

子宫内膜癌及癌前病变筛查技术的应用研究

晏燕 魏益国

成都市郫都区妇幼保健计划生育服务中心(成都市郫都区妇幼保健院) 611730

【摘要】目的: 分析子宫内膜癌及癌前病变筛查技术的应用情况。方法: 选择 2019 年 1 月 -2022 年 12 月进行子宫内膜癌及癌前病变筛查者作为研究对象, 一共 20 例, 将其均进行环状诊刮术取材进行组织病理学检测和宫腔镜下诊刮术取材进行组织病理学检测。结果: 环状诊刮术取材检测子宫内膜癌及癌前病变灵敏度、特异度、准确度接近宫腔镜下诊刮术取材检测, 其中特异度与金标准比较无明显差异 ($P > 0.05$)。环状诊刮术取材检测子宫内膜癌准确率 66.67%、子宫内膜不典型增生 100%。环状诊刮术取材检测子宫内膜不典型增生准确率较高。结论: 环状诊刮术进行取材, 对样本进行病理组织学检查结果接近金标准结果, 此方法可以推广应用。

【关键词】子宫内膜癌; 癌前病变; 环状诊刮术; 宫腔镜下诊刮术;

目前临床用于子宫内膜癌检查的金标准主要是依靠宫腔镜下子宫内膜活检组织病理学检查, 这种方法由于操作复杂, 并发症高以及卫生经济学等原因, 并不适合于做子宫内膜癌的筛查, 因此, 寻找一种适合于针对子宫内膜癌高危人群做早期筛查的技术, 是本次项目的

重点内容。目前常用的子宫内膜癌筛查手段包括经阴道超声 (TVS) 测量子宫内膜厚度, 但由于子宫内膜厚度受月经周期的影响, 处理上需个体化, 很难界定明确的正常范围^[1]。TVS 仅对子宫内膜癌的高危患者进行了初步筛选, 其确诊还需病理组织学证据。在我国, 传统获得子宫内膜病理的方法为诊断性刮宫, 或在宫腔镜直视下取内膜组织进行病理检查。但二者创伤较大, 患者较痛苦, 最好在麻醉下进行, 且有造成子宫穿孔的风险^[2]。由于子宫内膜癌发病率地显著提高, 越来越多学者开始寻求的无创(微创)、快速、准确的筛查方法^[3]。但是目前, 子宫内膜癌并无成熟的筛查方案。因此, 寻求并探索子宫内膜癌有效可行的筛查手段, 对就诊的子宫内膜癌高危人群做子宫内膜癌早期筛查, 早诊断早治疗, 对妇女健康具有重要的意义。具体见下文:

1 资料与方法

1.1 一般资料

选择 2019 年 1 月 -2022 年 12 月进行子宫内膜癌及癌前病变筛查者作为研究对象, 一共 20 例, 将其均进行环状诊刮术取材进行组织病理学检测和宫腔镜下诊刮术取材进行组织病理学检测。20 例子宫内膜癌及癌前病变筛查者年龄范围 48 岁 -62 岁, 平均年龄 50.10 ± 1.17 岁。纳入标准:

均知情同意。均实施环状诊刮术取材, 宫腔镜下诊刮术取材, 并对标本进行组织病理学检测。排除标准: 精神异常, 沟通困难, 认知障碍。合并阴道病变或者节育器导致阴道出血。长期应用糖皮质激素。存在诊刮术或者宫腔镜检查禁忌。中途退出。配合度较低。

1.2 方法

环状诊刮术取材: 首先进行消毒铺巾, 扩张宫口, 探查子宫位置利用取环器将环取出, 取出后利用小号刮匙在宫颈管上刮取一周取得组织样本。

宫腔镜下诊刮术: 患者膀胱排空尿液, 取膀胱截石位。后消毒铺巾, 采取宁盐酸丁卡因胶浆进行局麻, 后采取 5%

葡萄糖进行膨宫。利用宫颈钳夹宫颈前唇后查宫腔大小, 根据鞘套外径进行 6.5-7 号扩张。术中患者头地臂高位, 膨宫液在宫腔内充盈。检查过程中转动镜体, 进行顺序检查, 即全面观察, 在检查宫底、宫腔前后、左右壁, 然后在检查子宫角和输卵管开口, 观察子宫内膜有无异常或者占位性病变等。最后将镜体缓慢退出, 边退出边对宫颈内口和宫颈管进行仔细检查。

