



## 指南解读

文章编号: 1005-2216(2014)04-0244-05

# 美国“2014 子宫肿瘤临床实践指南”解读

谢玲玲, 李 晶, 林仲秋

**关键词:** 子宫肿瘤; 指南; 美国肿瘤综合协作网

**Keywords:** fibroid; guide; NCCN

**中图分类号:** R737.3 **文献标志码:** C

近日, 美国肿瘤综合协作网 (National Comprehensive Cancer Network, NCCN) 公布了“2014 NCCN 子宫肿瘤临床实践指南 (第 1 版)”。新版指南更新内容较多, 现对新版指南进行简要解读。

## 1 2014 NCCN 子宫肿瘤临床实践指南 (第 1 版) 主要更新

(1) 增加了子宫内膜癌手术分期及评估原则。(2) 增加了早期子宫内膜样腺癌患者保留生育功能的指征和方法。(3) 增加了子宫内膜样腺癌前哨淋巴结应用原则。(4) 对分期手术中淋巴结切除术的指征、意义进行了讨论。

**1.1 子宫内膜癌手术分期及评估原则** 新版指南推荐的子宫内膜癌评估和手术分期原则如下 (1) 除了保留生育功能者, 对于病灶局限于子宫的子宫内膜癌患者, 全子宫 + 双附件切除术是最基本的手术方式, 许多局部晚期子宫内膜癌患者也适合行该术式。该手术可经腹、经阴道或腹腔镜或机器人腹腔镜完成。(2) 术中肉眼评估腹膜、膈肌及浆膜层有无病灶, 并在任何可疑部位取活检以排除子宫外病变非常重要。(3) 虽然 FIGO 分期已删除了腹水细胞学这一项, 但 FIGO 及 AJCC 仍推荐取腹水细胞学并单独报告。(4) 对浆液性腺癌、透明细胞腺癌和癌肉瘤患者常进行大网膜活检。(5) 切除可疑或增大的盆腔或腹主动脉旁淋巴结对排除淋巴结转移是重要的。(6) 对于病变局限于子宫的内膜癌患者, 盆腔淋巴结切除术及病理学评估仍然是手术分期中的一个重要步骤, 因为它能提供重要的预后信息, 有助于确定术后的治疗策略。(7) 盆腔淋巴结包括髂外、髂内及闭孔和髂总淋巴结。(8) 有深肌层浸润、高级别病变、浆液性腺癌、透明细胞腺癌或癌肉瘤等高危因素的患者, 需切除肠系膜下和肾静脉下水平以下的腹主动脉旁淋

巴结。(9) 前哨淋巴结显像可考虑用于合适的患者 (证据等级为 2B)。(10) 部分患者可能不适合行淋巴结切除术。

**1.2 子宫内膜样腺癌保留生育功能的指征和方法** (特殊类型的子宫内膜癌和肉瘤不能保留生育功能) (1) 分段诊刮标本经病理专家核实, 病理类型为子宫内膜样腺癌, 高分化 (G1 级)。(2) MRI 检查 (首选) 或经阴道超声检查发现病灶局限于子宫内膜。(3) 影像学检查未发现可疑的转移病灶。(4) 无药物治疗或妊娠的禁忌证。(5) 经充分咨询了解保留生育功能并非子宫内膜癌的标准治疗方式。建议合适患者在治疗前咨询生殖医学专家。(6) 有条件者可考虑遗传咨询或基因检测。(7) 可选择甲地孕酮、醋酸甲羟孕酮和左炔诺孕酮宫内缓释系统。(8) 治疗期间每 3~6 个月分段诊刮或取子宫内膜活检, 若子宫内膜癌持续存在  $\geq 6$  个月, 则行全子宫 + 双附件切除 + 手术分期; 若 6 个月后病变完全缓解, 鼓励患者受孕, 孕前持续每 3~6 个月进行内膜取样检查, 若患者暂无生育计划, 予孕激素维持治疗及定期监测。(9) 完成生育后或内膜取样发现疾病进展, 即行全子宫 + 双附件切除 + 手术分期。

