编者案：宫颈癌是妇科恶性肿瘤发病率第二的肿瘤，仅次于乳腺癌，根据世界卫生组织数据，每年有50万新增宫颈癌病例，25万人因其死亡。针对宫颈癌这一常见癌症，在本月召开的第八届中国肿瘤内科大会上，重庆市肿瘤医院院长周琦教授作了精彩报告。

不同分期宫颈癌的个体化治疗

▲ 重庆市肿瘤医院妇瘤科 周琦

Ⅰa~Ⅱa期 首选手术治疗

Ⅰa1期

有生育要求者 可采用宫颈冷刀锥切。当宫颈锥切标本有脉管浸润时，采用广泛宫颈切除＋盆腔淋巴结清扫术式，术中先行盆腔淋巴结清扫，送冰冻检查，若有转移，行改良根治性子宫切除（Ⅱ型）＋盆腔淋巴结清扫术；无转移，行根治性宫颈切除＋盆腔淋巴结切除 ± 腹主动脉旁淋巴结取样（当髂总淋巴结阳性或疑有腹主动脉旁淋巴结转移者）。

无生育要求者 可选择筋膜外全子宫切除。如果患者伴有淋巴血管受侵，则行改良根治性子宫切除（Ⅱ型）＋盆腔淋巴结清扫术。

对于有手术禁忌者，可选用后装腔内放射治疗，A点剂量80 Gy左右。

Ⅰa2期

有生育要求者 可采用根治性宫颈切除＋盆腔淋巴结切除 ± 腹主动脉旁淋巴结取样。术中先行盆腔淋巴结清扫，送冰冻检查，若有转移，改行根治性子宫切除（Ⅲ型）＋盆腔淋巴结清扫术；若无转移，再行根治性宫颈切除＋盆腔淋巴结切除 ± 腹主动脉旁淋巴结取样。

无生育要求者 可行根治性子宫切除（Ⅲ型）＋盆腔淋巴结清扫术。

对于有手术禁忌者，可采用后装放射 ± 盆腔外照射治疗，A点剂量80 Gy左右。

Ⅰb1期及Ⅱa1期

有生育要求者 对于Ⅰb1期有生育要求且病灶直径<2 cm患者，术中可行盆腔淋巴结清扫，送冰冻检查，若有转移，改行根治性子宫切除（Ⅲ型）＋盆腔淋巴结清扫术；若无转移，行根治性宫颈切除＋盆腔淋巴结切除 ± 腹主动脉旁淋巴结取样。对于部分Ⅰb1期患者，若肿瘤病灶>2 cm且<4 cm，病灶以外凸为主，有保留生育功能强烈愿望，术前磁共振成像（MRI）提示宫颈病灶向宫颈管方向累及较少，评估手术可在宫颈内口水平留下足够的无瘤边带，则也可能保留患者生育功能；若患者肿瘤直径只有2 cm但以颈管浸润为主，保留生育功能需慎重。总体来说，肿瘤直径>2 cm，复发率增高，达到11.6%。

对于拟保留生育功能的患者，术前MRI是术前非常重要的常规检查，可评估宫颈病灶大小、基层浸润深度、颈管受侵范围、盆腔淋巴结状况等多项重要指标，以及客观评价手术疗效。

无生育要求者 可行根治性子宫切除（Ⅲ型）＋盆腔淋巴结清扫术 ± 腹主动脉旁淋巴结取样。

对于有手术禁忌者，可采用根治性放疗。

Ⅰb2期及Ⅱa2期

对于Ⅰb2期及Ⅱa2期，应考虑患者知情权，充分与患者沟通，由医生与患者共同选择治疗方式，推荐如下。

☆ 盆腔放疗＋铂类为主的同步化疗＋近距离放疗（A点剂量≥85 Gy，B点剂量50 Gy左右）。

对于阴道侵犯明显的患者，必要时可给予加用阴道塞进行后装放疗，治疗剂量一般采用阴道表面20 Gy左右，但需要根据病情适当调整。若患者选择放疗，之前应行影像或手术评估淋巴结状态。对于宫颈局部病灶较大患者，应提高宫颈局部剂量，可适当增加后装放疗剂量，当病灶基本退缩后就需要尽早进行后装治疗，必要时可给予宫颈病灶表面剂量20 Gy，止血并加快宫颈病灶的退缩。

