



妇产科名家讲坛系列

妇科肿瘤 诊疗新进展

FUKE ZHONGLIU ZHENLIAO XINJINZHAN

主 编 刘 琦



人民军医出版社

PEOPLE'S MILITARY MEDICAL PRESS

妇产科名家讲坛系列

妇科肿瘤诊疗新进展

FUKE ZHONGLIU ZHENLIAO
XINJINZHAN

主 编 刘 琦

副主编 梁元姣 石群立 朱锡旭 金 毅

编 者 (以姓氏笔画为序)

叶小勤 朱 虹 刘 冲 刘 芳

刘红军 许 健 杨桂芬 吴元赭

沈泽天 张 秦 陈丽梅 周秋明

周彩霞 居 艳 郝 群 贾宏彬

涂 频 曾素耘 管 群



人民军医出版社

PEOPLE'S MILITARY MEDICAL PRESS

北 京

图书在版编目(CIP)数据

妇科肿瘤诊疗新进展/刘琦主编. —北京:人民军医出版社,2011.9
(妇产科名家讲坛系列)

ISBN 978-7-5091-5132-7

I. ①妇… II. ①刘… III. ①妇科病:肿瘤—诊疗 IV. ①R737.3

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2011)第 173978 号

策划编辑:郭颖 文字编辑:伦踪启 王三荣 责任审读:周晓洲

出版人:石虹

出版发行:人民军医出版社

经销:新华书店

通信地址:北京市 100036 信箱 188 分箱

邮编:100036

质量反馈电话:(010)51927290;(010)51927283

邮购电话:(010)51927252

策划编辑电话:(010)51927300-8153

网址:www.pmmmp.com.cn

印、装:三河市春园印刷有限公司

开本:787mm×1092mm 1/16

印张:21.25 彩页 16 面 字数:511 千字

版、印次:2011 年 9 月第 1 版第 1 次印刷

印数:0001—3000

定价:68.00 元

版权所有 侵权必究

购买本社图书,凡有缺、倒、脱页者,本社负责调换

主 编 简 介



刘琦,女,1960年12月生,医学博士,主任医师,教授,南京军区南京总医院妇产科副主任,兼任南京大学、第二军医大学、徐州医学院硕士生导师,中国抗癌协会江苏分会妇科肿瘤专业委员会副主任委员,中华医学会妇产科南京分会委员,南京军区妇产科专业组委员,《中国实用妇科与产科杂志》特邀编委,《生殖医学杂志》《江苏医药杂志》《医学研究生学报》编委,《中华临床医师杂志(电子版)》通讯编委,南京军区优秀中青年科技人才。曾获军队科技进步二等奖、三等奖。主要研究方向:妇科肿瘤,从事妇科肿瘤临床工作20余年,具有丰富的临床和科研经验。



内容提要



本书作者结合国内外最新资料与近几年的临床实践,系统阐述了外阴癌、阴道癌、子宫颈癌及癌前病变、子宫内膜癌、子宫肉瘤、卵巢癌、妊娠滋养细胞疾病等常见妇科肿瘤的最新诊断、鉴别诊断和治疗领域的新进展,并对妇科肿瘤病理学诊断、影像学诊断、放射治疗、姑息医学在妇科肿瘤中的应用,分子靶向治疗在妇科肿瘤中的应用辟有专章探讨。本书内容丰富实用,图片清晰,适于各级妇产科医师阅读参考。

· 前言 ·

本人仅仅是一个普通的妇科医生。但我想说的是,我们经过再三思考决定接受邀请,撰写本书,并不是因为妇科肿瘤的诊治现状出现了大的进展,而是因为我们希望妇科肿瘤诊治工作者能意识到,在漫长的妇科肿瘤诊治道路上,仅仅满足于已经有了的手术、化疗、放疗手段及一些指南、规范是远远不够的,只有不断增强我们对肿瘤的认识能力,从“以瘤为本”转向“以人为本”,科学、人性的排列组合现有的手中“武器”,实现病人利益的最大化才是更重要的事情。