## 1.3 子宫内膜癌手术分期中前哨淋巴结显像的应用原则

(1) 前哨淋巴结显像技术目前正在评估中, 尚无见在子宫内膜癌中评价此技术的前瞻性随机对照研究文献资料。前哨淋巴结显像成败的关键在于术者的经验及对技术细节的关注度。在高危组织类型的内膜癌 (浆液性腺癌、透明细胞腺癌或癌肉瘤) 中应用此技术需特别谨慎。(2) 前哨淋巴结显像可用于影像学检查未见远处转移, 或手术探查时未见明显子宫外病变, 病灶局限于子宫的内膜癌的手术分期中 (证据等级为 2B 级)。(3) 宫颈部位注射染料已被证实是一种可有效识别高转移风险的淋巴结显影技术 (如前哨淋巴结在早期子宫内膜癌患者中的应用)。(4) 染料分别于宫颈表浅 (1~3mm) 和深部 (1~2cm) 组织注射可使染料到达宫颈和宫体主要的淋巴管, 也即浅表的浆膜下、中间的间质及深部的黏膜下淋巴管。(5) 宫颈注射使染料很

好地渗透至子宫血管区域及位于阔韧带内收集宫旁来源的主要子宫淋巴干道,进一步显示盆腔、甚至腹主动脉旁前哨淋巴结。(6)子宫体部淋巴管常横跨退化的脐动脉,而盆腔前哨淋巴结最常见于髂外血管的中部、髂内血管的腹侧或闭孔区的上方。(7)当淋巴管不再跨过退化的脐动脉,而是沿着输尿管中部向头侧移动时,可在髂总骶前区发现较少见的前哨淋巴结。(8)最常用于宫颈注射的放射性标记物是<sup>99m</sup>Tc;另外也有多种的颜色染料(1%的异硫蓝和1%的甲基蓝,2.5%的专利蓝钠盐)。(9)靛青绿最近被证实是一种有效的显像染料,需要近红外线摄像定位,有非常高的前哨淋巴结检测率,目前主要用于很多试验中。(10)通过提高的病理学超分期技术检测到微小的前哨淋巴结转移灶是手术分期中应用前哨淋巴结显像的另一个潜在价值。(11)成功的前哨淋巴结显像技术关键在于严格按照前哨淋巴结检测流程,要求在无法显像的病例中切除淋巴结,及无论显像结果如何,均应切除任何可疑或增大的淋巴结。

**1.4 分期手术中淋巴结切除的指征和意义** 长期以来,对子宫内膜癌是否常规切除腹膜后特别是主动脉旁淋巴结问题争论不休。1988年FIGO将子宫内膜癌的分期从临床分期改为手术病理分期,腹膜后淋巴结成为分期内容的一项指标,2009年FIGO又修订了分期,更是在分期中将盆腔淋巴结和主动脉旁淋巴结转移分为Ⅲc1和Ⅲc2。从分期的完整性角度考虑,应该是在所有的分期手术中,均进行系统的盆腔和主动脉旁淋巴结切除术。争论的焦点是这种做法是否有治疗价值。迄今为止,并没有前瞻性随机对照研究支持进行常规淋巴结切除,只有一些回顾性研究显示淋巴结切除术似乎有一定的好处。来自欧洲的两个随机临床试验表明,常规淋巴结切除术不能改善患者的预后,但是能明确淋巴结是否有转移,有利于确定术后是否需要辅助治疗。有鉴于此,NCCN目前并不推荐在所有的手术病例中进行淋巴结切除术,而是推荐根据每个病人的具体情况有选择性地切除淋巴结,比较明确的推荐是:(1)不论疾病处于早期或晚期,如术前影像学或术中触摸提示有可疑或增大的盆腔或腹主动脉旁淋巴结均需切除。(2)满足下列低危淋巴结转移因素者,可以考虑不做淋巴结切除术:①肿瘤侵犯肌层小于1/2;②肿瘤直径小于2cm;③高分化或中分化。(3)肿瘤局限于宫体者,考虑做盆腔淋巴结切除术或应用前哨淋巴结显影技术。(4)有深肌层浸润、高级别病变、浆液性腺癌、透明细胞腺癌或癌肉瘤等高危因素的患者,行腹主动脉旁淋巴结切除术。(5)子宫肉瘤不需切除淋巴结。

