

DOI:10.19538/j.fk2024070115

《2025 NCCN 阴道癌临床实践指南(第1版)》解读

饶群仙^a, 杨 瑾^b, 林仲秋^a

关键词: 阴道癌; 指南解读

Keywords: vaginal cancer; guideline interpretation

中图分类号: R719.8 文献标志码: A

2024年3月26日,美国国立综合癌症网络(National Comprehensive Cancer Network, NCCN)首次发布了《2025 NCCN 阴道癌临床实践指南(第1版)》,现对该指南进行简要解读。

1 分期

采用2017年美国癌症联合委员会(AJCC)第8版TNM分期与2009年国际妇产科联盟(FIGO)的联合分期,见表1。

表1 阴道癌临床分期系统(2017 TNM与2009 FIGO)

TNM分期	FIGO分期	分期描述
T1	I	肿瘤局限于阴道壁
T1a	I A	肿瘤局限于阴道壁,病灶直径≤2.0cm
N0		
M0		
T1b	I B	肿瘤局限于阴道壁,病灶直径>2.0cm
N0		
M0		
T2	II	病灶侵犯阴道旁组织、未达盆壁
T2a	II A	病灶侵犯阴道旁组织、未达盆壁,肿瘤直径≤2.0 cm
N0		
M0		
T2b	II B	病灶侵犯阴道旁组织、未达盆壁,肿瘤直径>2.0 cm
N0		
M0		
T3	III	肿瘤累及骨盆壁 ¹⁾ 和(或)导致肾积水或肾无功能或盆腔或腹股沟区域淋巴结转移(N1)
N0/N1		
M0		
T4	IV A	肿瘤侵犯膀胱或直肠黏膜和(或)超出真骨盆 ²⁾ ,有或无扩散到盆腔或腹股沟淋巴结(N0/N1)但无远处转移(M0)
N0/N1		
M0		
T1~T4	IV B	任何大小的肿瘤扩散到远处器官,如肺或骨(M1);有或无侵犯邻近结构或器官(T1~T4),有或无扩散到邻近淋巴结(N0/N1)
N0/N1		
M1		

注:1)盆壁定义为肌肉、筋膜、神经血管结构或骨骼骨盆的部分,直肠检查肿瘤与盆壁之间无间隙;2)癌性水肿不能诊断为IV期

作者单位:中山大学孙逸仙纪念医院,a. 妇产科,b. 放疗科,广东广州 510120

通信作者:林仲秋,电子信箱:lin-zhongqiu@163.com

2 初始治疗

阴道癌患者需转诊至阴道癌专业中心进行多学科联合的综合治疗。阴道癌多数由其他部位转移而来,只有少数原发于阴道。治疗前首先要排除原发于肛门、直肠、子宫颈、子宫内膜或外阴的肿瘤伴阴道转移或扩展到阴道,或既往其他部位的恶性肿瘤复发发生在阴道。其次,结合全面的体格检查及辅助检查进行临床分期,以指导制定治疗方案。推荐的辅助检查包括血常规、肝肾功能检查、血清人类免疫缺陷病毒(HIV)检测、子宫颈人乳头瘤病毒(HPV)检测、子宫颈细胞学检测、阴道镜检查;麻醉下膀胱镜检查及直肠镜检查,并进行活检。盆腔磁共振成像(MRI)、胸部及全腹计算机断层扫描(CT)以及正电子发射计算机断层显像(PET-CT)等影像学检查可用于判断肿瘤浸润范围及是否有远处转移。

2.1 I期 病变局限于阴道壁的I期患者首选放疗。如病灶直径<2.0 cm且浸润深度≤0.5 cm,可单用腔内近距离放疗;或者选择外照射放疗(EBRT)+腔内近距离放疗(浸润深度>0.5 cm可行组织间插植)±同步含铂化疗。

I期患者也可选择手术切除±淋巴结评估。术后切缘阴性可观察;肿瘤病变接近切缘或切缘阳性或淋巴结阳性时,术后须补充辅助放疗或放化疗和(或)近距离放疗。高级别鳞状上皮内病变(HSIL)阳性切缘的处理应个体化,对于特定患者(见后文手术原则部分),可以考虑再次手术切除。