本书共分为 10 章,基本覆盖了妇科肿瘤的范围,除了对已达成共识的妇科肿瘤诊治内容外,还增加了如下一些内容:①FIGO2009 年临床病理分期;②2009 年、2010 年 NCCN 指南精神;③2009 年、2010 年美国 ASCO 会议的妇科肿瘤诊治最新进展,如 MITO2 及 GOG218 临床试验结果等;④作者对目前妇科肿瘤诊治现状的认识、分析、思考,尤在卵巢癌诊治章节叙述较多,可能对于妇科肿瘤工作者的治疗思路会有所启发;⑤姑息医学部分,也是当今肿瘤治疗不可缺少的组成部分,以往妇科肿瘤诊治医生容易忽视此部分内容,但事实上姑息治疗对于改善病人生存质量、提高 5 年生存率非常重要;⑥最新的、详细的病理学分类及说明;⑦影像学,尤其是 PET-CT 在妇科肿瘤中的作用;⑧更为先进的放射治疗手段介绍,如射波刀照射技术等,比较详细的肿瘤标志物研究现状及分子靶向治疗在妇科肿瘤中应用的最新进展等,希望此书能对大家有所帮助。

医学是一门相当不完善的科学,医生在面对肿瘤病人的时候常常会相当无奈,因此,我们希望妇科肿瘤诊治医生们能够不断地完善自己,在目前肿瘤治疗仍步履艰难的情况下,在尊重肿瘤自然规律的前提下,在遵守指南、规范的原则下,能努力开拓自己的智慧,为广大妇科肿瘤病人带来福音。

目 录



第 1 章 外阴、阴道癌 / 1

第一节 外阴癌 / 1

- 一、流行病学 / 1
- 二、播散方式 / 3
- 三、临床表现及诊断 / 3
- 四、临床分期及病理分类 / 4
- 五、预后因素 / 4
- 六、治疗 / 5

第二节 阴道癌 / 13

- 一、流行病学 / 13
- 二、播散方式 / 14
- 三、临床表现 / 14
- 四、临床分期及病理分类 / 15
- 五、诊断 / 16
- 六、预后因素 / 16
- 七、治疗 / 17

第 2 章 子宫颈癌及癌前病变 / 28

第一节 子宫颈癌前病变 / 28

- 一、人乳头瘤病毒 / 28
- 二、子宫颈癌前病变 / 32
- 三、子宫颈癌前病变的筛查 / 38

第二节 子宫颈癌的诊断 / 41

- 一、临床诊断 / 41
- 二、转移方式 / 43
- 三、FIGO 肿瘤分期 / 44
- 四、病理 / 45
- 五、预后因素 / 45

第三节 子宫颈癌的治疗 / 46

- 一、各期子宫颈癌的治疗原则 / 46
- 二、手术治疗 / 49
- 三、放射治疗 / 51
- 四、化疗 / 56

- 五、热疗在宫颈癌中的应用 / 58
- 六、基因治疗与宫颈癌 / 58
- 七、复发性宫颈癌的治疗 / 59
- 八、宫颈癌治疗的几种特殊情况 / 61
- 九、治疗后随访 / 63

第 3 章 子宫体肿瘤 / 67

第一节 子宫内膜癌 / 67

- 一、发病的相关危险因素 / 67
- 二、病理组织类型 / 70
- 三、诊断和分期 / 70
- 四、子宫内膜癌的治疗 / 74
- 五、预后 / 82

第二节 子宫肉瘤 / 85

- 一、概述 / 85
- 二、病理组织学分类及特点 / 85
- 三、病因及发病相关因素 / 86
- 四、子宫肉瘤分期 / 86
- 五、临床表现 / 87
- 六、诊断 / 88
- 七、治疗 / 88
- 八、预后因素 / 91

第 4 章 卵巢癌 / 93

第一节 卵巢癌概况 / 93

- 一、不同年龄段附件包块的类型 / 93
- 二、卵巢癌的流行病学 / 94
- 三、卵巢肿瘤的分类及分期 / 97

第二节 上皮性卵巢癌 / 98

- 一、病理类型 / 98
- 二、转移方式 / 99
- 三、诊断及鉴别诊断 / 99
- 四、治疗 / 102
- 附 4A 浅谈卵巢癌治疗的战略战术 / 108