组织病理学检测: 将镜下带出的部分异常内膜取样、固定标记和装瓶, 后送至活检, 进行组织病理学检查。

1.3 观察指标

(1) 分析环状诊刮术取材组织病理学检测子宫内膜癌及癌前病变灵敏度、特异度、准确度。灵敏度 = 真阳性例数 / (真阳性例数 + 假阴性例数) $\times 100\%$ 。特异度 = 真阴性例数 / (假阳性例数 + 真阴性例数) $\times 100\%$ 。准确度 = 准确例数 / 每组对应总例数 $\times 100\%$ 。

(2) 分析环状诊刮术取材组织病理学检测子宫内膜癌、子宫内膜不典型增生准确率。

1.4 统计学方法

将数据纳入 SPSS20.0 软件中分析, 计量资料比较采用 t 检验, 并以 $(\bar{x} \pm s)$ 表示, 率计数资料采用 χ^2 检验, 并以率 (%) 表示, ($P < 0.05$) 为差异显著, 有统计学意义。

2 结果

2.1 分析环状诊刮术取材组织病理学检测子宫内膜癌及癌前病变灵敏度、特异度、准确度

金标准: 子宫内膜癌及癌前病变阳性 8 例, 阴性 12 例。环状诊刮术取材检测子宫内膜癌及癌前病变阳性 7 例, 阴性 13 例。环状诊刮术取材检测真阳性 7 例, 假阳性 0 例, 假阴性 1 例, 真阴性 12 例。环状诊刮术取材检测子宫内膜癌及癌前病变灵敏度、特异度、准确度分别为 87.50%, 100%, 95%。和病理检测比较灵敏度 ($\chi^2=13.333$, $P=0.000$)、准确度 ($\chi^2=5.128$, $P=0.024$)。得出结果, 环状诊刮术取材检测子宫内膜癌及癌前病变灵敏度、特异度、准确度接近金标准结果, 其中特异度与金标准比较无明显差异 ($P > 0.05$)。

2.2 分析环状诊刮术取材组织病理学检测子宫内膜癌、子宫内膜不典型增生准确率

金标准: 子宫内膜癌 3 例, 子宫内膜不典型增生 5 例。

环状诊刮术取材检测子宫内膜癌 2 例, 子宫内膜不典型增生 6 例。环状诊刮术取材检测子宫内膜癌准确率 66.67%、子宫内膜不典型增生 100%。得出结果, 环状诊刮术取材检测子宫内膜不典型增生准确率较高。

8. 讨论

子宫内膜疾病是一种妇科常见的疾病, 尤其是近二十年来, 子宫内膜癌的发病率持续增高, 并呈现年轻化趋势。2002 年子宫内膜癌发病率为 19.8/10 万, 2008 年为 28.7/10 万, 死亡率为第 10 位。2016 年已经增至女性肿瘤发病的第四位, 死亡率上升至第六位。曾经国内妇科第一杀手——宫颈癌, 经过传统巴氏液片—液基—HPV 检测等技术改革, 国家组织“两癌筛查”及多地区相继开展并普及宫颈癌筛查等防范措施, 宫颈癌的发病逐年降低。子宫内膜癌的发病率却大大增加, 目前为各省市地区的高发癌症。据统计, 在我国的北京、上海等发达地区的发病率已超过宫颈癌, 成为女性生殖道恶性肿瘤的第一位, 严重危害着女性的身心健康^[4]。在天津地区妇产科临床观察表明, 子宫内膜疾病的发病率也在持续增高。例如: 北京肿瘤防治办发布的《2016 年北京市健康白皮书》数据显示: 截止 2015 年子宫内膜癌发病率占女性恶性肿瘤发病率的第 5 位, 为 18.67/10 万 (高于宫颈癌第 10 位, 9.56/10 万)。子宫内膜癌的高危因素主要包括无孕激素拮抗的雌激素作用, 例如绝经后单纯的雌激素替代治疗; 乳腺癌患者三苯氧胺长期治疗也增加绝经后妇女的子宫内膜癌发病率。另外, 其它可能和雌激素相关的因素包括肥胖、糖尿病、不育、多囊卵巢综合征、初潮早及晚绝经等。女性的遗传性非息肉型结直肠癌 (HNPCC) 综合征是明确的显著增加子宫内膜癌发生的遗传因素。因此, 锁定高危人群, 选择合适的筛查方案, 从而早期治疗, 有望降低子宫内膜癌的死亡率。

目前临床上用于子宫内膜癌检查的金标准主要依靠宫腔镜下子宫内膜活检组织病理学检查, 这种方法由于操作复杂, 并发症高以及卫生经济学等原因, 并不适合与做子宫内膜癌筛查。所以寻找一种适合于针对子宫内膜癌高危人群做早期筛查技术, 是本次项目重点内容。