2.2 II~IV A期 放疗是大多数阴道癌的主要治疗方法。首选方式为同步盆腔放化疗(铂类)+近距离放疗;或单纯外照射放疗+近距离放疗。放疗总时间不应超过8周,治疗过程中尽量减少放疗延迟或中断。

许多研究表明,放疗同步化疗可以改善预后。但同步放化疗可能并不适合所有患者,对于年龄较大、体弱和(或)有多种合并症的患者应谨慎使用。同步化疗通常使用顺铂单药(顺铂不耐受则使用卡铂)。

2.3 IV B期 若转移病灶仍较局限,可选择:(1)全身治疗。(2)原发灶可行放化疗±近距离放疗。(3)转移性病灶可行姑息性手术、个体化放疗或局部消融治疗(如射频消融、

冷冻消融、立体定向放疗)。(4)最佳支持治疗。播散性转移可选择姑息性治疗和(或)全身治疗,或者采用最佳支持治疗。

3 治疗后随访

治疗后前 2 年每 3~6 个月随访 1 次,第 3~5 年每 6~12 个月随访 1 次,以后每年随访 1 次。建议行子宫颈或阴道细胞学筛查(可包括 HPV 检测)以早期发现下生殖道肿瘤。接受放疗的患者细胞学结果准确性可能受影响。治疗后 3~4 个月进行影像学检查以评估疗效。若症状或临床检查怀疑复发,需行影像学检查及实验室检查(血常规、血尿素氮、肌酐)。

随访过程中需对患者进行健康宣教,内容包括可能的复发病状、外阴营养不良表现、定期自检、生活方式、肥胖、运动、戒烟、营养咨询、性健康、阴道扩张器及阴道润滑剂使用、治疗后可能导致的长期及晚期并发症等。

4 复发的治疗

临床怀疑复发的患者,需进行影像学检查,包括盆腔 MRI、颈部/胸部/腹部/盆腔/腹股沟氟脱氧葡萄糖(FDG)-PET-CT(首选)或胸部/腹部/盆腔 CT 以评估是否有转移。必要时进行活检以确认局部复发和(或)远处转移,然后按复发处理。

4.1 局部复发 (1)既往未接受过放疗,或者复发部位在既往放疗野之外,可选择 EBRT±近距离放疗,或者同步放化疗±近距离放疗。(2)既往只接受过腔内近距离放疗,可选择个体化 EBRT±全身治疗±组织间插植近距离放疗±特定患者进行手术。(3)既往采用 EBRT±近距离放疗患者,如果是中央型复发,评估是否适合盆腔廓清术±术中放疗(IORT,3 类推荐),或者通过严格筛选的患者考虑再次放疗或局部切除;如果是周围型复发,选择全身治疗,或者手术切除±术中放疗(IORT,3 类推荐),或者再次放疗,或者最佳支持治疗。复发治疗后再次复发,可选择全身治疗,或者最佳支持治疗。

4.2 远处转移复发 参照 IVB 期处理。

5 病理学评估原则

5.1 总原则 阴道癌患者占全球女性癌症患者的比例不到 1%。阴道鳞状上皮内病变(SIL)和阴道鳞状细胞癌的主要病因是感染了高危型 HPV,最常见是 HPV16。

HPV 相关性阴道癌癌前病变可分为低级别病变(LSIL)和高级别病变(HSIL);也可分为阴道上皮内病变(VAIN)1、2、3 级。从 HSIL 或 VAIN 进展为浸润性鳞状细胞癌的风险约为 5%。根据发病机制,阴道鳞状细胞癌分为 HPV 相关型和非 HPV 相关型。如果 HPV 相关性未知,则标注为“无特殊说明”。以前使用的术语“疣状”、“基底细胞

样”和“乳头状”不再是组织学类型的必要组成部分。

非 HPV 相关型阴道鳞状细胞癌很少见,常见于绝经后女性(中位年龄 73 岁)。肿瘤组织学主要是角化型,免疫组化显示 p16 阴性和 p53 阳性。诊断 HPV 相关阴道癌必须排除 5 年内子宫颈癌和外阴癌病史。