第三节 卵巢生殖细胞肿瘤 / 125

一、临床特征 / 126

二、治疗 / 127

第四节 卵巢性索间质肿瘤 / 134

一、颗粒细胞瘤 / 134

二、卵泡膜瘤 / 135

三、支持间质细胞瘤 / 136

四、环状小管性索肿瘤 / 137

五、治疗 / 137

第 5 章 妊娠滋养细胞疾病 / 141

第一节 葡萄胎 / 141

一、流行病学 / 141

二、发病机制 / 142

三、症状和体征 / 143

四、诊断 / 145

五、预后 / 145

六、临床处理 / 146

七、随访和预防 / 147

第二节 侵蚀性葡萄胎和绒毛膜癌 / 148

一、症状和体征 / 148

二、诊断及鉴别诊断 / 149

三、临床分期及转移 / 150

四、处理 / 152

五、随访 / 158

第三节 胎盘部位的滋养细胞肿瘤 / 158

一、发病机制 / 159

二、病理特点 / 159

三、临床特点 / 159

四、诊断及鉴别诊断 / 160

五、分期 / 161

六、治疗及随访 / 161

第四节 上皮样滋养细胞肿瘤 / 161

一、病理特点 / 161

二、临床特点及诊断 / 161

三、鉴别诊断 / 162

四、分期、治疗及预后 / 162

第 6 章 妇科肿瘤病理学诊断 / 166

第一节 卵巢和腹膜肿瘤 / 166

一、表面上皮-间质肿瘤 / 166

二、性索-间质肿瘤 / 176

三、生殖细胞肿瘤 / 181

四、混合性生殖细胞-性索-间质肿瘤 / 185

五、卵巢杂类肿瘤 / 187

六、卵巢非特异性软组织肉瘤 / 189

七、淋巴瘤和白血病 / 190

八、卵巢的转移性肿瘤 / 190

九、腹膜肿瘤 / 192

第二节 子宫颈肿瘤 / 194

一、上皮性肿瘤 / 194

二、间叶性肿瘤 / 198

三、混合性上皮和间叶肿瘤 / 199

四、宫颈黑色素细胞性、生殖细胞性、淋巴性和转移性肿瘤 / 199

第三节 子宫体肿瘤 / 200

一、上皮性肿瘤和相关病变 / 200

二、间叶性肿瘤和相关病变 / 204

三、上皮和间叶混合性肿瘤 / 206

四、妊娠滋养细胞疾病 / 208

五、性索样、神经外胚层及神经内分泌肿瘤、淋巴瘤及白血病 / 211

第四节 阴道肿瘤 / 211

一、上皮性肿瘤 / 211

二、间叶性肿瘤 / 213

第五节 外阴肿瘤 / 214

一、上皮性肿瘤 / 214

二、间叶性肿瘤 / 217

三、黑色素细胞性肿瘤 / 217

四、生殖细胞、神经外胚层、淋巴样组织肿瘤和转移性肿瘤 / 218



第 7 章 妇科肿瘤的影像学诊断 / 221

第一节 影像检查技术及临床应用概述 / 221

一、X 线检查 / 221

二、CT 检查 / 221

三、MRI 检查 / 221

四、MRI 弥散加权成像及在妇科肿瘤中的应用 / 222

第二节 妇科肿瘤的影像学诊断 / 223

一、子宫肌瘤 / 223

二、子宫内膜癌和宫颈癌 / 224

三、子宫平滑肌肉瘤 / 227

四、卵巢肿瘤 / 227

五、其他妇科肿瘤 / 232

第三节 妇科肿瘤的介入治疗 / 232

第四节 妇科肿瘤核医学影像诊断进展 / 234

一、放射性药物 / 235

二、单光子发射型计算机断层显像、PET 显像 / 235

三、分子核医学 / 236

第五节 妇科肿瘤相关核医学显像方法 / 237

一、非特异性亲肿瘤显像 / 237

二、分子核医学显像 / 238

第六节 PET 及 PET-CT 在妇科肿瘤中的应用 / 240

一、恶性肿瘤¹⁸F-DG PET, PET-CT 显像表现特点 / 241

二、PET, PET-CT 在宫颈癌中的应用 / 241

三、PET-CT 在子宫内膜癌中的应用 / 243

四、PET-CT 在卵巢癌中的应用 / 244

五、PET-CT 在阴道癌、外阴癌和输卵管癌中的应用 / 246

第 8 章 妇科肿瘤放射治疗 / 249

第一节 概论 / 249

第二节 外阴癌 / 250

第三节 阴道癌 / 251

第四节 子宫颈癌 / 252

- 一、放射治疗原则 / 252
- 二、治疗计划的制定与实施 / 254
- 三、照射方法与适用范围 / 256
- 四、放射治疗结果 / 262
- 第五节 子宫内膜癌 / 268**
 - 一、单纯放射治疗 / 268
 - 二、术前放射治疗 / 270
 - 三、术后放射治疗 / 270
- 第六节 卵巢癌 / 270**
 - 一、放射治疗的剂量和方法 / 270
 - 二、放射治疗在卵巢癌综合治疗中的应用 / 272

