

近日, 美国肿瘤综合协作网(NCCN)公布了《子宫肿瘤临床实践指南(2015第二版)》。相比2014年版本指南而言, 2015年第二版与2015年第一版指南在临床实践方面的更新相同, 但在讨论部分进行更新。

NCCN 子宫肿瘤临床实践指南解读

修正分期, 新增病理学诊断

▲ 中国医学科学院肿瘤医院妇科 李斌 吴令英

要点解析

子宫内膜癌手术分期原则

病灶局限于子宫的内膜癌且不考虑保留生育功能的患者, 最基本术式仍为全子宫+双附件切除, 一些局部晚期子宫内膜癌患者也适用该术式。术中强调无瘤原则, 提倡整块切除, 避免肿瘤破碎。

全面分期手术中需肉眼检查腹膜、横膈膜及腹腔内器官浆膜面有无病灶, 并在可疑部位取活检确定有无宫外受侵。腹水细胞学虽不

影响手术病理分期, 但FIGO及AJCC仍推荐检查评估。浆液性腺癌、透明细胞癌和癌肉瘤患者常行大网膜活检。

个体化应对子宫内膜癌患者淋巴结切除问题, 病变局限于子宫的内膜癌患者, 盆腔淋巴结有无转移是影响术后治疗及患者预后的重要因素, 应常规切除(髂外、髂内及闭孔和髂总淋巴结)。肌层受侵<50%, 肿瘤直径<2cm, 高分

化或中分化患者淋巴结发生转移风险小, 但行盆腔淋巴结切除术有益于明确手术-病理分期。切除可疑、肿大的盆腔或腹主动脉旁淋巴结, 明确有无淋巴结转移, 而是否常规行腹主动脉旁淋巴结清扫术尚存争议。有深肌层浸润、高级别病变、浆液性腺癌、透明细胞癌或癌肉瘤等高危因素患者, 需切除肠系膜下及肾静脉水平下腹主动脉旁淋巴结。



吴令英 教授



李斌 教授

子宫内膜癌保育功能指征与方法

保留生育功能指征病理类型为子宫内膜样腺癌, 高分化(G1级); MRI检查(首选)或经阴道超声检查发现病灶局限于子宫内膜; 影像学检查未发现可疑转移病灶; 无药物治疗或妊娠禁忌证。

以上情况, 需告知患者, 保留生育功能并非子宫内膜癌标准治疗方式, 会增加风险, 并取得同意。

保留生育功能患者治疗方法 对要求保留生育功能患者可考虑孕激素

治疗, 治疗前建议行遗传咨询或基因检测, 合并乳腺癌、卒中、心肌梗死、深静脉血栓及吸烟患者慎用。治疗期间严密监测, 每3~6个月进行1次分段诊刮或子宫内膜活检。若6个月后病变完全缓解, 鼓励患者受孕。若患者暂无生育计划, 孕激素维持治疗并定期监测。患者分娩结束、活检提示病情进展或经孕激素治疗6~9个月后子宫内膜癌病灶仍存在, 应考虑行全子宫双附件切除+分期手术。

子宫内膜癌分期手术中前哨淋巴结活检技术的应用

目前, 前哨淋巴结活检术已应用于子宫内膜癌, 但尚无相关前瞻性随机对照研究, 效果仍需评估。影像学检查未见远处转移, 手术探查未见明显子宫外病变或病灶局限于子宫的内

膜癌患者可考虑行前哨淋巴结活检术, 特殊病理类型子宫内膜癌(浆液性腺癌、透明细胞癌或癌肉瘤)用此术需谨慎。

采用宫颈局部注射生物染料标记前哨淋巴结, 术中将其切除活检,

取代常规淋巴结清扫。联合应用^{99m}Tc核素示踪, 通过术前显像及术中探测可提高前哨淋巴结检出率。严控前哨淋巴结检测流程可降低假阴性(前哨淋巴结无转移, 而其他淋巴结转移)率。