其他类型的阴道癌非常罕见,包括:HPV 相关型阴道腺癌、子宫内膜样癌和透明细胞癌、黏液性癌(胃肠型)、中肾管腺癌、癌肉瘤、阴道混合性肿瘤、女性尿道旁腺腺癌、腺鳞癌、腺样基底癌、神经内分泌癌、腺肉瘤和生殖细胞肿瘤。

5.2 评估内容 (1)手术类型:包括活检、局部切除、部分阴道切除术、根治性阴道切除术、子宫颈切除术。(2)肿瘤部位:描述肿瘤位于阴道上、中、下 1/3。(3)肿瘤大小:包括最大径线和其他 2 个径线。(4)组织学类型。(5)HPV 相关:LSIL 或 HSIL。LSIL 与低危型和高危型 HPV 均相关,HSIL 只与高危型 HPV 相关。(6)组织学分级:包括高分化、中分化、低分化。(7)淋巴脉管间隙浸润(LVSI)。(8)前期病变:VAIN/SIL。(9)手术切缘状况。(10)原发部位的确定:必须排除 5 年内子宫颈癌或外阴癌病史。(11)辅助检测:通过 p16 免疫组化或 RNA 原位杂交或 DNA 测序进行辅助检测以确定 HPV 状态。还建议检测以下生物标志物:程序性死亡配体 1(PD-L1)、肿瘤突变负荷(TMB)、微卫星不稳定性(MSI-H)、RET 融合、NTRK 融合、p53 免疫组化、HER2 免疫组化或原位杂交。

6 影像学检查项目选择原则

6.1 初始评估 首选盆腔 MRI 平扫或增强来评估局部病变范围;转移病灶的评估优先推荐行全身 FDG-PET-CT,或胸部/腹部/盆腔 CT;出现症状或临床怀疑转移者可考虑行其他影像学检查。

6.2 随访监测 建议放疗后 3~4 个月进行 FDG-PET-CT(首选)检查以评估治疗效果,再根据症状等临床表现选择其他影像学检查。

如果无法进行 FDG-PET-CT 检查或需要证实 FDG-PET-CT 或其他检查的结果,则进行 MRI。

7 放疗原则

7.1 放疗总原则 (1)为了保留阴道功能,大多数阴道癌首选放疗而非手术。放疗首选包括以铂类为基础的盆腔同步放化疗+近距离放疗或单纯盆腔 EBRT+近距离放疗。放疗已被证实可以改善肿瘤控制。(2)放疗总时间不应超过 8 周。(3)放疗过程中尽量减少放疗延迟或中断。

7.2 EBRT/调强放疗(IMRT)

7.2.1 模拟 (1)采用包含腹股沟在内的蛙型腿进行体位固定,在模拟定位及治疗时采用仰卧位及膀胱充盈。行膀胱充盈和排空的 CT 扫描,从而生成阴道内部器官运动[内

靶区(ITV)]。(2)口服和静脉注射造影剂。(3)在肿瘤处放置标记物进行划定,并且采用PET-MRI成像融合来确定肿瘤范围。(4)行MRI检查时可放置阴道凝胶进一步确定腔内肿瘤范围。

7.2.2 剂量 (1)45~50 Gy in 1.8~2.0 Gy/fx。(2)对于肿大淋巴结,可以考虑同步增量或序贯增量至55~70 Gy[相当于常规2 Gy分次放疗的“等效生物剂量”(equivalent dose in 2 Gy/fx)(EQD2)]。(3)如原发灶已手术切除,且切缘接近或阳性,计划行EBRT加量治疗,瘤床的剂量为54~60 Gy或者考虑行近距离放疗。