第 9 章 姑息医学在妇科肿瘤中的应用 / 276

- 第一节 概论 / 276**
 - 一、姑息医学的发展简史 / 276
 - 二、姑息治疗的基本内容和原则 / 277
 - 三、姑息治疗的手段 / 278
- 第二节 症状控制 / 279**
 - 一、厌食-恶病质综合征 / 279
 - 二、恶心和呕吐 / 280
 - 三、便秘 / 282
 - 四、肠梗阻 / 284
 - 五、焦虑 / 284
 - 六、抑郁症 / 286
- 第三节 营养支持 / 286**
 - 一、妇科肿瘤患者营养不良产生的原因 / 287
 - 二、肿瘤患者的营养风险筛查 / 287
 - 三、肿瘤患者营养评定的临床路径 / 289
 - 四、营养支持治疗在妇科恶性肿瘤中的应用 / 290
- 第四节 疼痛控制 / 292**
 - 一、疼痛的定义与分类 / 292
 - 二、癌痛的概述 / 293
 - 三、癌痛的临床特征与评估 / 294
 - 四、癌痛的治疗 / 299



第 10 章 分子靶向治疗在妇科肿瘤中的应用 / 316

第一节 酪氨酸激酶抑制药 / 316

- 一、表皮生长因子受体抑制药 / 316
- 二、其他酪氨酸激酶抑制药 / 317

第二节 抗体介导的靶向治疗 / 318

- 一、针对 CA125 的单克隆抗体 / 318
- 二、针对 HER-2 的单克隆抗体 / 319
- 三、针对 EGFR 的单克隆抗体 / 320

第三节 抑制血管生成的靶向治疗 / 320

- 一、直接靶向 VEGF 的血管生成抑制药 / 321
- 二、作用于 VEGF 通路中其他信号传递分子的血管生成抑制药 / 322

第四节 信号传导通路抑制药 / 322

- 一、RAS/RAF/MAP 通路抑制药 / 322
- 二、PKC 通路抑制药 / 323

第五节 针对细胞周期及凋亡途径的靶向治疗 / 324

- 一、针对细胞周期的靶向治疗 / 324
- 二、针对凋亡途径的靶向治疗 / 324

第 1 章

外阴、阴道癌

第一节 外 阴 癌

外阴恶性肿瘤少见,仅占女性生殖道肿瘤的 5%,据美国癌症协会统计,2007 年美国新发病例 3 490 人,死于外阴癌病例 880 人。许多医师可能从未遇到过外阴癌患者。虽然偶有病人无症状,但大多数外阴癌患者会以外阴部瘙痒、疼痛或者持续性包块不消退甚至破溃而就诊。临床上,非妇科肿瘤专业医师常会忽视了外阴肿瘤的存在而仅经验性地认为炎症的可能性大,常常先按炎症处理,而没有进行适当的体检或组织活检,以致病人从症状出现到外阴癌被确诊的时间常被延误。Jones 等报道,88% 的外阴鳞癌患者从出现症状到确诊的时间间隔超过 6 个月,其中 31% 的妇女在诊断外阴癌之前至少已就诊 3 次以上,27% 的妇女曾被医师经验性地给予雌激素和皮质激素。外阴常被角化的鳞状上皮覆盖,大多数外阴癌为鳞状细胞癌,因此,我们当前了解的流行病学、播散方式、预后因素和生存数据等资料基本来源于鳞癌的回顾性分析和少量的前瞻性研究。恶性黑色素瘤是第二种常见的外阴肿瘤,此外还有许多相对少见的外阴恶性肿瘤,包括基底细胞癌、腺癌、汗腺癌、佩吉特(Paget)病或异位乳房组织病和更为罕见的软组织肉瘤,包括平滑肌肉瘤、恶性显微组织细胞瘤、脂肪肉瘤、血管肉瘤、横纹肌肉瘤、上皮肉瘤和卡波西肉瘤。外阴肿瘤也会继发于膀胱、直肠、肛门等邻近生殖器官的肿瘤。传统的外阴癌治疗方法是行根治性外阴切除术,包括单纯外阴切除(原发灶切除)、腹股沟淋巴结切除及必要时盆腔淋巴结的切除。近年来研究发现,术后放疗对高危病人可以提高生存率,甚至也有报道认为,辅以术后放疗和同步放化疗可以极大程度地弥补晚期肿瘤患者的不满意根治性切除,放疗和化疗以及生物治疗的进步某种程度上使得外阴癌的手术范围相对缩小了。当今对外阴癌的治疗更强调多手段的综合治疗而不是仅仅做大范围的外阴切除,从而满足了患者保持外阴解剖学上常态及性功能的要求,使得治疗更加个性化、人性化。

