



常见妇科恶性肿瘤 诊治指南

第4版

中华医学会妇科肿瘤学分会

主编 / 沈 铿 崔 恒 丰有吉



人民卫生出版社
PEOPLE'S MEDICAL PUBLISHING HOUSE

常见妇科恶性肿瘤

诊治指南

第4版

名誉主编 郎景和 曹泽毅

主 编 沈 铿 崔 恒 丰有吉

编 者 (以姓氏汉语拼音为序)

曹冬焱	曹泽毅	陈子江	程晓东	崔 恒
邓成艳	丰有吉	黄 鹤	黄曼妮	姜 洁
孔北华	郎景和	李 斌	李孟达	李玉洁
梁志清	廖秦平	刘继红	吕卫国	马 丁
彭芝兰	乔 杰	沈 铿	宋 磊	孙 红
万希润	王建六	王新宇	魏丽惠	吴令英
吴 鸣	吴小华	向 阳	谢 幸	杨冬梓
杨佳欣	杨秀玉	张福泉	赵 霞	周灿权

人民卫生出版社

图书在版编目(CIP)数据

常见妇科恶性肿瘤诊治指南/沈铿,崔恒,丰有吉主编. —4版.
—北京:人民卫生出版社,2014

ISBN 978-7-117-18734-3

I. ①常… II. ①沈…②崔…③丰… III. ①妇科病-肿瘤-
诊疗-指南 IV. ①R737.3-62

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2014)第 035892 号

人卫社官网	www. pmph. com	出版物查询, 在线购书
人卫医学网	www. ipmph. com	医学考试辅导, 医学数 据库服务, 医学教育资 源, 大众健康资讯

版权所有, 侵权必究!

常见妇科恶性肿瘤诊治指南

第 4 版

主 编: 沈 铿 崔 恒 丰有吉

出版发行: 人民卫生出版社(中继线 010-59780011)

地 址: 北京市朝阳区潘家园南里 19 号

邮 编: 100021

E - mail: pmph @ pmph. com

购书热线: 010-59787592 010-59787584 010-65264830

印 刷: 中国农业出版社印刷厂

经 销: 新华书店

开 本: 850×1168 1/32 印张: 6.5

字 数: 133 千字

版 次: 2000 年 5 月第 1 版 2014 年 4 月第 4 版

2014 年 4 月第 4 版第 1 次印刷(总第 10 次印刷)

标准书号: ISBN 978-7-117-18734-3/R · 18735

定 价: 29.00 元

打击盗版举报电话: 010-59787491 E-mail: WQ @ pmph. com

(凡属印装质量问题请与本社市场营销中心联系退换)

前 言

自 1996 年中国妇科肿瘤学组 (CGOG) 在河南郑州全国妇科肿瘤大会上首次颁布了我国宫颈癌、内膜癌、卵巢癌、外阴阴道肿瘤和滋养细胞肿瘤五大妇科常见肿瘤的诊治指南, 至今已有 18 年。此后, 中华医学会妇科肿瘤学分会 (CSGO) 又多次对这 5 个指南进行了修订, 这些工作对推动全国妇科肿瘤诊治规范化起到了基石和里程碑的作用。从 2012 年 10 月第三届中华医学会妇科肿瘤学分会成立之日起, 就将再次修订《妇科常见肿瘤诊治指南》作为学会的重要工作。经过 30 多名全国知名专家, 长达一年多时间的讨论和反复修改, 新一版的指南终于出版发行。修订指南的宗旨是“为医生和患者提供当前最佳的诊断和治疗的建议, 提高治疗水平, 改善治疗效果”。为了更规范地表达“指南”的内容和意义, 并逐步与国际的标准接轨, 再版“指南”的名称改为《常见妇科恶性肿瘤诊治指南》。

近年来, 国际妇产科联盟 (FIGO) 的妇科肿瘤诊治指南、美国癌症协作网 (NCCN) 的指南相继引入和使用, 进一步强化了我国妇科肿瘤诊治规范化的意识。尽管, 这些指南的形式不同, 要求和标准也有差异。FIGO 指南、CSGO 指南以文字形式为主, 强调治疗原则, 覆盖妇科各类肿瘤, 全面精炼、提纲挈领、要点突出, 主要用于发展中国家; 而 NCCN 指南