7.2.3 靶区勾画 (1)肿瘤区(GTV),通过各种诊断手段[包括紧急使用授权(EUA)]及PET-MRI融合勾画出的肿瘤临床病灶。(2)临床靶区(CTV),包括整个阴道、阴道旁组织、子宫颈、宫旁组织和GTV外扩1.0~2.0 cm。阴道顶端在前后(AP)方向移动2.0 cm范围内可能形成ITV,为了确保ITV的准确性,应当模拟患者膀胱充盈和排空的情况,并且合并膀胱充盈和排空的CT扫描结果确定ITV。如果邻近器官(如尿道或直肠)受累,应当将受累器官纳入CTV。(3)临床淋巴结靶区(CTV-N),包括髂总、髂内、髂外、骶前和闭孔在内的盆腔淋巴结引流区,如果侵犯阴道下1/3,还应包括腹股沟淋巴结引流区。如果侵犯髂总动脉或腹主动脉旁淋巴结,还应包括腹主动脉旁淋巴结。靶区还应包括盆腔血管周围7.0 mm的范围,避开骨骼、肌肉、器官。累及阴道后壁和直肠阴道隔的肿瘤有扩散到骶前和直肠系膜淋巴结的风险,在这些情况下,应考虑包括整个直肠系膜。(4)远端阴道受侵时腹股沟股淋巴结范围:上界为髂臼顶;外侧界为腹股沟股血管至内侧缝匠肌或股直肌;后界为血管后缘;内侧为耻骨肌或距血管2.5~3.0 cm;前界为缝匠肌前缘;下界为股骨小转子的顶部。(5)计划靶区(PTV),由CTV外扩0.5~0.7 cm形成,这是由于摆位误差、治疗机误差等因素而扩大的照射范围。(6)下缘边界应延伸至阴道病变下缘以下约3.0 cm。

7.2.4 规划/治疗 (1)IMRT是一种保护危及器官(OAR)的放疗治疗技术,在计划设计时需注意ITV。(2)考虑用膀胱充盈进行治疗,以尽量减少肠道剂量。(3)每周至少行1次验证片验证;如果使用IMRT治疗,需要每日行图像引导放疗(IGRT)。(4)腹股沟淋巴结区可能需要增加补偿膜。

7.3 近距离放射治疗

7.3.1 模拟 (1)腔内施源器(适用于≤5.0 mm的肉眼疾病厚度)。(2)可以使用单通道、多通道或部分屏蔽的阴道圆柱形施源器进行。(3)对于>5.0 mm的肉眼肿瘤厚度,可使用间质针、会阴模板施源器,混合型或手持型施源器;或者可考虑转诊至有专业/专家的治疗中心。(4)使用CT、MRI或经直肠超声(US)进行实时图像引导。

7.3.2 剂量 (1)通常建议对高危临床靶区(HR-CTV)行近距离放疗,以达到70~80 Gy(EQD2)的总剂量($\alpha/\beta=10$),

在阴道下部考虑较低的剂量为70~75 Gy,阴道上部则推荐总剂量为75~80 Gy。对于阴道上部体积大或反应差的肿瘤,可以考虑将剂量增加至85 Gy。一些治疗方式是对整个阴道表面累计照射到60 Gy,然后对肿瘤进行增量照射到70~80 Gy,而其他治疗方式仅对病变区域加上边缘进行照射。需要特别注意阴道黏膜的剂量耐受性。阴道远端比近端的耐受性更低。(2)对于浸润性肿瘤,在盆腔接受45 Gy照射后,常见的高剂量率(HDR)分次方案包括对HR-CTV进行(4.5~5.5)Gy×5次照射。可以使用较少分次的方案,如7 Gy×3次,或者更多分次的方案,如3Gy×(9~10)次。剂量的调整应当考虑肿瘤位置、范围、对EBRT的反应、近距离放疗技术(腔内或组织插植)、与周围重要器官的关系及其他因素。(3)对于非常早期的阴道癌症(浸润深度<0.5cm),如果无需进行EBRT,可以单独使用腔内近距离放疗。低剂量率(LDR)数据显示,对阴道表面给予大约60~70 Gy(EQD2)的剂量可以改善预后。高剂量率(HDR)数据更加多样,总剂量通常在50×60 Gy(EQD2)的范围内,每个患者的剂量需要个性化定制。常见的方案包括对阴道表面进行5 Gy×8次或8Gy×5次的照射,每周2次。(4)剂量限制:临床医生必须平衡正常组织毒性的风险与肿瘤控制,但提供了建议的剂量限制。研究表明,20%~30%的案例可能无法满足所有限制。见表2~3。