☆ 根治性子宫切除（Ⅲ型）＋盆腔淋巴结清扫＋腹主动脉旁淋巴结取样，对于保留神经需谨慎。术前可行铂类为基础的新辅助化疗。

周琦 教授

宫颈癌选择手术治疗时，应按照不同分期选用不同术式。

Ⅱb~Ⅳa期 以同步放化疗为主

采用铂类为基础同步放化疗（大宫颈者A点剂量≥85 Gy，Ⅲb期患者B点剂量50~55 Gy）。

对于盆壁受侵明显的患者，必要时可缩野局部盆腔加量达到60 Gy，最好在CT或MRI图像引导下进行加量。

对于阴道侵犯明显的患者，必要时可予加用阴道塞进行后装放疗，治疗剂量一般采用阴道表面20 Gy左右，但需根据病情适当调整。治疗前采用影像或手术评估淋巴结状态。

对于Ⅲb期患者，特别是溃疡型宫颈癌患者，常出现后装治疗插管困难，可增加外照射剂量，减少后装治疗剂量。

对于宫颈病灶大的外凸型患者，需加大宫颈后装治疗剂量。

Ⅳb期 重在改善生活质量、控制病情进展

对于Ⅳb期患者，以改善生活质量、控制病情进展为主。

临床上，在对该期别患者行盆腔局部放疗的同时，应加强铂类为基础的联合化疗，并针对转移灶进行个体化治疗，辅以对症处理。

脑转移五大误区

认清病因，重新评估脑转移患者管理

美国纽约大学Langone医学中心Douglas Kondziolka等指出，对于临床脑转移患者的治疗认识还在不断深入，但一些关键性、历史遗留下来的错误概念在医生和研究者中仍普遍存在，这将影响到医生的临床决策及研究者的试验思路与方法。脑转移是肿瘤的一种特殊状况，生存期较短。即使如此，在脑转移治疗过程中医生也需保持个体化治疗的理念。（Neurosurgery. 2014,75:1）

1 **误解 所有的组织学类型是一样的。**不论原发肿瘤为何种病理类型，转移到脑部后，其生物学特征均为一致表现，包括肿瘤数量、放疗和化疗敏感性、肿瘤复发风险、生存预期等。

更正 脑转移的组织学类型并非全都一致。不同的颅外原发肿瘤转移到脑部时，其生物学特性不同。

2 **误解 病变部位的实际数量至关重要。**脑转移病灶数量与脑部治疗后复发、生存、认知功能障碍有关。转移病灶的精确数量决定治疗策略的选择。

更正 总的肿瘤体积对于生存、局部控制、颅内远转复发更具有预测意义。在一项纳入251例脑转移患者的研究发现，总的肿瘤体积≥2 ml是患者生存和局部控制的预测指标。

3 **误解 一般不存在单个脑转移病灶。**微转移可造成播散性病变，且其在高分辨率成像下并不明显，因此全脑放疗（WBRT）联合局部治疗治疗脑转移更为有效。

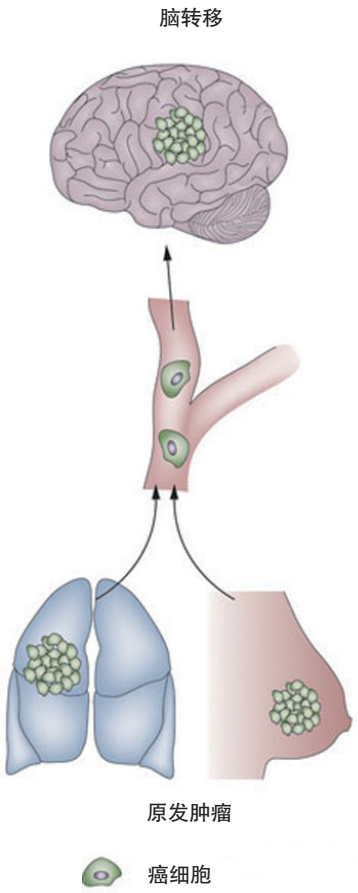
更正 高级别证据支持，与WBRT相比，对转移病灶的局部治疗策略可明显控制肿瘤、改善生存。如果微转移存在且没有接受治疗，在随后的影像学检查中将会被发现。因此，并非每一位脑转移患者均需接受WBRT。

4 **误解 WBRT最终总是有害的。**对于长期存活患者来说，WBRT会引起认知功能障碍。

更正 尽管WBRT可引起认知功能障碍，但未接受WBRT的患者亦会因为肿瘤进展而引起认知功能障碍。而肿瘤进展可通过WBRT延缓，所以需找到行或不行WBRT之间的平衡点。

5 **误解 大多数脑转移都有症状，筛查并无太大意义。**

更正 脑部MRI有助于确定很多小且无症状的脑部肿瘤。全身PET有时也可在症状发展前显示脑部肿瘤。可见，脑部肿瘤已可在无或很少症状时行普通筛查发现。因此，目前脑转移治疗的目标已不仅是提高整体预后或功能，而是要预防神经功能恶化，同时治疗颅外肿瘤进一步发展。



（编译 王坤）