## 2 分期

新版指南采用FIGO 2010子宫内膜癌和子宫肉瘤的分期标准(表1,表2)。实际上,该分期由FIGO于2009年公布,而本版指南引用的是2010年发表的文献,故称为FIGO 2009分期更合适。

表1 FIGO 2010 子宫内 膜癌分期

I	肿瘤局限于子宫体
I a	肿瘤局限于内 膜层或浸润深度 < 1/2 肌层
I b	肿瘤浸润深度 ≥ 1/2 肌层
II	肿瘤侵犯宫颈间质,但无宫体外蔓延
III	肿瘤局部和(或)区域扩散
III a	肿瘤累及浆膜层和(或)附件
III b	阴道或宫旁受累
III c	盆腔淋巴结和(或)腹主动脉旁淋巴结转移
	III c1 盆腔淋巴结阳性
	III c2 腹主动脉旁淋巴结阳性和(或)盆腔淋巴结阳性
IV	肿瘤侵及膀胱和(或)直肠黏膜,和(或)远处转移
IV a	肿瘤侵及膀胱和(或)直肠黏膜
IV b	远处转移,包括腹腔内和(或)腹股沟淋巴结转移

表2 FIGO 2010 子宫平滑肌肉瘤和子宫内 膜间质肉瘤分期

I	肿瘤局限于子宫
I a	肿瘤最大直径 ≤ 5cm
I b	肿瘤最大直径 > 5cm
II	肿瘤扩散到盆腔
II a	侵犯附件
II b	侵犯子宫外的盆腔内组织
III	肿瘤扩散到腹腔
III a	一个病灶
III b	多个病灶
III c	侵犯盆腔和(或)主动脉旁淋巴结
IV	肿瘤侵犯膀胱和(或)直肠或有远处转移
IV a	肿瘤侵犯膀胱和(或)直肠
IV b	远处转移

注:Ⅲ期是指肿瘤病灶浸润腹腔内组织而不仅仅是子宫底突向腹腔;子宫癌肉瘤的分期和子宫内膜癌相同

## 3 2014 NCCN 子宫肿瘤诊疗指南主要内容

对于子宫肿瘤患者,术前建议进行的辅助检查包括血常规、内膜活检及胸片,非必要性检查包括肝肾功能检查、生化检查。如果患者年龄 < 50 岁且有明显的子宫内膜癌和(或)结直肠癌家族史,可考虑进行遗传学咨询和基因诊断。

### 3.1 子宫内 膜样腺癌

**3.1.1 子宫内 膜样腺癌的初始治疗** 对于子宫内膜癌,治疗前大致可分3种情况:肿瘤局限于子宫体、肿瘤侵犯宫颈、肿瘤超出子宫外。

肿瘤局限于子宫体,如果患者不能耐受手术,可行肿瘤靶向放疗或内分泌治疗;能手术者,若患者不需保留生育功能,手术时需要行全子宫+双附件切除+手术分期(详见以上“子宫内膜癌手术分期和评估原则”),术后辅助治疗见下述。若需保留生育功能,参考以上“子宫内 膜样腺癌保留生育功能指征和方法”。

怀疑或有肉眼可见宫颈受侵:行宫颈活检或MRI,若结果阴性,手术方式与肿瘤局限于子宫体时相同。若检查结果宫颈受侵阳性或宫颈已有肉眼可见的浸润病灶,能手术



者直接行广泛子宫 + 双附件切除 + 手术分期,或先行放疗(A点 75 ~ 80Gy)后再行全子宫 + 双附件切除 + 手术分期;不能手术者则先行肿瘤靶向放疗,再重新评估是否可以手术切除。