表2 阴道癌正常组织剂量限制指南(EBRT)

危及器官	剂量建议	
	软约束 ^a	硬约束 ^b
小肠	高达30%接受40 Gy	不超过70%接受40 Gy
	$V_{45} \leq 200 \text{ cc}$	$V_{45} < 250 \text{ cc}$
	用于节点升压: $V_{55} < 5 \text{ cc}$,淋巴结加量	用于节点升压: $V_{55} < 15 \text{ cc}$,淋巴结加量
膀胱 ^c	$V_{45} < 50\%$	$D_{\text{max}} < 115\%$
肛门直肠 ^c	$V_{45} < 50\%$; $V_{30} < 60\%$	$D_{\text{max}} < 115\%$
股骨头 ^c	$V_{30} < 15\%$	$D_{\text{max}} < 115\%$
骨髓(可选)	$V_{10} < 80\%$; $V_{20} < 66\%$	$V_{10} < 90\%$; $V_{20} < 75\%$
脊髓	$D_{\text{max}} \leq 45 \text{ Gy}$	—
外生殖器 ^d	$V_{40} < 5\%$; $V_{30} < 35\%$; $V_{35} < 50\%$	—

注:a. 软约束用于指导放疗计划的优化,以改善治疗的效果,可能涉及尽量减少对正常组织的照射,降低副反应的风险,或者尽量均匀地分布剂量以确保肿瘤区域受到足够的辐射;b. 硬约束是放疗计划中必须严格满足的条件,这些条件通常涉及确保关键器官和组织不超过其耐受剂量极限,以避免严重的副反应或损伤;c. 在EBRT增量的情况下,会阴部剂量应适当限制:膀胱 $D_{\text{max}} < 65 \text{ Gy}$ 、直肠 $D_{\text{max}} < 65 \text{ Gy}$ 、股骨头 $D_{\text{max}} < 55 \text{ Gy}$;d. 应尽量减少未受累和照射野外生殖器的剂量,但不影响PTV的覆盖范围

表3 阴道癌正常组织剂量限制指南(近距离放疗)

危及器官	理想剂量限制 (Gy) (EQD23)	最大剂量限制 (Gy)(EQD23)	ICRU 点 (Gy)(EQD23)
直肠	<65 D2 cc	<75 D2 cc	<65 D2 点剂量
膀胱	75~80 D2 cc	<90 D2 cc	<75 点剂量
乙状结肠	<70 D2 cc	<75 D2 cc	-
肠	<70 D2 cc	<75 D2 cc	-
尿道	比处方剂量少0.1 cc(估计 EQD2 为 85 Gy)	-	-

7.3.3 靶区勾画 (1)近距离放疗计划高度个性化,应结合 EBRT 前和近距离放疗前的影像学资料(最好是 MRI)、临床所见、标志物和检查结果等信息,需要对阴道解剖结构和疾病分布有深入了解,强烈建议使用图像引导的近距离放疗,并根据肿瘤反应调整治疗量。在选择近距离放疗方法时,必须考虑肿瘤的范围、位置和反应。(2)GTV:通过影像学和临床检查进行近距离放射治疗时肉眼可见的残留肿瘤。(3)HR-CTV: GTV+初始肿瘤浸润范围内的任何异常/不规则阴道壁+阴道旁/子宫旁灰色区域。

7.3.4 规划/治疗 (1)鼓励使用 IGRT 适应性计划。(2)注意阴道表面剂量和对周围危及器官(OARs)的剂量。(3)使用生物有效剂量(BED)剂量换算来追踪正常组织($\alpha/\beta=3$)和阴道靶区/HR-CTV($\alpha/\beta=10$)的等效剂量(EQD2)。

7.4 外照射增量 (1)通常首选近距离放射治疗,但如果不显著增加 OAR 剂量的情况下能够实现类似的 EQD2, IMRT 增强疗法可能可代替近距离放射治疗。在这种情况下,总剂量应为 65 ~ 70 Gy。(2)距离直肠或肛门非常近的阴道癌等不适合近距离放射治疗或对毒性高度关注的患者,可选择。

