

# 输尿管支架置入联合放疗治疗宫颈癌合并输尿管梗阻

梁燕<sup>1,3△</sup>, 傅志超<sup>2△</sup>, 陈于<sup>1\*</sup>, 朱凌锋<sup>2</sup>, 林贵山<sup>2</sup>, 李东石<sup>2</sup>, 吴建勇<sup>2</sup>

1. 第二军医大学长海医院妇产科, 上海 200433

2. 南京军区福州总医院放疗科, 福州 350025

3. 青海省红十字医院妇产科, 西宁 810000

[关键词] 宫颈肿瘤; 输尿管梗阻; 支架; 放射疗法

[中图分类号] R 737.33

[文献标志码] B

[文章编号] 0258-879X(2013)10-1160-02

## Radiotherapy combined with retrograde ureteral catheterization in treatment of cervical cancer complicated with ureteral obstruction

LIANG Yan<sup>1,3△</sup>, FU Zhi-chao<sup>2△</sup>, CHEN Yu<sup>1\*</sup>, ZHU Ling-feng<sup>2</sup>, LIN Gui-shan<sup>2</sup>, LI Dong-shi<sup>2</sup>, WU Jian-yong<sup>2</sup>

1. Department of Obstetrics and Gynecology, Changhai Hospital, Second Military Medical University, Shanghai 200433, China

2. Department of Radiotherapy, Fuzhou General Hospital, PLA Nanjing Military Area Command, Fuzhou 350025, Fujian, China

3. Department of Obstetrics and Gynecology, Qinghai Red Cross Hospital, Xining 810000, Qinghai, China

[Key words] uterine cervical neoplasms; ureteral obstruction; stents; radiotherapy

[Acad J Sec Mil Med Univ, 2013, 34(10): 1160-Inside back cover]

中晚期宫颈癌患者常伴有输尿管梗阻, 导致肾积水及肾功能损伤的发生, 如不及时处理, 将影响其生存质量, 并最终丧失同步放化疗等根治性治疗机会<sup>[1]</sup>。输尿管支架置入在临床已广泛用于输尿管梗阻的治疗<sup>[2]</sup>, 但输尿管支架置入对于宫颈癌合并输尿管梗阻患者生存质量的改善情况, 以及对根治性放化疗的影响如何, 目前尚缺少系统总结。为此, 本研究对接受输尿管支架置入后联合放疗的宫颈癌合并输尿管梗阻患者资料进行回顾性分析, 评估其临床疗效, 以探讨其应用价值。

### 1 资料和方法

1.1 一般资料 2006年1月至2010年5月收治的63例宫颈癌合并输尿管梗阻患者, 年龄31~71岁, 平均(43.8±10.2)岁。病理诊断均为鳞癌, 临床分期采用国际妇产科联盟(FIGO, 1995)标准: II b期17例, III a期9例, III b期16例, IV a期21例; MRI检查示: 盆腔淋巴结阳性48例, 阴性15例。单侧输尿管梗阻49例, 双侧14例。

1.2 输尿管支架置入 泌尿外科医师在膀胱镜直视

下逆行将双“J”管经输尿管口插入输尿管; 或者在膀胱镜下先经输尿管口置入斑马导丝, 在导丝的引导下套入双“J”管及顶管, 固定导丝, 沿导丝将双“J”管一端送至肾盂, 另一端留置于膀胱内约3 cm, 固定顶管缓缓抽出导丝, 取出顶管及膀胱镜。对双侧肾积水患者两侧均放置支架。

1.3 根治性同步放化疗 采用体外照射结合腔内后装照射。(1)体外照射: 采用Varian2100C直线加速器。上界第5腰椎上缘, 下界闭孔下缘(或根据阴道侵犯范围确定), 双侧界真骨盆外1 cm, 长方形照射野四角挡铅(照射野成六边形)。剂量2.0 Gy/d, 每周5次, 大野完成30 Gy后, 中间挡铅(挡铅宽4 cm)给予20 Gy/20 F, 总量50 Gy。腔内后装照射当天不行体外照射。(2)腔内后装照射: 采用<sup>192</sup>Ir后装放疗机。第4周开始, 每周给予1次腔内照射, 宫腔管每次6.0 Gy, 共7次。同期顺铂40 mg/m<sup>2</sup>单药化疗, 1次/周, 共4~6次。

1.4 肾功能检测及疗效评价 治疗前及治疗后1周后复查肾功能, 指标包括血尿素氮、肌酐含量; 同时进行彩超泌尿系检测, 并评价肾积水程度。按照WHO实体瘤疗效统一评价标准, 疗效分为完全缓解(CR)、部

[收稿日期] 2013-07-05

[接受日期] 2013-09-30

[作者简介] 梁燕, 主管护师. E-mail: 1064445053@qq.com; 傅志超, 硕士, 主治医师. E-mail: fuzhichao@gmail.com

△共同第一作者(Co-first authors).