怀疑肿瘤扩散到子宫外:检查 CA125,有指征者行 MRI、CT、PET 检查,若检查结果确定肿瘤局限于子宫体者,手术方式与肿瘤局限于子宫体时相同。若病变已超出了子宫但局限于腹腔内(包括腹水细胞学阳性、大网膜、淋巴结、卵巢、腹膜转移)时,行子宫 + 双附件切除 + 手术分期 + 减瘤术,手术的目标是尽可能达到没有可测量的病灶。病变超出子宫但局限在盆腔内(转移至阴道、膀胱、肠或直肠、宫旁)无法切除者,推荐放疗 + 阴道近距离放疗 ± 化疗 ± 手术。病变超出腹腔或转移到肝脏:考虑姑息性子宫 + 双附件切除 ± 化疗 ± 放疗 ± 激素治疗。

3.1.2 子宫内膜样腺癌完成手术分期后的治疗 I 期患者的术后治疗需结合患者有无高危因素(高危因素包括:年龄 > 60 岁、淋巴管间隙浸润、肿瘤大小、子宫下段或宫颈腺体浸润)。(1) I a 期无高危因素者, G1 级术后可观察。G2 和 G3 可观察或加用阴道近距离放疗。(2) I a 期有高危因素者, G1 级可观察或加用阴道近距离放疗; G2 和 G3 级可观察或阴道近距离放疗和(或)盆腔放疗(盆腔放疗为 2B 级证据)。(3) I b 期无高危因素者, G1 和 G2 级可观察或阴道近距离放疗; G3 级可观察或阴道近距离放疗和(或)盆腔放疗。(4) I b 期有高危因素者, G1 和 G2 级可观察或阴道近距离放疗和(或)盆腔放疗。I b、G3 级可盆腔放疗和(或)阴道近距离放疗 ± 化疗 ± 观察(支持观察和化疗的证据质量等级为 2B)。(5) II 期:手术分期后,肿瘤为 G1 时,术后可行阴道近距离放疗和(或)盆腔放疗。G2 级阴道近距离放疗加盆腔放疗。G3 级则加盆腔放疗 + 阴道近距离放疗 ± 化疗(支持化疗的证据质量为 2B)。(6) III a 期:手术分期后,无论肿瘤分化程度如何都可选择:①化疗 ± 放疗或;②肿瘤靶向放疗 ± 化疗;或③盆腔放疗 ± 阴道近距离放疗。(7) III b:术后加化疗和(或)肿瘤靶向放疗。(8) III c:术后加化疗 ± 肿瘤靶向放疗。(9) IV a、IV b 期:已行减灭术并无肉眼残存病灶或显微镜下腹腔病灶时,行化疗 ± 放疗。

3.1.3 子宫内膜样腺癌不全手术分期后的治疗 不全手术分期指手术范围不足并可能存在高危因素,如深肌层浸润或宫颈侵犯等。处理方法如下:(1) I a 期,无肌层浸润、G1 ~ 2 级者,术后可观察。(2) I a 期,肌层浸润 < 50%、G1 ~ 2 级者,可选择先行影像学检查,若影像学检查结果阴性,可选择观察或补充阴道近距离放疗 ± 盆腔放疗。若影像学检查结果阳性,可考虑行再次手术分期(手术证据等级为 3 级)或病理学证实转移者,可选择再次手术(术后辅助治疗同前)或盆腔放疗 + 阴道近距离放疗 ± 腹主动脉旁放疗,其中对于 G3 者,可 ± 化疗(化疗为 2B 级证据)。(3) I a、G3 级, I b, II 期:可考虑行再次手术分期(手术证据等级为 3 级)或病理学证实转移者,可选择再次手术(术后辅