主要为流程图形式,囊括病程的各个阶段及治疗中可能遇到的各种问题,针对每种情况给出诊治流程上的建议,医生可以方便、快速地为每位患者找到针对性建议,更加突出临床应用的方便性和实用性,有助于规范临床实践行为。但是,所有指南都有一个共同目标:提高妇科肿瘤的诊治水平,不断更新内容,确保指南能够反映最前沿的进展,在妇科肿瘤诊治中加强多学科间的合作,为临床研究提供一个评价肿瘤诊治水平的标准。今天,以指南为引导,规范妇科肿瘤的诊治已成为全国妇科肿瘤医生的共识。通过推行指南和实施诊治的规范化,大大提升我国妇科肿瘤的诊治水平。

当然,指南并不是一成不变的,指南也需要循证,需要总结,需要推行,需要检验,需要修正。随着医学模式由生物学模式向生物-心理-社会医学模式的转型,价值医学的理念不断普及,人性化的治疗成为 21 世纪妇科肿瘤治疗发展的趋势。妇科肿瘤治疗的目的不再仅仅局限于治疗肿瘤,延长患者生存期,而逐步转移到提高患者生存质量,维护患者健康状态的更高层次。为了加快与国际接轨的速度,缩短我国妇科肿瘤诊治水平与国际先进水平的距离,及时将新的治疗理念和技术服务于我国的妇科肿瘤患者,在这次的指南修订中,除了更新五大常见妇科肿瘤的内容,还增加了妇科肿瘤保留生育功能治疗的指南,对于年轻妇科肿瘤患者保留生育功能的治疗是妇科肿瘤医生面临的新挑战。

在推广妇科肿瘤诊治规范化的同时,也要注重患者治疗的个体化。个体化治疗不是随意的治疗,而是在规范化诊治的基础之上,根据患者具体情况,

选择指南所规定的不同治疗策略。妇科肿瘤的诊断治疗繁杂艰难,既要规范化,又要个体化;既需要深厚的基础理论和多学科知识,又要有丰富的临床经验和娴熟的技能;更要具备良好的人文修养、伦理原则和与患者及病家交流沟通的艺术。因此,一个成熟的妇科肿瘤医生的成长与造就将是理论与实践结合,理智与情感熔铸的过程。

修订指南是施行规范化治疗的重要内容和基本保证。随着《常见妇科恶性肿瘤诊治指南》的不断修订、不断完善、不断规范及不断普及,将对中国妇科肿瘤的发展发挥更大的促进作用,更好地造福于我国的妇科肿瘤患者。

沈铿 郎景和

2014年2月26日 于北京

目 录

第一章	外阴癌	1
第二章	阴道恶性肿瘤	21
第三章	子宫颈上皮内瘤变及子宫颈癌	29
第四章	子宫内膜癌	49
第五章	子宫肉瘤	73
第六章	卵巢恶性肿瘤	83
第七章	妊娠滋养细胞疾病	115
第八章	妇科恶性肿瘤保留生育功能 临床诊治指南	141
第九章	妇科恶性肿瘤的化疗	163
第十章	妇科恶性肿瘤的放疗	179

第一章

外阴癌

一、简介

外阴癌发病率不高, 占所有女性恶性肿瘤的 1% 以下, 占女性生殖道原发性恶性肿瘤的 3%~5%。多见于老年人, 近年来发病有年轻化趋势, <40 岁的患者占 40%。约 90% 的原发性外阴癌为鳞状细胞癌, 其他包括恶性黑色素瘤、腺癌、基底细胞癌、疣状癌、肉瘤及其他罕见的外阴恶性肿瘤等。虽然外阴癌位于体表易于早期发现, 但传统观念常常拖延了患者就诊的时机。而且由于多数患者伴有长期的外阴良性疾病史或合并其他妇科疾病, 临床上也易被误诊。对外阴癌的治疗强调个体化和综合治疗。近年来, 随着对外阴癌认识的深入和放、化疗的发展, 手术范围趋于缩小, 重视保留外阴的生理功能, 减轻术后患者生理及心理方面的创伤, 综合应用放疗及化疗, 在提高疗效的同时, 注意改善患者的生活质量。外阴癌患者的 5 年生存率为 52%~85%, 预后与腹股沟淋巴结转移密切相关。由于发病率低, 病例数较少, 临床随机研究很少, 对外阴癌的治疗方式需要更进一步的研究。