\* 通信作者(Corresponding author). Tel: 021-31162044, E-mail: yueryw@sina.com

分缓解(PR)、稳定(SD)和进展(PD)。所有患者于放疗后3个月复查MRI,并进行疗效评价。

1.5 统计学处理 采用SPSS 11.0进行统计分析,采用计量资料 $t$ 检验。检验水准( $\alpha$ )为0.05。

## 2 结果

2.1 输尿管支架置入结果 置管成功50例,成功率为79.4%。Ⅱb期及Ⅲa期的患者全部置管成功,在16例Ⅲb期患者中,置管成功11例,失败5例,在21例Ⅳa期患者中,置管成功13例,失败8例。有肾区痛等临床症状的患者均于术后5d内消失;所有患者均有一过性血尿,未经特殊处理自行缓解;35例患者出现轻微尿频、尿急及尿痛等膀胱刺激征,1周内均自行缓解。13例失败患者中,由于局部肿瘤侵犯8例,转移淋巴结侵犯5例,双侧梗阻3例,所有失败患者均采用经皮肾造瘘术。

2.2 置管前后肾功能变化 在置管成功的50例患者中,仅9例在术前出现肾功能异常,表现为尿素氮及肌酐较正常值增高,治疗前尿素氮为 $(23.6 \pm 11.8)$  mmol/L $(11.2 \sim 46.4)$  mmol/L,肌酐为 $(645 \pm 278.3)$   $\mu$ mol/L $(188 \sim 1239)$   $\mu$ mol/L,治疗后尿素氮降至 $(5.9 \pm 4.7)$  mmol/L $(3.1 \sim 9.3)$  mmol/L,肌酐降至 $(96.5 \pm 49.1)$   $\mu$ mol/L $(56 \sim 142)$   $\mu$ mol/L,均基本正常,置管前后差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。肾积水患者于置管1周后复查彩超,结果示所有患者肾积水均明显减轻。

2.3 根治性放化疗完成情况 置管成功50例患者全部完成盆腔外照射及宫腔内后装治疗,未有因为肾功能异常或支架不良反应而中止治疗,但6例患者因无法耐受顺铂的不良反应用于同步化疗2~3次时中止。50例治疗结束后3个月评价近期疗效,其中临床完全缓解35例,部分缓解12例,疾病稳定3例,总有效率为94%,Ⅱb期17例,患者CR、PR、SD的患者数为16、1、0;Ⅲa期(9例)为8、1、0;Ⅲb期(11例)为6、4、1;Ⅳa期(13例)为5、6、2。

## 3 讨论

放疗在宫颈癌的治疗中占有十分重要的地位<sup>[1]</sup>,约90%的宫颈癌患者需要接受放射治疗。但由于各种原因导致宫颈癌患者就诊偏晚,部分患者常合并输尿管梗阻,梗阻轻者限制了放化疗的应用而影响治疗时机及疗效,重者常因尿毒症而导致非肿瘤性死亡<sup>[3]</sup>。

传统治疗宫颈癌合并输尿管梗阻的方法主要有经皮输尿管造口术、肾造瘘术及长期的血液透析等,但一方面创伤较大,另一方面因为尿管改道使患者生活质量明显下降<sup>[4]</sup>。膀胱镜下逆行输尿管内置入双“J”管为微创手术,已在临床广泛开展,是目前临床治疗宫颈癌

致输尿管梗阻的首选<sup>[5]</sup>。这一方法有明显的优势:(1)较高的成功率;(2)患者痛苦较小;(3)较少的费用;(4)较低的并发症。国外报道输尿管导管置入治疗宫颈癌引起的输尿管外压性梗阻的成功率为75.5%(111/147)<sup>[6]</sup>。本组置管成功率为79.4%,与临床报道大致相仿,其肾功能也得到了明显的改善,不会耽误患者的后续治疗。双“J”管置入微创手术能在较短的时间内改善患者肾功能,使患者的一般状况得到明显好转,为后续的治疗创造条件。部分患者因输尿管明显受累无法进行双“J”管置入,后续仅能靠其他传统方法解决,疗效明显下降。

本研究结果显示双“J”管支架置入可明显改善肾功能,使肾积水得到基本缓解,并且没有增加放化疗的毒性、不良反应;还能同步放化疗赢得宝贵的治疗时间,初步的近期疗效表明,完全缓解及部分缓解的例数占绝大多数,其有效率达到94%。这一临床结果并不差于没有合并输尿管梗阻的宫颈癌患者的治疗效果,但对于长期生存率的影响及不良反应的观察仍需进一步随访和总结。

## 4 利益冲突

所有作者声明本文不涉及任何利益冲突。

## [参考文献]

- [1] 殷蔚伯.肿瘤放射治疗学[M].4版.北京:协和医科大学出版社,2008:1007-1049.
- [2] Li C C, Li J R, Huang L H, Hung S W, Yang C K, Wang S S, et al. Metallic stent in the treatment of ureteral obstruction: experience of single institute[J]. J Chin Med Assoc, 2011, 74: 460-463.
- [3] Kamiyama Y, Matsuura S, Kato M, Abe Y, Takyu S, Yoshikawa K, et al. Stent failure in the management of malignant extrinsic ureteral obstruction: risk factors[J]. Int J Urol, 2011, 18: 379-382.
- [4] 刘志红,何芳,周卫阳.妇科肿瘤致输尿管梗阻的处理[J].医学临床研究,2002,7:793-795.
- [5] Sountoulides P, Kaplan A, Kaufmann O G, Sofikitis N. Current status of metal stents for managing malignant ureteric obstruction[J]. BJU Int, 2010, 105: 1066-1072.
- [6] Rotariu P, Yohannes P, Alexianu M, Rosner D, Lee B R, Lucan M, et al. Management of malignant extrinsic compression of the ureter by simultaneous placement of two ipsilateral ureteral stents[J]. J Endourol, 2001, 15: 979-983.

[本文编辑] 贾泽军