一、流行病学

以往外阴癌多发生于绝经后妇女,但最近报道提示,外阴癌有明显的年轻化趋势。有研究发现,外阴癌患者中伴有高血压、糖尿病、肥胖者较多,因此推测其可能与外阴癌有关,但也有研究持否定观点,认为仅仅是伴随年龄而出现的改变,不具有特异性。

某些感染因素可能与外阴癌相关,这些感染包括肉芽肿性感染、单纯疱疹病毒感染及人乳头瘤病毒(HPV)感染。有作者发现,腹股沟肉芽肿、性病性淋巴肉芽肿或外阴梅毒与外阴癌存在相关性,提示有性传播疾病的妇女可能会有较高的外阴癌发病风险,Kaufman 等也证实了血清学阳性的Ⅱ型疱疹病毒感染者与外阴原位癌有相关性。尽管不少研究提示,外阴癌与性传播疾病感染之间可能存在相关性,但始终未能分离出相关病毒抗原,以致于无法确定两者之间的因果关系。

随着对 HPV 病毒研究的不断深入,近年来,越来越多的证据提示外阴癌及外阴湿疣样病变与潜在的 HPV 感染相关,HPV-DNA 也已从浸润性外阴癌和原位癌组织中分离出来,自此确定了外阴 HPV 感染与外阴癌的相关性。HPV 可有众多亚型,现已证实与外阴癌相关的亚型有 HPV16, HPV6, HPV33 型,其中 HPV16 型感染最为常见。HPV-DNA 可在 70%~80% 的上皮内病灶中被发现,但在浸润性病灶中的发现率仅有 10%~50%,提示浸润性外阴癌可能不完全是 HPV 感染所致,临床上及组织学上也发现因 HPV 感染引起的外阴癌有别于无 HPV 感染者,故应分别对待。Brinton 等发现,有生殖道湿疣史、异常巴氏涂片史及吸烟史的妇女患外阴癌的风险明显升高,其中既有吸烟史又有生殖道湿疣史者患外阴癌的风险上升 35 倍,有慢性免疫抑制者和浸润性外阴癌也有一定相关性,因此,认为 HPV 感染与非特异性免疫抑制可能均为外阴癌的致病因素。目前越来越多的观点倾向于吸烟、非特异性免疫抑制可能是外阴癌发展过程中的辅助因子,它可以使 HPV 感染更容易实现,进而导致外阴癌。

