



常见妇科恶性肿瘤 诊治指南

第5版

中华医学会妇科肿瘤学分会 组织编写

主编 / 马 丁 沈 铿 崔 恒



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5版

中华医学会妇科肿瘤学分会组织编写

名誉主编 郎景和 曹泽毅

主 编 马 丁 沈 铿 崔 恒

编 者 (以姓氏汉语拼音为序)

曹冬焱	曹泽毅	陈 刚	陈子江	程晓东
崔 恒	邓成艳	丰有吉	黄 鹤	黄曼妮
姜 洁	蒋 芳	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	王世宣
王新宇	汪 辉	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/马丁,沈铿,崔恒主编.—5版.
—北京:人民卫生出版社,2016
ISBN 978-7-117-23740-6

I. ①常… II. ①马… ②沈… ③崔… 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(2016)第 283711 号

人卫智网 www.ipmph.com 医学教育、学术、考试、健康,
购书智慧智能综合服务平台
人卫官网 www.pmph.com 人卫官方资讯发布平台

版权所有,侵权必究!

常见妇科恶性肿瘤诊治指南

第 5 版

主 编:马 丁 沈 铿 崔 恒

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:北京汇林印务有限公司

经 销:新华书店

开 本:850×1168 1/32 印张:7.5

字 数:153 千字

版 次:2000 年 5 月第 1 版 2016 年 12 月第 5 版

2016 年 12 月第 5 版第 1 次印刷(总第 11 次印刷)

标准书号:ISBN 978-7-117-23740-6/R·23741

定 价:39.00 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

中国妇科肿瘤学组(CGOG)于1996年首次颁布了我国宫颈癌、子宫内膜癌、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,到如今已有20年。此后,中华医学会妇科肿瘤学分会(CSGO)多次对这5个指南进行了修订,这为我国妇科肿瘤的规范化诊治奠定了基础。2015年11月第四届中华医学会妇科肿瘤学分会成立后,重要工作之一就是再次修订《常见妇科恶性肿瘤诊治指南》。经过30多名全国知名专家近一年时间的讨论和修订,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”。此次修订指南,我们本着与时俱进、突出重点、尽可能与国际标准接轨的原则,更好的为全国妇科肿瘤医生和广大患者服务。

本次指南修订的重要参考资源来自于新版国际妇产科联盟(FIGO)诊治指南和美国癌症协作网(NCCN)的指南,前者特点以文字形式描述为主,全面精炼、提纲挈领、要点突出,强调治疗原则;后者以流程图为主要表达形式,囊括病程各阶段及治疗中遇到问题,并给出诊治流程上的建议,医生可以方

便、快速找到针对性建议,更加突出临床实用性。此外,世界卫生组织(WHO)2014年版《女性生殖器官肿瘤分类》也为我们这次修订提供了很好的参考资料。所有指南都有一个共同目标:通过更新内容,确保指南能够反映最前沿的进展,有助于规范临床实践行为,提高妇科肿瘤的诊治水平,并为临床研究提供一个评价标准。当然,指南并不是一成不变的,指南也需要循证,需要总结,需要验证,更需要不断修正。在这次的指南修订中,除了更新五个常见妇科肿瘤和妇科肿瘤保留生育功能治疗内容外,还增补了妇科恶性肿瘤腹腔镜手术(机器人辅助)操作指南,这将对妇科肿瘤快速发展的新领域给予规范化指导意见。这次指南修订,旨在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。

随着医学模式由生物医学模式向生物-心理-社会医学模式的转型,价值医学的理念得到不断普及。在规范化诊治的基础之上,根据患者具体情况,选择指南所规定范围内的治疗策略。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家属交流沟通的艺术。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。

马 丁 郎景和

2016 年 12 月

目 录

第一章	外阴癌	1
第二章	阴道恶性肿瘤	21
第三章	子宫颈上皮内病变及子宫颈癌	28
第四章	子宫内膜癌	47
第五章	子宫肉瘤	71
第六章	卵巢恶性肿瘤	80
第七章	妊娠滋养细胞疾病	111
第八章	妇科恶性肿瘤保留生育功能的临床 诊治指南	137
第九章	妇科恶性肿瘤的化疗	158
第十章	妇科恶性肿瘤的放射治疗	177
第十一章	妇科恶性肿瘤腹腔镜(及机器人辅助) 手术操作指南	204

第一章

外 阴 癌

一、简介

外阴癌发病率不高, 占有女性恶性肿瘤的 1% 以下, 占女性生殖道原发性恶性肿瘤的 3% ~ 5%。外阴癌多见于老年人, 近年来发患者群趋向年轻化, <40 岁的患者占 40%。约 80% 的原发性外阴癌为鳞状细胞癌, 其他包括恶性黑色素瘤、基底细胞癌、疣状癌、Paget 病、腺癌、前庭大腺癌、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, 临床上容易误诊。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上的创伤。综合应用放疗及化疗, 在提高疗效的同时, 可有效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是否转移密切相关。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,外阴癌可分为人乳头状瘤病毒(human papillomavirus, HPV)感染相关性和非相关性两大类: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,吸烟可能是这一类外阴癌发病的危险因素。外阴癌患者的 HPV 感染以 HPV16、18、31 型多见,这类患者的病理类型多为鳞癌。②与 HPV 感染无相关性的外阴癌患者:多为老年妇女,无吸烟史,与外阴的慢性营养障碍,如外阴硬化性苔藓、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这类外阴癌的发生有一定关系,但并非独立的危险因素。