宫腔镜在诊断和诊断子宫内膜癌及癌前病变时具有独特的优势, 不仅能够更加直观病灶和准确活检, 还能有效避免内膜所可能引起的漏诊, 进而在早期则可以诊断病变, 能够避免内膜大出血和肿瘤污染和转移^[5-6]。由于宫腔镜能够深入到子宫内壁, 则可以对子宫宫腔内结构和相应的病变部位的形态、形状、大小等进行直接观察^[7-8]。当患者进行宫腔镜下诊刮术检测时发现子宫内膜存在癌变情况, 则可以立刻采取病变组织样本进行病检, 并且还可以进行相应的常规检查。但是宫腔镜下诊刮术检测也存在不足支持。宫腔镜操作对医师技术水平要求极高, 并且宫腔镜对子宫内, 厚度和浸润子宫肌层间关系无法较好的评价。环状诊刮术即扩张宫口, 探查子宫的位置, 用取环器将环取出, 取出之后再行刮宫, 将子宫内膜刮出进行检查^[9]。此次研究则分析环状诊刮术取材, 宫腔镜下诊刮术取材检测子宫

内膜癌及癌前病变情况。结果发现, 环状诊刮术取材检测子宫内膜癌及癌前病变灵敏度、特异度、准确度接近宫腔镜下诊刮术取材检测, 其中特异度与金标准比较无明显差异 ($P > 0.05$)。环状诊刮术取材检测子宫内膜癌准确率 66.67%、子宫内膜不典型增生 100%。环状诊刮术取材检测子宫内膜不典型增生准确率较高。环状诊刮术进行取材检测子宫内膜癌及癌前病变能够也发挥较大价值。环状诊刮术操作简单, 只需要采取少量子宫内膜以及宫颈组织, 对深层子宫平滑肌以及血管没有损伤, 所以创伤较小, 痛苦较小。环状诊刮术取材能够为后续治疗提供有效帮助^[10]。本次研究局限性: 样本量不足, 观察指标较少。接下来研究中需要不断扩大样本量, 丰富观察指标, 更好的对子宫内膜癌及癌前病变筛查技术的应用情况进行探讨, 不断提高子宫内膜癌及癌前病变筛查率, 有利于早期治疗和控制。

综上所述, 环状诊刮术进行取材, 对样本进行病理组织学检查结果接近金标准结果, 此方法可以推广应用。

参考文献

- [1] 尼丁文, 王秦玉, 范梅贞. 超声引导下诊刮术联合造影诊断子宫内膜癌合并宫腔积液的临床价值 [J]. 北华大学学报 (自然科学版), 2023, 24(02): 218-221.
- [2] 李雪茹, 贾艳艳, 史惠蓉等. 宫腔镜下病灶电切术联合高效孕激素在保留生育功能子宫内膜癌患者中的临床价值 [J]. 中国妇产科临床杂志, 2022, 23(06): 565-569.
- [3] 洪波. 宫腔镜辅助下分段诊断性刮宫术对子宫内膜癌的诊断价值 [J]. 智慧健康, 2022, 8(25): 77-80.
- [4] 崔秀红. 宫腔镜检查在子宫内膜癌及癌前病变筛查中的临床意义 [J]. 实用妇科内分泌电子杂志, 2021, 8(33): 85-87.
- [5] 刘长爱. 宫腔镜检查对子宫内膜癌及癌前病变的筛查作用 [J]. 中国医疗器械信息, 2021, 27(19): 113-115.
- [6] 徐慧. 宫腔镜辅助下分段诊刮术诊断子宫内膜癌的准确率及腹腔冲洗液细胞学阳性的相关因素分析 [J]. 河南医学研究, 2021, 30(01): 64-65.
- [7] 方芳, 吕丹. 宫腔镜下子宫内膜活检及分段诊刮术在子宫内膜癌早期诊断中的应用价值 [J]. 解放军医药杂志, 2020, 32(12): 23-26.
- [8] 张晓勇. 宫腔镜辅助下分段诊刮术与单纯分段诊刮术诊断子宫内膜癌价值比较 [J]. 陕西医学杂志, 2019, 48(08): 1045-1048.
- [9] 杨菊平, 邹芹, 刘艳梅. 宫腔镜直视下活检联合分段诊刮术对子宫内膜癌的诊断价值 [J]. 微创医学, 2018, 13(05): 639-641.
- [10] Raffone A, Travaglino A, Zullo F M, et al. Predictive Accuracy of Progesterone Receptor B in Young Women with Atypical Endometrial Hyperplasia and Early Endometrial Cancer Treated with Hysteroscopic Resection plus LNG-IUD Insertion - ScienceDirect [J]. Journal of Minimally Invasive Gynecology, 2021, 28(6): 1244-1253.