外阴营养不良、硬化性苔藓等慢性外阴感染性病变以及鳞状上皮内瘤变,尤其是原位癌,这两种因素均可能是外阴浸润性鳞癌的癌前病变。Carli 等的研究发现,32% 的无 HPV 感染的外阴癌病人实际上是和外阴硬化性苔藓有关,提示硬化性苔藓可能是外阴癌的癌前病变,但 Hart 等进行的一项大样本的回顾性病理学复习并没有发现从硬化性苔藓到外阴癌的转化证据。在一项对外阴原位癌病人的观察研究中发现,8 例未被治疗者中有 7 例在 8 年内进展为浸润癌,而在 105 例接受治疗的患者中只有 4 人在 7~18 年进展为浸润癌,但随后对 405 例外阴Ⅱ~Ⅲ级上皮内瘤变病例的研究中,Jones 等发现,在 1.1~7.3 年(平均 3.9 年),3.8% 的经过治疗病例及 10 例未被治疗的病例均发展为浸润癌。虽然一些上皮内瘤变可能自然消退,但持续存在或进展为浸润癌的病人仍不在少数。最近来自美国和挪威的发病率数据分析显示,从 20 世纪 70~90 年代,外阴原位癌的发生率上升了 2~3 倍,但并未看到外阴浸润癌的发生率相应上升。对此不同的解释是:①受感染的妇女随访年限还未达到患浸润性病变的年限;②浸润前病变的积极治疗阻止了向浸润癌的发展;③原位癌和浸润癌的起因不太相关。Trimble 等推断外阴鳞癌也许是异源性病因学产生的结果,根据他们的研究,具有基底样或疣状特征的两个组织学亚型的癌与 HPV 感染相关,而角化型鳞状细胞癌与 HPV 不相关,而且,基底样或疣状癌与经典的宫颈癌危险因素也相关,包括初次性交的年龄、性伴侣的数目、先前异常的巴氏涂片、吸烟和较低的社会经济地位等,而在一些病例中角化型鳞癌和这些因素的相关性不明显。

Flowers 等发现,与 HPV 阳性的外阴癌相比较,HPV 阴性的外阴癌更容易出现 p53 抑癌基因的突变。p53 是个抑癌基因,具有调控细胞生长和增生的功能,外阴癌的发生可能与 p53 基因失活有关,这种失活在 HPV 阴性的外阴癌中是基因突变导致,而在 HPV 阳性的外阴癌中则是通过 HPV 基因产物的表达所致。Mitchell 等在对 169 例外阴浸润癌的研究中发现,

约有 13% 的外阴癌是继发于生殖道鳞状上皮新生物的,这种继发于原发肿瘤的外阴癌与 HPV 感染明显相关,也说明一些鳞状上皮病变起初始于性传播病毒,这种病毒具有感染整个下生殖道而产生瘤样病变的能力。

二、播散方式

外阴癌的播散方式有 3 种:局部蔓延、经淋巴转移及血行转移。外阴皮下组织中淋巴系统十分发达,因此,外阴癌极易出现区域性淋巴结转移。有研究显示,当外阴癌病灶浸润 $<1\text{mm}$ 时很少累及淋巴系统,但病灶浸润 $2\sim 3\text{mm}$ 时常累及淋巴系统,当癌浸润 $>10\text{mm}$ 时 50% 以上可出现局部淋巴结转移。通常外阴癌从原发灶扩散至区域淋巴结遵循逐级规则,很少跳跃性转移,外阴癌灶首先转移至表浅腹股沟淋巴结和股淋巴结,再扩散至深部腹股沟和盆腔淋巴结,但偶尔也可出现直接累及深部腹股沟淋巴结、闭孔淋巴结而直接向上转移至盆腔各组淋巴结的情况,特别是当病灶累及阴蒂周围时。晚期病人的皮下淋巴管系统被广泛侵犯,可导致下腹壁或大腿间的皮肤呈现明显的炎症卫星状病灶出现。肺转移是外阴和阴道癌血行转移最常见的转移部位。

三、临床表现及诊断

大多数外阴癌病人均有外阴瘙痒、干燥等不适主诉,体检可见外阴部与其主诉相对应部位存在不同类型的病变,如白斑样、苔藓样、皲裂破溃样、溃疡状、弥漫湿疹样、湿疣样等,仅通过症状和体检来确定为外阴癌常常困难,因其表现并不具有特异性,不能与外阴良性病变所区别,因此,外阴癌的诊断必须通过活检而作出。活检的部位也有推敲,通常单一的、局限的病灶活检,其部位选择不困难,但在慢性外阴营养不良、弥漫性白斑、多点异常性病变或佩吉特病的病人选择合适的活检部位是困难的,有时不得不行多点活检。对于仅有较小单一可疑病灶的病人可在局麻下完整切除病灶,即达到活检目的又兼顾了治疗。组织活检尽量包括可疑的表皮病灶及皮下组织,以便于浸润癌的病理和深度能被准确评估。如前所述,临床医生在门诊处理外阴癌病人时,因常常不会在第一时间进行活检而导致诊断延误,使得一些妇女丧失了早期诊治的大好时机,影响预后。晚期病人主要表现为局部疼痛、出血和来源于肿瘤的渗液,有腹股沟淋巴结转移或远处转移病灶者可还出现相应的症状。

