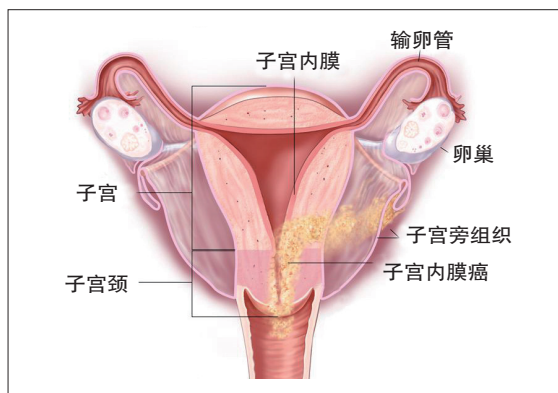


美更新 2014 年子宫内膜癌术后放疗指南

我国尚缺乏该领域的原则性指导

▲ 本报记者 王坤



晚期子宫内膜癌

近日，美国放射肿瘤学会（ASTRO）根据大量循证医学证据，发布了一项关于子宫内膜癌辅助治疗使用细节的新指南。新指南专家组针对子宫内膜癌患者推荐一系列术后辅助治疗的意见，包括阴道残端腔内放疗、体外照射、体外照射结合腔内治疗以及放疗联合化疗等（Pract Radiat Oncol. 4月2日在线版）。

首都医科大学附属北京妇产医院妇科孔为民教授介绍，1988年手术分期实施以后，完整的手术分期及针对手术病理发现的高危因素进行辅助治疗已成为子宫内膜癌新的治疗原则。对于子宫内膜癌的术后治疗，一般选择放疗或放疗联合化疗。也有研究试图以化疗取代放疗，并取得了一定疗效，但结果未经多中心、前瞻性研究所证实。

对于术后哪些患者应行辅助治疗，如何选

择辅助治疗方法，临床尚存在不少争议。

ASTRO 子宫内膜指南联合主席 Ann Klopp 和 Akila N. Viswanathan 教授表示，过去 5 年发表的几项关于子宫内膜癌放疗治疗的重要试验结果，试图梳理放疗治疗中存在的问题，提供清晰的规范，然而几项研究的开展方向并不统一，导致最终无法整合为一致的治疗推荐。

此次 ASTRO 专家组由 17 名妇科领域专家组成，整理、分析了来自 MEDLINE、EMBASE 和 Cochrane 等数据库中发表于 1980-2011 年 330 项研究的大量数据。研究对象为所有种族、18 岁以上、组织学分级 I ~ IV 期子宫内膜癌患者，其术后未采取辅助治疗，或给予盆腔和（或）阴道近距离放疗，联合或不联合全身化疗。新指南中的推荐将为患者和医生提供充分的信息，确保患者获得最好的治疗。

专家小组提出五项关于辅助性治疗的关键问题及处理建议

哪些子宫内膜样子宫内膜癌患者术后无需接受辅助治疗？

子宫切除术行或不行淋巴结清扫患者，存在下述表现时，不进行辅助治疗是合理的：（1）子宫切除标本中无残余病灶，即使子宫内膜活检病理是子宫内膜样癌；（2）组织学分级 G1 或 G2 无肌层受侵或肌层浸润 <50%，且无其他高危因素存在时。

患者有下述病理表现时，行或不行阴道残端腔内放疗均可：（1）组织学分级 G3 患者，无肌层浸润；（2）组织学分级 G1 或 G2、子宫肌层浸润 <50% 且存在高危因素【如年龄 >60 岁和（或）淋巴血管间隙侵犯】。

哪些子宫内膜样子宫内膜癌患者应接受阴道残端腔内放疗？

阴道残端腔内放疗和盆腔体外照射同样可以预防：（1）组织学分级 G1 或 G2 且子宫肌层浸润 ≥ 50%；（2）组织学分级 G3 且肌层浸润 <50% 的患者复发。对于有上述危险因素，特别是行系统淋巴结切除，淋巴结阴性的患者，阴道残端腔内放疗优于盆腔体外照射。

哪些早期子宫内膜癌患者应接受术后体外照射？

盆腔放疗对于减少早期患者盆腔复发是一种行之有效的方法，但无证据表明其可以改善整体生存期。组织学分级 G3 且肌层浸润或宫颈间质浸润 ≥ 50% 的患者，接受盆腔放疗可减少复发风险。如存在其他危险因素【如年龄 >60 岁和（或）脉管间隙浸润】、组织学分级 G1 或 G2 且肿瘤肌层浸润 ≥ 50% 的患者，也可以接受盆腔放疗以减少复发风险。

