapy	37	35	2	97.30

表 5 3组术中情况及术后并发症比较

Tab. 5 The comparison intraoperative conditions and postoperative complications of 3 groups

Group	Number	Surgery time/min	Bleeding/mL	Infection	Pelvic organ injury	Lymphocele
Neoadjuvant chemotherapy	45	123.6±60.3	116.8±45.5*	1 <sup>#</sup>	0	10
Neoadjuvant chemoradiotherapy	37	139.1±53.3	158.9±50.7	1 <sup>#</sup>	2	9
Surgery	44	138.5±58.2	123.1±30.2*	5	1	8

\*: Compared with neoadjuvant chemotherapy group,  $P<0.05$ ; #: Compared with immediate surgical group,  $P<0.05$ .

况比较，差异无统计学意义( $P>0.05$ )。3组均无阴道切缘阳性病例，新辅助化疗组及新辅助放化疗组没有宫旁浸润病例。新辅助化疗组49例患者，2例术后脉管受侵，新辅助放化疗组40例患者，1例脉管受侵，两两比较差异无统计学意义( $P>0.05$ )，直接手术组44例患者，6例术后脉管受侵，高于前2组，差异均有统计学意义( $P<0.05$ ，表6)。

2.4 生存分析

133例患者均完成随访，随访率为100%，3年总的生存率新辅助化疗组100%，同步放化疗组92.8%，直接手术组91.2%，3组比较，差异均无统计学意义( $P>0.05$ )。3年的无瘤生存率新辅助化疗组为86.1%，同步放化疗组为85.7%，直接手术组为85.2%，3组比较差异均无统计学意义( $P>0.05$ ，图1)。

表 6 3组术后病理情况比较

Tab. 6 The comparison postoperative pathological conditions of 3 groups

Group	Number	Vaginal margin	Parametrial	Lymph node	LVSI	(n)
Neoadjuvant chemotherapy	45	0	0	1	2	
Neoadjuvant chemoradiotherapy	37	0	0	2	1	
Surgery	44	0	1	3	6	

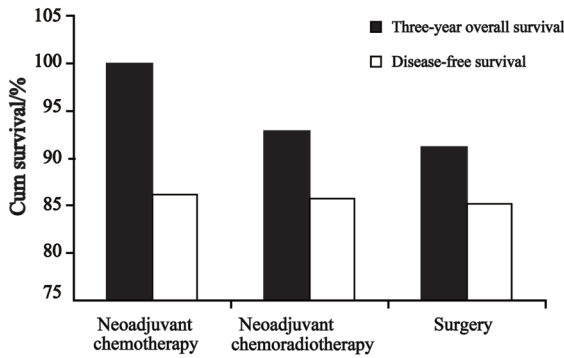


图 1 3组患者3年总生存率、无瘤生存率比较

Fig. 1 The comparison overall survival and disease-free survival rate of the 3 groups

### 3 讨 论

宫颈癌 I b<sub>2</sub>期根据NCCN指南可以选择根治性放疗或者手术治疗。近年来,宫颈癌发病率呈现低龄化趋势,根治性放疗存在中心性复发及放疗并发症,严重影响患者的生活质量,故目前我国针对 I b<sub>2</sub>期宫颈癌患者首选手术治疗。I b<sub>2</sub>期宫颈癌肿瘤直径 $\geq 4$  cm,由于肿瘤体积大,在空间上及与周围组织炎性粘连均给手术带来一定的困难,术中出血量和手术并发症发生率相对较高。所以对 I b<sub>2</sub>期宫颈癌采取多种治疗措施,但究竟选择直接手术,还是术前给予新辅助治疗后再手术,目前尚无一致意见。

新辅助化疗是近年来提出的概念,是指在对肿瘤进行手术或放疗之前给予一定疗程的化疗使肿瘤缩小,减少高危因素,以利于下一步手术或放疗的实施,主要用于宫颈局部肿瘤最大径 $>4$  cm的患者。其优势:①改善分期、宫旁浸润程度,从而减少切除范围,改善局部情况,提高手术切除率;②缩小肿瘤体积;③消灭亚临床病灶,减少复发的潜在危险;④评价