二、诊 断

1. 危险因素 流行病学调查发现,外阴癌可以分为与人乳头状瘤病毒(human papillomavirus, HPV)感染相关和不相关两大类:①与 HPV 感染有关的外阴癌患者:多为年轻妇女,可能有外阴湿疣的病史。并且吸烟可能是这一部分患者发病的危险因素。HPV 感染的型别以 HPV16、18、31 型多见,所导致的外阴癌的病理类型多为鳞癌。②另一部分与 HPV 感染无关的外阴癌患者:多为老年妇女,不吸烟,与外阴的慢性营养障碍,如外阴硬化性苔癣、外阴增生性营养障碍等有关,可合并有外阴的上皮内瘤变(vulvar intraepithelial neoplasia, VIN)。肥胖、高血压、糖尿病、免疫功能低下可能与外阴癌发生有一定关系,但不是独立的危险因素。

对有上述危险因素者,特别是有外阴硬化性苔癣或 VIN 3,以及生殖道其他部位恶性肿瘤的患者应定期检查外阴,必要时可进行阴道镜检查进一步评估。

2. 症状和体征 外阴癌多见于绝经后妇女。一些患者有外阴前驱病变的病史,如外阴硬化萎缩性苔癣、外阴增生性营养障碍等。最常见的症状是外阴瘙痒、局部肿块或溃疡,可伴有疼痛、出血、排尿困难及阴道排液,少部分患者可没有任何症状。

根据病灶部位分为中线型和侧位型,前者包括位于阴道口、尿道口、肛门、会阴后联合及会阴体的病灶,后者包括位于大小阴唇的病灶。可表现为单个或多发结节、菜花样肿物或浸润性溃疡。最多见的部位是大阴唇,其次是小阴唇、阴蒂、会阴体,可累

及肛门、尿道和阴道。可出现一侧或双侧腹股沟淋巴结的肿大,甚至溃疡。

妇科检查时应注意外阴肿物的部位、大小、质地、活动度、与周围组织的关系,注意双侧腹股沟区是否有肿大的淋巴结。并应仔细检查阴道、宫颈、子宫及双侧附件区,以排除其他生殖器官的转移瘤。

3. 病理诊断 对体检发现的任何外阴病变在治疗前均应行活检病理确诊。活检组织应包括病灶、病灶周围的皮肤和部分皮下组织,推荐在局麻下行病灶切取活检。如果病灶直径 $\leq 2\text{cm}$,必须完整切除病灶(局部广泛切除),进行连续切片以正确评估浸润深度。但对较大的病灶不宜行整个病灶的切除活检,因不利于确定进一步切除的范围。病理报告应包括以下内容:

(1)肿瘤浸润深度:必要时进行连续切片确定浸润的深度,以协助制订进一步治疗方案。

(2)病理组织学类型:鳞状细胞癌是外阴癌最常见的类型,其次为恶性黑色素瘤、腺癌、基底细胞癌、疣状癌、肉瘤等。

(3)组织病理学分级

G_x —分级无法评估

G_1 —高分化

G_2 —中分化

G_3 —低分化

(4)脉管间隙受累:若肿瘤呈浸润性生长或有淋巴血管间隙受累,则局部复发率较高,预后较差。

(5)手术后的病理报告应包括转移淋巴结的数量、转移灶大小,及是否有囊外扩散。

4. 辅助检查

(1)宫颈涂片细胞学检查。

(2)阴道镜检查：了解宫颈和阴道是否同时也有病变，如宫颈上皮内瘤变(CIN)或阴道上皮内瘤变(VAIN)。

(3)盆腔和腹腔 CT/MRI 检查：有助于了解相应部位的淋巴结及周围组织器官受累的情况。

(4)对晚期患者，可通过膀胱镜、直肠镜了解膀胱黏膜或直肠黏膜是否受累。

(5)对临床可疑转移淋巴结或其他可疑转移病灶必要时可行细针穿刺活检。

(6)建议常规行宫颈及外阴病灶 HPV DNA 检测及梅毒抗体检测。

5. 分期 1994 年修订的外阴癌手术-病理分期存在着一些问题，如仅依据临床检查评估腹股沟淋巴结有无转移的准确性不高；以病灶大小 2cm 区分Ⅰ期和Ⅱ期预后无差别；而同为Ⅲ期的患者预后差别却甚大，且没有考虑转移淋巴结的数量、大小和淋巴结囊外受累的情况等。2009 年 5 月，FIGO 公布了再次修订后的外阴癌新分期(表 1-1)。

表 1-1 外阴癌分期(FIGO, 2009 年)

FIGO 分期	临床特征
Ⅰ期	肿瘤局限于外阴，淋巴结无转移
ⅠA期	肿瘤局限于外阴或会阴，最大直径≤2cm，间质浸润≤1.0mm
ⅠB期	肿瘤最大径线>2cm 或局限于外阴或会阴，间质浸润>1.0mm
Ⅱ期	肿瘤侵犯下列任何部位：下 1/3 尿道、下 1/3 阴道、肛门，淋巴结无转移

续表

FIGO 分期	临床特征
Ⅲ期	肿瘤有或(无)侵犯下列任何部位:下 1/3 尿道、下 1/3 阴道、肛门,有腹股沟-股淋巴结转移
Ⅲ A 期	(i)1 个淋巴结转移($\geq 5\text{mm}$),或(ii)1~2 个淋巴结转移($< 5\text{mm}$)
Ⅲ B 期	(i) ≥ 2 个淋巴结转移($\geq 5\text{mm}$),或(ii) ≥ 3 个淋巴结转移($< 5\text{mm}$)
Ⅲ C 期	阳性淋巴结伴囊外扩散
Ⅳ期	肿瘤侵犯其他区域(上 2/3 尿道、上 2/3 阴道)或远处转移
Ⅳ A 期	(i)肿瘤侵犯下列任何部位:上尿道和(或)阴道黏膜、膀胱黏膜、直肠黏膜或固定在骨盆腔,或(ii)腹股沟-股淋巴结出现固定或溃疡形成
Ⅳ B 期	任何部位(包括盆腔淋巴结)的远处转移

新分期的变化有以下几点:

(1)病灶局限于外阴,无淋巴结转移,不论病灶大小都归为Ⅰ期。而ⅠA和ⅠB期的区别不仅有浸润深度的不同(1.0mm为界),还有肿瘤大小的区别(2cm为界)。

(2)Ⅱ期的标准也要求淋巴结阴性,不论肿瘤大小,如果侵犯了邻近会阴组织,包括下 1/3 尿道、下 1/3 阴道或肛门就属于Ⅱ期,而这种情况在旧分期中属于Ⅲ期。

(3)Ⅲ期最基本的诊断标准是有阳性的腹股沟淋巴结,而不论肿瘤大小和有无邻近会阴结构受累。

并且,根据淋巴结转移的数量和转移灶的大小,以及有无囊外扩散,Ⅲ期又分出 A、B、C 三个亚分期。

(4)ⅣA 期增加了“上 2/3 阴道受侵”的情况。此外,重要的改变是依据转移淋巴结的状态(如固定或溃疡形成),而不再是依据侧别(双侧淋巴结转移)诊断ⅣA 期。

三、治 疗

1. 外阴上皮内瘤样病变(VIN)的处理 近年来,VIN 的发病率在性生活活跃的年轻妇女中渐趋增加。VIN 的自然病史尚不完全确定,有一定的恶变潜能,约 2%~4%进展为浸润癌,但约有 38%的 VIN 可以自行消退。在治疗前应通过多点活检确定病变完全为上皮内病变。