助治疗同前)或盆腔放疗 + 阴道近距离放疗 ± 腹主动脉旁放疗,其中对于 G3 者,可 ± 化疗(化疗为 2B 级证据)。也可选择先行影像学检查,若影像学检查结果阳性,治疗同上述。若影像学检查结果阴性,行盆腔放疗 + 阴道近距离放疗 ± 腹主动脉旁放疗,其中对于 G3 者,可 ± 化疗(化疗为 2B 级证据)。

3.1.4 子宫内膜癌患者初治结束后的随访 前 2 年每 3 ~ 6 个月随访 1 次,以后每 6 ~ 12 个月随访 1 次;随访内容包括:关于症状、生活方式、肥胖、运动及营养咨询的健康宣教;必要时查 CA125;有临床指征者行影像学检查。因为对于 I 期患者来说,无症状阴道复发只有 2.6%,故新版指南对术后无症状患者不再推荐阴道细胞学检查。对年龄 < 50 岁且有明显的子宫内膜癌和(或)结直肠癌家族史和(或)有选择性高危病理学因素的患者,可考虑进行遗传学咨询和基因诊断。近期,一些研究中心为了明确个体的 Lynch 综合征患病风险,无论患者诊断年龄或家族史如何,均在所有结直肠癌和子宫内膜癌患者中进行了免疫组化染色和(或)微卫星不稳定性的筛查,需要有一个系统适当地评价这些筛查结果,且免疫组化染色和(或)微卫星不稳定性的筛查常用于上皮性肿瘤,而不用于子宫内膜间质或间叶组织内膜肿瘤。

3.1.5 子宫内膜样腺癌复发的治疗 I 期和 II 期患者术后复发率约 15%,其中 50% ~ 70% 者复发有症状。大多数复发发生在治疗后 3 年内。局限于阴道或盆腔的复发经过治疗后仍有较好的效果。孤立的阴道复发经放疗后 5 年生存率达 50% ~ 70%。超出阴道或盆腔淋巴结复发则预后较差。

复发后的治疗与复发位置、既往是否接受过放疗相关。

(1) 影像学检查证实没有远处转移的局部复发:①复发位置既往未接受过放疗者,可选择盆腔放疗 + 阴道近距离放疗和(或)盆腔手术探查 + 切除 ± 术中放疗。如病灶局限于阴道,可行肿瘤靶向放疗 ± 阴道近距离放疗 ± 化疗;如病灶超出阴道,到达盆腔淋巴结或腹主动脉旁或髂总淋巴结者行肿瘤靶向放疗 ± 阴道近距离放疗 ± 化疗。当复发位于上腹部,残留病灶较小时可选择化疗 ± 肿瘤靶向放疗,巨大复发灶按下叙播散性病灶处理。②复发位置既往接受过放疗者,若原来仅接受过阴道近距离放疗,其处理方法与复发位置既往未接受过放疗者相同。若原来接受过盆腔外照射放疗,考虑手术探查 + 切除 ± 术中放疗或激素治疗或化疗(支持术中放疗的证据等级均为 3 级)。(2) 孤立转移灶:考虑手术切除 ± 放疗,对于不能切除的病灶或再次复发者,按下叙播散性病灶处理。(3) 播散性病灶:①G1 级或无症状或 ER 或 PR 阳性者可行激素治疗,继续进展时则行化疗,化疗后再进展则支持治疗或进行临床试验;②有症状或 G2 ~ 3 级或巨大病灶时行化疗 ± 姑息性放疗。再进展则支持治疗或进行临床试验。

3.1.6 特殊类型子宫内膜癌的治疗(病理活检示浆液性腺癌、透明细胞腺癌、癌肉瘤) 初始治疗前可行 CA125 检

查,有临床指征时行 MRI、CT、PET 检查,手术分期同卵巢癌,包括子宫双附件切除和手术分期,大块病例考虑行最大限度的肿瘤细胞减灭术。术后如为 I a 期无肌层浸润,术后可观察(仅适用于全子宫切除标本没有肿瘤残留的患者)或化疗 ± 阴道近距离放疗或肿瘤靶向放疗;如为 I a 期有肌层浸润、I b 期、II 期和 III、IV 期患者,行化疗 ± 肿瘤靶向放疗。