化疗的反应,为患者术后治疗提供依据;⑤减少术中播散和术后转移,降低癌细胞活力。

I b<sub>2</sub>期宫颈癌由于肿瘤体积大,肿瘤内乏氧细胞增多,放疗敏感性下降,放疗在达到杀死肿瘤效果的同时又受到正常组织耐受量的限制,所以,术前单一放疗难以缩小肿块,经过多年研究发现,可替代单一放疗的联合治疗,尤其是以铂类为基础的放化疗已成为巨块型宫颈癌的标准治疗方案<sup>[3]</sup>,但很少有随机对照试验将新辅助化疗与放化疗标准治疗方法进行比较以判断新辅助化疗的有效性。

本文选取在我院初治的 I b<sub>2</sub>期巨块型宫颈癌患者133例,其中49例行新辅助化疗,40例行新辅助放化疗,有效者行手术治疗,44例行直接手术治疗。化疗方式包括静脉全身化疗和动脉插管化疗2种途径。静脉全身给药方式操作简单,疗效好,成本低<sup>[4-5]</sup>,因此本研究主要采用的是静脉全身给药,化疗方案为TP(紫杉醇+顺铂),化疗疗程控制在2~3个疗程内,避免耽误主要治疗手段的及时应用<sup>[6]</sup>。新辅助化疗组中共有45例患者、新辅助放化疗组中有37例患者于治疗结束后接受手术治疗,其中新辅助化疗组近期有效率为91.8%,与Park等<sup>[7]</sup>的研究结果相似;新辅助放化疗组近期有效率高达92.5%,两组病理有效率分别为95.56%和97.30%,两组比较差异均无统计学意义( $P>0.05$ ),但同步放化疗组近期有效率高于新辅助化疗组,笔者认为协同放化疗增强了其对宫颈肿瘤细胞的杀伤作用。同一宫颈癌患者治疗前后局部肿块大小变化,说明化疗及放疗均能使肿块减小,降低宫颈癌的手术分期,扩大手术适应证,使相当一部分不适合直接手术治疗的患者获得手术机会。

新辅助治疗、术前化疗及同步放化疗均可

使局部肿瘤缩小,使宫旁组织松动及盆腔充血明显改善,有利于手术操作,理论上可降低手术难度,减少手术时间和术中出血<sup>[8]</sup>。本研究3组之间两两比较,新辅助放化疗组平均手术时间高于新辅助化疗组及直接手术组,但差异无统计学意义( $P>0.05$ )。该组出血量明显高于其它两组,差异有统计学意义( $P<0.05$ ),新辅助化疗组与直接手术组比较,差异无统计学意义( $P>0.05$ )。考虑放化疗有协同作用<sup>[9]</sup>,对浸润性生长局部肿瘤巨大的病例仍可以迅速缩小肿瘤,提高手术切除率和安全性。但放疗后组织脆性增加,易导致术中出血,延长手术时间。目前许多研究表明,术前放疗、化疗可以缩小肿瘤,有利于子宫旁及阴道旁肿瘤的切除,获得切除边缘最宽的无瘤边缘,同时降低肿瘤细胞的术中播散率,并通过改善局部情况,降低术后盆腔感染的概率,本研究中直接手术组术后感染率明显高于其他两组,与报道相似<sup>[10]</sup>。3组术后临近脏器损伤及盆腔淋巴囊肿差异均无统计学意义( $P>0.05$ )。但术中临近脏器损伤率放化疗组略高,可能与盆腔组织脆性增加术中易损伤,且放疗后愈合再生能力差有关。术后病理组织学检查结果显示,3组没有阴道切缘阳性病例,3组宫旁浸润、淋巴结转移率差异无统计学意义( $P>0.05$ )。对于新辅助放化疗组与新辅助化疗组,宫旁浸润及淋巴结转移率两组差异无统计学意义( $P>0.05$ ),与Hwang等<sup>[11]</sup>的报道结果相似,此结果可能与巨块型宫颈癌易早期发生淋巴结转移,而腔内局部放疗不能增加已经有转移的淋巴结的杀伤作用有关。对于直接手术组与其他两组比较,差异无统计学意义,考虑I b<sub>2</sub>期宫颈癌仍是早期宫颈癌,故淋巴结转移率低。接受手术的新辅助化疗组45例患者,2例术后脉管受侵,新辅助放化疗组37例患者,1例脉管受侵,两两比较差异无统计学意义( $P>0.05$ ),在直接手术组44例患者中,6例术后脉管受侵,高于前两组,差异均有统计学意义( $P<0.05$ )。与直接手术组比较,新辅助化疗组、新辅助放化疗组脉管受侵少见,但两组肿瘤切缘、宫旁浸润、淋