外阴癌病人的病情评估主要包括病变范围,如原发肿瘤的测量、有否累及毗邻器官或骨膜、腹股沟淋巴结累及的可能性等,以及有否内科合并症等。盆腔检查一直是外阴和阴道癌局部扩散程度评估最重要的方法。病灶定位、肉眼形态、累及部位、可见深度和触摸肿瘤质地等须仔细记录并做肿瘤图解,肿瘤是否紧挨中线结构也应该被记录。影像学检查,特别是磁共振能被用来评估膀胱或病灶下方组织的深部浸润,直肠镜或膀胱尿道镜检查也可用来确认影像学证据,包括膀胱、尿道、肛门或直肠的累及。虽然 CT 对于检测盆腔和腹股沟淋巴结有所帮助,但普通 CT 对于局部解剖提供的信息较少。外阴或阴道癌患者都必须有详细的病史和体检,胸部 X 线检查、血常规和生化检查也应作为初始评估。影像学检查虽然有助于治疗计划的制定,但不能更改 FIGO 分期。

四、临床分期及病理分类

外阴癌的 FIGO 分期由 1970 年的临床分期修改为 1988 年的手术分期(表 1-1),随着临床研究的不断深入,至 2009 年再次修正分期(表 1-2)。

表 1-1 1988 年 FIGO 手术分期

0	原位癌(浸润前癌)
I	肿瘤局限于外阴或外阴和会阴,最大径线 $\leq 2\text{cm}$
IA	肿瘤局限于外阴或外阴和会阴,最大径线 $\leq 2\text{cm}$,间质浸润 $\leq 1.0\text{mm}^{(1)}$
IB	肿瘤局限于外阴或外阴和会阴,最大径线 $\leq 2\text{cm}$,间质浸润 $> 1.0\text{mm}^{(1)}$
II	肿瘤局限于外阴或外阴和会阴,最大径线 $> 2\text{cm}$
III	肿瘤侵犯下列任何部位:下尿道、阴道、肛门和(或)单侧区域淋巴结转移
IV	肿瘤侵犯上尿或膀胱黏膜、直肠黏膜;或骨质固定和(或)双侧区域淋巴结转移及远处转移
IVA	肿瘤侵犯下列任何部位:膀胱黏膜、直肠黏膜、上尿道黏膜;或骨质固定和(或)双侧区域淋巴结转移
IVB	任何部位(包括盆腔淋巴结)的远处转移

(1)浸润深度指肿瘤从表皮乳头上皮最深处至间质受累最深浸润点的距离

表 1-2 外阴癌 2009 FIGO 手术分期

I	肿瘤局限于外阴,淋巴结未转移
IA	肿瘤局限于外阴或会阴,最大径线 $\leq 2\text{cm}$,间质浸润 $\leq 1.0\text{mm}^{(1)}$
IB	肿瘤最大径线 $> 2\text{cm}$ 或局限于外阴或会阴,间质浸润 $> 1.0\text{mm}^{(1)}$
II	肿瘤侵犯下列任何部位:下 1/3 尿道、下 1/3 阴道、肛门,淋巴结未转移
III	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
IIIA	① 1 个淋巴结转移($\geq 5\text{mm}$),或② 1~2 个淋巴结转移($< 5\text{mm}$)
IIIB	① ≥ 2 个淋巴结转移($\geq 5\text{mm}$),或② ≥ 3 个淋巴结转移($< 5\text{mm}$)
IIIC	阳性淋巴结伴囊外扩散
IV	肿瘤侵犯其他区域(上 2/3 尿道,上 2/3 阴道)或远处转移
IVA	① 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② 腹股沟-股淋巴结出现固定或溃疡形成
IVB	任何部位(包括盆腔淋巴结)的远处转移

(1)浸润深度指肿瘤从表皮乳头上皮最深处至间质受累最深浸润点的距离

外阴癌病理分类采用的是 2003 年 WHO 分类,每种外阴癌的病理学特点详见病理章节。各类肿瘤中以外阴鳞癌的发病率最高,临床最为常见,故本章随后的预后分析及治疗模式也基本以鳞癌为主。

五、预后因素

外阴鳞癌的发病率较高,病例资料较多,所以肿瘤发病与预后的相关性分析也较透彻,预