3.1.7 复发、转移或高危患者的全身治疗(强烈鼓励患者参加临床试验) 全身治疗包括激素治疗和化疗。激素治疗包括孕激素类、他莫昔芬、芳香化酶抑制剂、甲地孕酮或他莫西芬(两者可交替使用)等,仅适用于分化好、雌激素或孕激素受体阳性的子宫内膜腺癌。在患者能耐受的情况下,化疗推荐多药联合方案。可选择的方案包括:卡铂/紫杉醇,顺铂/多柔比星,顺铂/多柔比星/紫杉醇(因为毒性较大未被广泛使用),卡铂/多西他赛,异环磷酰胺/紫杉醇(用于癌肉瘤,1 类证据),顺铂/异环磷酰胺(用于癌肉瘤),单药如顺铂、卡铂、多柔比星、脂质体阿霉素、紫杉醇、拓扑替康、贝伐单抗、替西罗莫司,多烯紫杉醇(2B 级证据)、异环磷酰胺(用于癌肉瘤)等。如果有使用紫杉醇的禁忌证,可使用多烯紫杉醇。当患者接受细胞毒性药物化疗后肿瘤仍进展可考虑使用贝伐单抗。

### 3.2 子宫肉瘤

3.2.1 术前处理及治疗方式 治疗前大致可将子宫肉瘤分为肿瘤局限在子宫或已扩散到子宫外。(1)肿瘤局限于子宫:能手术者行全子宫 ± 双侧附件切除,子宫外病灶的手术切除宜个体化,对于生育年龄患者是否行卵巢切除需个体化、可行生育咨询,对于全子宫 + 双附件切除术后意外发现的子宫肉瘤,推荐行影像学检查并根据个体化考虑是否再次手术切除。不能手术的患者可选择行:①盆腔放疗 ± 阴道近距离放疗和(或)②化疗或③激素治疗。(2)已知或怀疑子宫外病变:根据转移的症状和指征选择 MRI、CT 或 PET 检查,是否手术根据症状、病变范围、病灶的可切除性来决定,能手术者行全子宫 ± 双附件切除和转移病灶的局部切除。不能手术者见如下(3.2.2 术后处理)。

3.2.2 术后处理 (1)子宫内膜间质肉瘤(ESS):I 期行激素治疗(2B 级证据);II、III 和 IV a 期行激素治疗 ± 肿瘤靶向放疗(放疗的证据等级为 2B 级);IV b 期行激素治疗 ± 姑息性放疗。(2)子宫平滑肌瘤(uLMS)或高级别(未分化)子宫内肉瘤:I 期可选择:①观察或②考虑化疗(化疗为 2B 级证据);II 和 III 期可选择:①考虑化疗和(或)②考虑肿瘤靶向放疗;IV a 期行化疗和(或)放疗;IV b 期行化疗 ± 姑息性放疗。

3.2.3 术后随访 前 2 年每 3 个月随访 1 次,以后每 6 ~ 12 个月随访 1 次;前 2 ~ 3 年可考虑每 3 ~ 6 个月行 CT 检查(胸部、腹部、盆腔),后 2 年每半年检查 1 次,然后每年 1 次。有临床指征者行其他影像学检查(MRI、PET)。需进行健康宣教。