(1)VIN 1 的处理

1)定期观察:大多数 VIN 1 可自行消退,可以定期行阴道镜检查。如果无明显症状且病变未发生变化,可暂不予治疗。

2)对有症状者,可选择外用药物,如氟尿嘧啶软膏、咪喹莫特软膏等,或激光治疗。

(2)VIN 2 和 VIN 3 的处理:多采用外阴表浅上皮局部切除术,切缘超过病灶外 0.5~1cm 即可,注意保存外阴基本的解剖构型。由于阴蒂较少受累,故一般都能保留阴蒂及其正常功能,这对于年轻妇女尤为重要。如果病变累及小阴唇或阴蒂,则更多采用激光汽化或部分切除。如病变较广泛或为多灶性,可考虑行外阴皮肤切除术(skinning vulvectomy)。这种方法切除了病变处的表皮层及真皮层,保留了皮下组织,尽量保留阴蒂,从而保留了外阴的外观和功

能。必要时植皮。

应该向患者说明,即使切除了病变,仍有复发的可能,而复发并不一定就是治疗的失败。妇科医师应向患者清楚解释这种疾病的性质特点,以及病变本身的自然病史,并告知随访检查的重要性。

2. 外阴浸润癌的处理

(1) 治疗原则

1) 手术治疗:外阴癌的治疗以手术治疗为主,强调个体化、多学科综合治疗。手术为首先考虑的治疗手段,传统的手术方式是广泛的全外阴切除及腹股沟淋巴结清扫术,有时还附加盆腔淋巴结清扫术。长期以来,这种传统的手术方式普遍应用于各种不同期别及不同组织学类型的外阴癌,虽取得了较好的治疗效果,但这种不加选择的广泛切除方式给患者造成的创伤较大,大多数患者手术伤口不能一期愈合,需要长期换药或植皮,伤口愈合后其瘢痕使外阴严重变形,对性生活或心理影响较大。此外,老年患者对这种创伤性较大的手术耐受性差,易发生各种并发症。手术后出现的下肢淋巴水肿也给患者带来很大的困扰,严重影响患者的生活质量。近年来研究发现,手术范围趋于缩小的改良手术方式并不影响早期患者的预后,对晚期患者应重视与放疗、化疗相结合的综合治疗。

2) 放射治疗:一般不作为外阴癌的首选治疗,因为外阴组织对放射线耐受性差。但放疗是外阴癌综合治疗的重要组成部分,是有效的辅助治疗。研究表明,对淋巴结转移患者进行术后腹股沟区及盆腔放射治疗可改善生存,减少复发。外阴肿瘤大或侵犯尿道、肛门者,术前放疗可以减小肿瘤体积、降低

肿瘤细胞活性、增加手术切除率及保留尿道和肛门括约肌功能。少数由于心、肝、肾功能不全而不宜接受手术治疗的患者,或因肿瘤情况无法手术治疗的,可选择全量放疗。

3)抗癌药物治疗:化疗在外阴癌治疗中的地位尚存在一定争议,其应用主要有以下几个方面:①作为手术前的新辅助治疗,缩小肿瘤以利于后续的治疗;②与放疗联合应用治疗无法手术的患者;③作为术后的补充治疗,可单独使用或与放疗联用;④用于复发患者的治疗。由于外阴癌发病率低,病例数少,化疗对外阴癌的作用尚缺乏高级别循证医学的证据。

(2)外阴微小浸润癌(I A 期)的处理:外阴微小浸润癌定义为肿瘤直径 $\leq 2\text{cm}$ 及浸润深度 $\leq 1\text{mm}$ 的单个外阴病灶。应行局部广泛切除术(wide local excision),手术切缘距离肿瘤边缘 1cm ,深度至少 1cm ,需达皮下组织。如果局部切除标本显示有神经或血管侵犯,应该考虑更广泛的切除。通常不需要切除腹股沟淋巴结。

(3)早期外阴癌的处理:早期外阴癌被定义为肿瘤局限于外阴,未侵犯邻近器官,且临床无可疑淋巴结转移者。对早期患者,应先处理原发病灶,然后依据病灶的病理检查情况,决定进一步对淋巴结的处理。