如前哨淋巴结识别失败, 则需切除盆腔淋巴结。识别成功与否, 任何可疑转移或肿大淋巴结均应切除。

特殊病理类型子宫内膜癌处理

特殊病理类型的子宫内膜癌主要包括浆液性乳头状腺癌、透明细胞癌及癌肉瘤。手术原则同卵巢癌: 包括全子宫+双附件切除+分期手术, 对肉眼可见肿瘤行减瘤术。I A

期无肌层浸润的患者可观察或化疗±阴道近距离放射治疗或肿瘤靶向放疗; I A期有肌层浸润、I B期、II期、III期及IV期的患者可行化疗±肿瘤靶向放疗。

子宫内膜癌的术后辅助治疗

☆ I期子宫内膜癌患者术后的辅助治疗, 根据有无高危因素(年龄>60岁、淋巴管间隙浸润、肿瘤较大、子宫下段或宫颈腺体受侵等)选择(表1)。

☆ II期G1患者分期手术后的辅助治疗包括阴道近距离放疗±盆腔外照射; G2患者行盆腔外照射+阴道近距离放疗; G3患者行盆腔外照射+阴道近距离放疗

±化疗。

☆ III A期患者分期手术后的辅助治疗包括化疗±放疗、肿瘤靶向放疗±化疗、盆腔外照射±阴道近距离放疗。

☆ III B、III C1、

III C2患者分期手术后的辅助治疗为化疗和(或)肿瘤靶向放疗。

☆ IV期患者经分期手术后, 无肉眼或镜下残存病灶, 术后行化疗±放疗。

子宫肉瘤需分期处理

术前 瘤初诊方式不同, 处理原则不同。如于全子宫切除或次全子宫切除术后发现, 则考虑行二次手术切除残存的宫颈或附件; 如经子宫内膜活检或子宫肌层剔除术后发现, 则进一步行影像学诊断, 病灶局限于子宫者行全子宫+双侧附件切除, 并对子宫外病灶进行个体化切除; 已知或怀疑子宫外病变者, 则根据症状、病变范围、病灶的可切

除性来决定是否手术。

术后 子宫内间质肉瘤: I期可观察或激素治疗; II、III和IV A期行激素治疗±肿瘤靶向放疗; IV B期行激素治疗±姑息性放疗。

子宫平滑肌肉瘤或高级别(未分化)子宫内间质肉瘤: I期可观察或化疗; II和III期可行化疗和(或)肿瘤靶向放疗; IV A期可行化疗和(或)放疗; IV B期行化疗±姑息性放疗。

表1 NCCN指南推荐I期子宫内膜癌患者不同情况下的术后辅助治疗策略

高危因素	G1	G2	G3
I A 无	观察	观察或阴道近距离放疗	观察或阴道近距离放疗
I A 有	观察或阴道近距离放疗	观察或阴道近距离放疗和(或)盆腔放疗	观察或阴道近距离放疗和(或)盆腔放疗
I B 无	观察或阴道近距离放疗	观察或阴道近距离放疗	阴道近距离放疗和(或)盆腔放疗或观察
I B 有	观察或阴道近距离放疗	观察或阴道近距离放疗和(或)盆腔放疗	盆腔放疗和(或)阴道近距离放疗±化疗

专家连线



林仲秋 教授

中山大学孙逸仙纪念医院妇科的林仲秋教授指出, 新指南将旧指南中“FIGO 2010分期”修正为“FIGO 2009分期”。讨论中新增“病理学”部分。同时, 强调术后病理诊断的内容及流程, 指出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。而术中肉眼判断

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。结合近期研究林教授表示, 利用前哨淋巴结显像的病理超分期技术(如连续切片及免疫组织化学法)以提高肿瘤转移病灶检测准确率, 具潜在重要性。对于怀疑肿瘤扩散到子宫外的子宫内膜癌患者, 可考虑术前新辅助化疗。同时, 在放疗原

则中指出阴道残端愈合后应尽早开始术后辅助放疗, 不超术后12周为优。

林教授说, 本次指南更新与诸多临床实践密切相关。对于病变超出子宫但局限于腹腔的内膜癌患者, 可选择直接手术或新辅助化疗+手术, NCCN指南首次提出子宫内膜癌新辅助化疗策略。结合推荐, 或可通过新辅助化疗使更

多相对晚期内膜癌患者获得手术机会, 提高总体生存率。然而, 仍需更多临床研究证明该推荐的合理性。

对于微小浸润灶患者, 腹腔镜全宫切除术与腹式全宫切除术生存结局类似, 但前者可降低手术并发症发生率及减少住院时间。因此, 早期患者, 如子宫不大、非年老或重要器官功能障碍等,

可选择腹腔镜手术。对于病灶局限于子宫的高危内膜癌患者, 阴道残端后装放疗+化疗及单独盆腔外照射放疗, 两种治疗方法生存结局无差异, 但后装放疗+化疗组患者的急性毒性反应发生率较高。林教授提示, 在追求放疗效果同时, 还需积极改进放疗技术与方法, 使患者获得更高的生存质量。