巴结转移差异无统计学意义,这与以往的研究结果不尽相同<sup>[12]</sup>。复发的高危因素为淋巴结转移及宫旁浸润,所以对于新辅助放化疗组与新辅助化疗组比较,其并不能降低高危预后因素引起的复发风险;本研究尝试用联合3种方法的治疗模式,包括放化疗、化疗、手术来治疗宫颈癌I b<sub>2</sub>期患者,希望能够提高生存率和无瘤生存率以及减少术后辅助治疗的机会来降低远期并发症的发生率。结果3年总生存率新辅助化疗组为100%,同步放化疗组为92.8%,直接手术组为91.2%,3组比较差异均无统计学意义( $P>0.05$ )。3年的无瘤生存率新辅助化疗组为86.1%,同步放化疗组为85.7%,直接手术组为85.2%,3组比较差异均无统计学意义( $P>0.05$ )。这可能同我们截止报道时入组患者较少且随访时间短有关,目前仍在继续入组,我们将会对更长期的生存情况进行随访。

综上所述提示,新辅助化疗对于I b<sub>2</sub>期宫颈癌患者术前治疗能有效缩小肿块,在提高手术切除率、降低术后病理阳性率、降低术后感染方面优于单一手术或术前放化疗。放化疗比单一术前新辅助化疗更能提高病理完全缓解率,认为对于巨大宫颈肿瘤联合放化疗能产生协同治疗作用,但不能降低高危预后因素引起的复发风险,并且术中发生出血及并发症几率高,因此,对于I b<sub>2</sub>期宫颈癌患者建议可在新辅助化疗后选择手术,放化疗联合与新辅助化疗对预后影响有待长期随访或进行大样本的随机对照试验进行评价。

#### [参 考 文 献]

- [1] VAN NAGEEL J V. Clinical invasive carcinoma of the cervix clinical features diagnoses staging and pretreatment evaluation [M]. New York Chhurekill Civingstone, 1992: 663.
- [2] 汤钊猷. 现代肿瘤学 [M]. 上海医科大学出版社, 1993: 370-379.
- [3] JURADO M, MARTINER-MONGE K, GARCIA-FONCILLAS J, et al. Pilot study of concurrent cisplatin, 5-fluorouracil and external beam radiotherapy prior to radical surgery intraoperative electron beam radiotherapy in locally advanced cervical cancer [J]. Gynecol Oncol, 2013, 74: 30-37.
- [4] 王平, 彭芝兰, 张家文, 等. 子宫颈癌新辅助化疗中不同化

- 疗途径的疗效比较 [J]. 中华妇产科杂志, 2005, 40(4): 230.
- [ 5 ] 毛雪梅, 周丽红, 金卓杏. 宫颈癌术前3种不同途径辅助化疗的临床比较 [J]. 实用医学杂志, 2012, 28(21): 3562-3564.
- [ 6 ] 严冬梅. 宫颈癌术前新辅助化疗47例疗效观察 [J]. 中国实用诊断与治疗杂志, 2010, 24(2): 192-194.
- [ 7 ] PARK D C, KIM J H, LEW Y O, et al. Phase II trial of neoadjuvant paclitaxel and cisplatin in uterine cervical cancer [J]. Gynecol Oncol, 2004, 92(1): 59-63.
- [ 8 ] OPEZ-GRANIEL C, REYES M, CHANONA G, et al. Type III radical hysterectomy after induction chemotherapy for patients with locally advanced cervical carcinoma [J]. Int J Gynecol Cancer, 2009, 11(3): 210-217.
- [ 9 ] 漆辉雄, 杜珂, 孙秋实, 等. 调强放疗同步化疗联合热疗治疗中晚期宫颈癌的临床观察 [J]. 实用医学杂志, 2013, 29(17): 2928-2929.
- [ 10 ] 熊琼英, 广怡, 刘成. 宫颈癌新辅助化学疗法不同途径的疗效评价 [J]. 现代妇产科进展, 2012, 21(1): 55-57.
- [ 11 ] HWANG Y Y, MOON H, CHO S H, et al. Ten-year survival of patients with locally advanced, stage I b- II b cervical cancer after neoadjuvant chemotherapy and radical hysterectomy [J]. Gynecol Oncol, 2001, 82: 88-93.
- [ 12 ] PANICI P B, BELLACTI F, PASTORE M, et al. An update in neoadjuvant chemotherapy in cervical cancer [J]. Gynecol Oncol, 2007, 107: 20-22.

(收稿日期: 2014-05-19 修回日期: 2014-08-05)