1)原发病灶的治疗:如果病变局限,推荐采用外阴广泛性局部切除术(radical local excision)。手术切除范围应包括癌灶周围至少 1cm 宽的外观正常的组织,深度应达尿生殖膈下筋膜。如果癌灶在阴蒂部位或其附近,则应切除阴蒂。与传统手术相比,此

保守性术式在预防局部复发方面疗效相当,可减少术后对患者性心理的影响。如果同时存在 VIN 或硬化性苔癣,应该切除病变部位的表浅皮肤组织以控制症状;若怀疑有潜在的浸润性病灶,则切除深度同浸润癌。

对病灶较大或病灶靠近尿道或肛门的病例,可根据具体情况选择以下治疗:①进行更广泛的手术。例如在估计不会引起尿失禁的情况下可以切除尿道远端 1cm。②术前辅助放疗或同期放化疗,以缩小对尿道及肛门部位的切除范围。术前放疗可使病变缩小,增加病变切缘的阴性率,并使保留尿道和肛门成为可能。放射剂量一般为 $25\sim 30\text{Gy}/3\sim 4\text{w}$,照射时注意保持外阴清洁和干燥,减少感染,放疗结束休息 2~3 周后行手术治疗。

同期放化疗时常用的化疗药物为顺铂(DDP)、氟尿嘧啶(5-FU)、博来霉素(BLM)、丝裂霉素(MMC)等。用药途径可选择静脉化疗或动脉灌注化疗。可单用顺铂,剂量为每周 $30\sim 40\text{mg}/\text{m}^2$ 。也可选用铂类为基础的联合化疗,在放疗过程的第 1 周及第 4 周给药。

2)腹股沟淋巴结的切除:腹股沟区复发者死亡率非常高,适当的腹股沟和股淋巴结切除术是减少早期外阴癌死亡率的重要影响因素。其处理原则如下:

A. 同侧腹股沟、股淋巴结切除:适用于侧位型肿瘤,包括间质浸润深度 $> 1\text{mm}$ 的 T_1 期和所有 T_2 期。

B. 双侧腹股沟、股淋巴结切除:适用于中线型肿瘤,累及小阴唇前部的肿瘤,或一侧病灶较大的侧

位型肿瘤,尤其是同侧淋巴结阳性者。

C. 术中发现可疑肿大淋巴结并经冷冻病理检查证实淋巴结阳性者,建议仅切除增大的淋巴结,而避免系统的淋巴结切除术,术后给予腹股沟和盆腔放疗。因为系统的腹股沟股淋巴结切除术加上术后放疗可能导致严重的下肢淋巴水肿。

D. 推荐同时切除腹股沟淋巴结和股淋巴结。股淋巴结位于卵圆窝内股静脉的内侧,切除股淋巴结时不必去除阔筋膜。

E. 对病灶位于阴蒂或阴蒂周围者,可选择传统的外阴和腹股沟整块切除方法,但应保留浅筋膜上方的皮下组织。这种方法术后伤口愈合时间长,常需植皮处理。目前多行三切口切除术,将外阴切除与腹股沟淋巴结清除分开进行,在外阴和腹股沟之间留下皮肤间桥,可明显改善伤口愈合,早期患者皮肤间桥处的复发率也很低。

F. 建议行腹股沟淋巴结切除术时保留大隐静脉,有助于减少术后伤口的炎症及下肢水肿。同时行缝匠肌移位有助于保护股管,减少术后可能发生的损伤。

G. 对肿瘤直径 $<4\text{cm}$ 的早期外阴癌,可考虑探索应用前哨淋巴结(sentinel lymph node, SLN)检测技术,以预测腹股沟淋巴结是否转移,可避免对无淋巴结转移的患者进行不必要的腹股沟淋巴结清扫。推荐联合使用蓝染料和放射性核素法。单用蓝染料检测外阴癌 SLN 方法简单,不需要特殊设备,但 SLN 检出率比联合两种方法为低。外阴癌 SLN 检测要求手术医师有足够的训练和经验,并且要对病例进行选择,排除一些可能影响 SLN 检出率的因素