对有上述危险因素者,特别是有外阴硬化性苔藓或 VIN,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藓、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

个或多个结节、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(楔形切除或使用 Keyes 活检器),多发病灶需从各病灶多处取材。活检明确浸润深度后进一步确定手术范围。对较小的病灶不宜先行切除,先行活检明确肿瘤浸润深度以便确定手术范围,如活检病变间质浸润深度 $\geq 1\text{mm}$,病灶直径 $\geq 2\text{cm}$,须行局部广泛切除术完整切除病灶,进行连续切片以正确评估浸润深度,若浸润深度不超过 1mm ,不需后续治疗。

外阴上皮内瘤变(vulvar intraepithelial neoplasia, VIN)在某些情况下被认为是外阴癌的癌前期病变,其分类多年来一直有所变化。2004 年国际外阴阴道疾病研究协会(International Society for the Study of Vulvovaginal Disease, ISSVD)公布的分类中不再使用 VIN1,而 VIN2 及 VIN3 则统一简称为 VIN,并将 VIN 分为:

(1)寻常型 VIN(疣状,基底细胞样和混合型),其中多数病例与人乳头瘤病毒(HPV)感染相关;

(2)分化型 VIN,主要见于年长妇女,常与硬化

性苔藓和(或)鳞状上皮过度增生相关。

在 2015 年公布的最新分类中,ISSVD 将 VIN 分为:

(1)外阴低级别上皮内瘤变(LSIL),包括扁平湿疣或 HPV 感染的表型;

(2)外阴高级别上皮内瘤变(HSIL),包括寻常型外阴上皮内瘤变(uVIN)或 HPV 感染相关的外阴上皮内瘤变;

(3)分化型外阴上皮内瘤变(dVIN),通常是 HPV 感染非相关性的外阴上皮内瘤变,具有外阴癌发病的高风险因素,最终可进展为浸润性外阴癌。

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、基底细胞癌、Paget 病、疣状癌、腺癌、前庭大腺癌、肉瘤等。

(3)组织病理学分级(G)G_x—分级无法评估;G₁—高分化;G₂—中分化;G₃—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发生病变,如宫颈上皮内病变或阴道上皮内瘤变(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 FIGO 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,准确性不高;以病灶大小是否超过 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 $\leq 2\text{cm}$,间质浸润 $\leq 1.0\text{mm}$
ⅠB期	肿瘤最大径线 $> 2\text{cm}$ 或局限于外阴或会阴,间质浸润 $> 1.0\text{mm}$
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
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

续表

FIGO 分期	临床特征
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壁或 (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 I A 和 I B 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, 包括尿道下 1/3、阴道下 1/3 或肛门就属于 II 期, 而这种情况在 1994 年的分期中属于 III 期。

(3) III 期最基本的诊断标准是腹股沟淋巴结阳

性,而不论肿瘤大小和有无邻近会阴组织受累。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 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,有 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是否完全为上皮内瘤样病变。

(1)外阴 LSIL 的处理

1)定期观察:大多数外阴 LSIL 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)外阴 HSIL 和 dVIN 的处理:多采用外阴表浅上皮局部切除术(Superficial local excision),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,则更多采用激光气化或部分切除。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。可使用咪喹莫特药物(imiquimod)治疗,有研究报道使用该药物治疗缓解率可达35%~81%。

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:外阴癌的治疗必须遵循治愈疾病和最大程度保留正常组织的原则,按照原发病灶位置及是否侵犯;邻近器官(尿道、阴道、肛门直肠),以及腹股沟淋巴结的情况,进行个体化治疗方案的设计。对于局部晚期患者,更要分别考虑原发病灶和腹股沟淋巴结的情况,再制定适宜的整体治疗方案,以期最大可能治愈患者和最小的治疗相关性并发症。

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,伤口愈合后其瘢痕形成使外阴严重变形,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:是外阴癌综合治疗的重要组成部分,一般用于外阴病灶侵犯邻近器官、如果直接手术需行改道患者的术前治疗,但不作为早期外阴癌的首选治疗。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。外阴肿瘤大或侵及尿道、肛门者,放疗后部分患者仍需切除残留病灶或瘤床,可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(ⅠA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。应行外阴广泛性局部切除术(radical local excision)。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。

1)原发病灶的治疗:尽可能手术切除原发病灶。

A. 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,深度应至尿生殖膈下筋膜,达阔筋膜及耻骨联合筋膜水平。如果癌灶在阴蒂部位或其附近,则应切除阴蒂。研究表明,与传统外阴广泛切除术相比,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 或硬化性苔藓,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。

B. 对病灶较大(大于 4cm)特别是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经评估无需改道手术的患者可直接进行相对广泛的手术。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。若手术切缘邻近癌灶($\leq 5\text{mm}$),又无法再行扩大切除,术后应补充局部放疗。某些病例可加用近距离放射治疗阳性切缘,但应注意避免组织坏死的出现。②如果手术需行肠管造瘘或尿路改道,可先行放疗和同期化疗,以期使保留尿道和肛门成为可能。若计划手术治疗,术前放疗剂量不宜超过 55Gy。部分患者同期放化疗后可能达到完全缓解。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 30~40mg/m²。也可选用铂类为基础的联合化疗,在放疗过程的第