3.2.4 复发的治疗 (1)经 CT 检查胸、腹、盆腔均阴性的

阴道局部复发:既往未接受放疗者,可选择①可考虑术前放疗及手术探查加病灶切除 ± 术中放疗或②肿瘤靶向放疗 ± 化疗或激素治疗(激素治疗仅适用于子宫内膜间质肉瘤)。若选择方案①者,根据术中情况确定补充治疗,术前放疗者则不行术后放疗,病灶仅局限在阴道时,术后可行肿瘤靶向放疗 + 阴道近距离放疗。病灶扩散到阴道外,但仅限于盆腔时,术后行肿瘤靶向放疗。若已扩散至盆腔外,可行化疗,子宫内膜间质肉瘤可行激素治疗;局部复发既往曾接受放疗者,可选择①手术探查加病灶切除 ± 术中放疗(证据等级为 3 级) ± 化疗或②化疗或③激素治疗(仅限于子宫内膜间质肉瘤)或肿瘤靶向放疗。(2)孤立转移灶:可切除者可考虑手术切除或其他局部消融治疗加术后化疗或激素治疗(仅限于子宫内膜间质肉瘤),或术后放疗;不可切除病灶者行化疗 ± 姑息性放疗(若病变缓解可考虑手术,或激素治疗(仅限于子宫内膜间质肉瘤),或姑息性放疗)。(3)播散性转移:子宫内膜间质肉瘤行激素治疗 ± 姑息性放疗或支持治疗,其他肉瘤行化疗 ± 姑息性放疗或支持治疗。

3.2.5 子宫肉瘤的全身治疗 包括化疗和激素治疗。强烈推荐子宫肉瘤患者入组参与临床试验。化疗药物可单用或联合,推荐联合化疗方案包括吉西他滨/多西紫杉醇(子宫平滑肌瘤首选),多柔比星/异环磷酰胺,多柔比星/达卡巴嗪,吉西他滨/达卡巴嗪,吉西他滨/长春瑞滨,可选择的单药有达卡巴嗪、多柔比星、表柔比星、吉西他滨、异环磷酰胺、脂质体阿霉素、帕唑帕尼、替莫唑胺、长春瑞滨(证据等级 2B 级)及多西紫杉醇(证据等级 3 级)等。激素治疗仅适用于子宫内膜间质肉瘤,包括醋酸甲羟孕酮,醋酸甲地孕酮,芳香酶抑制剂,GnRH 类似物(证据等级为 2B 级)。

### 3.3 放疗原则

3.3.1 肿瘤靶向放疗 是针对肿瘤已知或可疑侵犯部位的放疗,可包括外照射放疗(EBRT)和(或)近距离放疗。诊断性的影像学检查常用于在放疗前评估肿瘤的局部转移范围及排除远处转移。一般而言,肿瘤靶向的外照射放疗是针对盆腔或者加上腹主动脉旁区域。近距离放疗可用于以下情况:(1)有子宫者,包括术前或手术时未切除子宫者;或者(2)更常见于子宫切除术后的阴道放疗。本指南推荐肿瘤靶向放疗,不推荐行全腹放疗。

3.3.2 放射部位 如果存在大块病灶,盆腔放疗需指向该区域,另外,放射野需覆盖髂总血管下段,髂外血管,髂内血管,宫旁,阴道上段或阴道旁组织和骶前淋巴结(针对宫颈受累的患者)。放疗延伸野需包括整个盆腔、髂总血管全部区域及腹主动脉旁淋巴结区。延伸野上方的范围根据患者的临床状态决定,但至少需达到肾血管水平。针对镜下病灶的外照射剂量需 45 ~ 50Gy。放疗时需根据 CT 治疗计划设计多种适形放疗野。

3.3.3 根据患者的临床状态个体化设计治疗方案中近距离放疗的剂量 对于有大块病灶的 II 期患者的术前放疗,一般推荐与肿瘤体积相对应的总剂量为 75 ~ 80Gy 的低剂



量率放疗。阴道近距离放疗剂量根据是否行外照射放疗,确定覆盖阴道表面或阴道表面下 0.5cm 的组织。(1)子宫切除术后的阴道近距离放疗范围限于阴道上段。(2)当作为外照射放疗的辅助治疗时,高剂量率近距离放疗常设计为针对阴道黏膜,4~6Gy × 2~3 次分割的剂量。(3)若仅行高剂量率阴道近距离放疗,常用的方案包括阴道表面下 0.5cm 的 7Gy × 3 次分割剂量或阴道表面的 6Gy × 5 次分割剂量。