哪些 III ~ IV 期子宫内膜癌患者应接受术后体外照射？

一些研究已显示，术后盆腔野照射可改善患者生存期。最佳证据显示，对于淋巴结阳性或子宫浆膜、卵巢 / 输卵管、阴道、膀胱或直肠受累患者，采用包含体外照射及辅助化疗在内的辅助治疗是合理的选择。化疗或单独放疗或可用于存在盆腔复发某些高危病理因素的患者。

体外照射之后应何时合并应用腔内治疗？

盆腔体外照射后使用阴道腔内放疗的确切疗效还缺少前瞻性研究数据的证实，而回顾性研究显示，尽管存在少数获益，但这一治疗方案几乎没有结论性的获益证据。行阴道腔内放疗的患者一般不会同时行盆腔体外照射，除非存在阴道复发的高危因素。

子宫内膜癌术后的综合治疗方案中，应如何整合放疗和化疗？

最佳证据显示，淋巴结阳性或子宫浆膜、卵巢 / 输卵管、阴道、膀胱或直肠受累患者，术后予同步放化疗，后继续予辅助化疗是有指征的。体外照射和化疗的序贯治疗策略也可选择。对于某些存在盆腔复发高危病理因素的患者也可考虑给予单一化疗或放疗。



孔为民 教授

孔教授强调，ASTRO 列出了子宫内膜癌术后辅助治疗的一般性原则，这些推荐对我国广大妇科医生具有临床指导意义。我国子宫内膜癌术后辅助治疗的选择不少，但仍缺乏具体原则性的指导。一些医院在子宫内膜癌术后常规选择化疗，但须明确，单独化疗用于早期子宫内膜癌术后有高危因素患者的治疗还缺少大样本、前瞻性、多中心的研究结果支持，特别是有淋巴结转移、宫外转移等情况存在时。根据现有循证医学证据，仅行术后单独化疗显然不够。

此外，2014 年美国国立综合癌症网络（NCCN）指南对子宫内膜癌术后辅助治疗方案具体选择也列出了详尽说明。如对于 I A 期术后处理，“无高危因素者，组织学分级 G1 者术后观察即可；G2、G3 者术后可观察或予腔内放疗……”。因此，广大医生在制定子宫内膜癌术后辅助治疗方案时也应参考“2014 年 NCCN 子宫内膜癌临床实践指南”。

第 17 届全国临床肿瘤学大会暨 2014 年 CSCO 学术年会

征文投稿截至 6 月 15 日

会议主题：提升规范水平，拓展国际视野
会议时间：2014 年 9 月 17-21 日
会议地点：福建省厦门市国际会议展览中心

主办单位：
中国临床肿瘤学会（CSCO）
北京市希思科临床肿瘤学研究会
中国抗癌协会临床肿瘤学协作专业委员会



请登陆 www.cSCO.org.cn 查询详细信息

本届大会将秉承 CSCO 根本宗旨，积极开展多种形式的继续教育和学术交流，进一步促进国际、国内临床肿瘤学领域的交流与合作；鼓励和支持临床研究与创新，大力推动多学科、规范化综合治疗进程和学科发展；继续举办学科内各领域的专题学术论坛，邀请国内、外著名的专家学者做精彩的进展报告或者讲座，力求全面、准确地反映临床肿瘤学领域的新观念和新动态。

年会同期将与 ASCO、ESMO、JSMO、IASLC 等国际知名学会联合共同举办国际专场，邀请国际著名专家学者前来研讨报告，共商抗癌大计，推动亚太地区广泛而深入的学术交流与临床研究。同时与 SITC、CAHON、USCACA 联合举办肿瘤免疫专场，为全球的临床肿瘤学事业做出积极贡献。

预计有一万多名国内、外临床医师和各界代表踊跃参会。同期还将举办抗癌新药、仪器设备和新书刊展览。

按照惯例，学术委员会将评选 CSCO——诺华年度临床肿瘤学研究杰出成就奖，同时从大会投稿中遴选优秀论文，以中国临床肿瘤学科学基金进行奖励。2014 年将首次设立“CSCO 临床肿瘤学年度成就奖”和“CSCO 临床研究年度协作奖”，予以表彰奖励。