#### 4 与临床实践密切相关的几个问题

(1)新版指南推荐对于早期患者如果组织分化为 G1、肌层浸润小于 1/2、病灶小于 2cm 者可不需切除腹膜后淋巴结。但是术前活检病理标本确定的组织学分级与术后子宫切除标本的组织学分级不一定相符合。有研究提示有 15%~20% 的术前标本在术后组织学分化会升级。术中肉眼判断切除子宫标本浸润肌层深度的准确性也与组织学分级有关,一个研究提示 G1 的准确度为 87.3%, G2 为 64.9%, G3 为 30.8%。(2)应用腹腔镜进行盆腔和主动脉旁淋巴结切除和全子宫双附件切除现在已越来越多。GOG-LAP2 针对临床 I~II 期 2616 例的试验显示有 26% 的患者需要中转开腹。切除淋巴结失败率腹腔镜组 8%,开腹组 4%,两者差异有统计学意义。腹腔镜组术后恢复快、住院时间短。复发率腹腔镜组 11.4%,开腹组 10.2%。总的 5 年生存率为 84.8%。对于年老患者、大子宫和有转移的患者,指南还是推荐开腹手术。机器人腹腔镜手术费

用仍较高,但由于其技术优势,在美国已快速成为应用于子宫内膜癌的主要微创技术。(3)关于子宫内膜癌宫颈受累患者是行广泛子宫切除还是次广泛子宫切除问题,因为在术前难以判断患者是原发性宫颈腺癌还是内膜癌扩散到宫颈,所以,NCCN 指南和 FIGO 指南均推荐进行广泛子宫切除术。指南也推荐可先放疗然后做全子宫切除术,但是这是 2B 证据,广泛全子宫切除术仍是首选,如果术后病理结果切缘阴性并没有淋巴结转移,术后可以观察或仅补充阴道近距离放疗。如果宫颈受累的患者只是做了筋膜外子宫切除术,则术后推荐补充放疗 ± 化疗(化疗为 2B 证据)。(4)关于年轻患者保留卵巢问题,有 1 个随访了 16 年的资料表明,在 Ia 期绝经前患者保留卵巢并不影响其长期生存率。其他的研究也提示在早期子宫内膜癌保留卵巢是安全的。综合 NCCN、FIGO 和其他文献,我们提出:如果肿瘤符合 G1 级、侵犯肌层小于 1/2,无淋巴管间隙浸润,非特殊类型的年龄小于 40 岁的子宫内样腺癌患者,可保留卵巢。上一版指南对于子宫肉瘤能手术者推荐行全子宫和双侧附件切除术,新版指南则推荐年轻、早期的子宫平滑肌肉瘤患者可以考虑保留卵巢。(5)卵巢切除后是否应用雌激素替代治疗仍有争议。NCCN 同意雌激素替代治疗导致肿瘤复发的风险不高,是否应用仍需个体化,并且和患者进行充分的沟通。选择性雌激素受体调节剂(SERMs)比雌激素替代治疗更合理。对于吸烟、有乳腺癌病史、中风史等患者不宜应用雌激素替代治疗。

(2014-01-10 收稿)

读者 · 作者 · 编者

## 《中国实用妇科与产科杂志》2014 年第 5 期中心内容预告

中心内容:中老年女性骨质疏松症的防治

应该重视女性绝经相关骨质疏松  
中老年女性骨质疏松症流行病学现状、分类  
及诊断  
促性腺激素释放激素激动剂治疗与骨量丢失  
植物雌激素与中老年女性骨质疏松症  
激素补充治疗与中老年女性骨质疏松症  
钙、维生素 D 与原发性骨质疏松症

中医药防治中老年女性骨质疏松症  
运动防治中老年女性骨质疏松症  
中老年女性骨质疏松症的其他  
治疗方法  
中老年女性骨质疏松症发病机制  
研究进展  
骨质疏松动物模型研究进展