7.5 再次放射 (1)术中放疗(IORT, 3 类推荐): IORT 是一种专门技术,可在开放式手术过程中向高危肿瘤床或孤立的不可切除残留病灶提供单次、高度集中的放射剂量。它对于在既往辐射体积内复发的病灶特别有效。在术中放疗期间,可手动将正常组织(例如肠或其他内脏)从危险区域移走。术中放疗通常通过电子、近距离放疗或小型 X 射线源进行,使用与手术定义的危险区域相匹配的各种尺寸的预制施放器,这进一步限制了辐射暴露的面积和深度,以避免周围的正常结构。(2)其他再次放射技术可能包括腔内或组织间近距离放疗、SBRT、IMRT 或质子治疗。这些技术高度个体化,取决于目标与关键器官的邻近程度、之前的放疗剂量、重叠程度以及距离之前放疗的间隔时间。剂量需要个体化。

8 全身治疗

阴道癌的化疗方案可借鉴子宫颈癌的治疗方案,详见表 4。

表4 原发性阴道癌的全身治疗

化疗药物	复发或转移阴道癌	
	一线治疗	二线或以上治疗
首选治疗方案	首选治疗方案	首选治疗方案
顺铂	PD-L1 阳性肿瘤	帕博利珠单抗用于
卡铂(顺铂不耐受患者)	帕博利珠单抗+顺铂/紫杉醇±贝伐珠单抗	治疗 TMB 高(TMB-H)肿瘤或 PD-L 阳性或 MSI-H/错配修复缺陷(dMMR)肿瘤
其他推荐治疗方案(如果无顺铂和卡铂)	卡铂/紫杉醇±贝伐珠单抗	西米普利单抗
卡培他滨/丝裂霉	顺铂/紫杉醇/贝伐单抗	其他推荐治疗方案
吉西他滨	卡铂/紫杉醇/贝伐单抗	贝伐珠单抗
紫杉醇	其他推荐治疗方案	紫杉醇
	顺铂/紫杉醇	白蛋白结合紫杉醇
	卡铂/紫杉醇	多西他赛
	拓扑替康/紫杉醇/贝伐珠单抗	氟尿嘧啶
	拓扑替康/紫杉醇	吉西他滨
	顺铂/拓扑替康	培美曲塞
	顺铂	拓扑替康
	卡铂	长春瑞滨
		伊立替康
		Tisotumab vedotin-tftv(替索单抗)
		在某些情况下有用
		PD-L1 阳性肿瘤
		纳武单抗
		HER2 阳性肿瘤(IHC 3+或 2+)
		德曲妥珠单抗
		RET 基因融合阳性肿瘤
		塞帕替尼
		NTRK 基因融合阳性肿瘤
		拉罗替尼
		恩曲替尼

9 手术原则

(1)在对阴道癌患者进行任何手术治疗之前,应由妇科肿瘤专家对患者进行评估。(2)只有在肿瘤边界清楚可完整切除、并发症发生率不高并且可能不需要辅助放疗的情况下,才建议选择手术治疗。(3)麻醉下检查有助于明确诊断、并可获得足够的组织样本以进行组织学评估和全面的分子分析(例如 PD-L1)以及评估疾病的程度。建议膀胱镜检查 and 直肠镜检查以排除膀胱或直肠侵犯。对子宫颈和外阴进行评估,以排除子宫颈和外阴原发肿瘤。(4)在可行的情况下绝经前患者应考虑保留卵巢或卵巢移位。(5)可以放置标记来确定阴道病变的范围。(6)阴道癌根治性手术治疗并不常用,应考虑放射治疗的替代方案。(7)对

于阴道顶部的微小病变,阴道上段切除术±子宫切除术可能是合理的。根治性子宫切除术适合肉眼可见的病变(<2cm)。(8)累及阴道上2/3的病变,应评估盆腔淋巴结。(9)累及阴道下1/3的病变,应评估腹股沟淋巴结。(10)对于需要全阴道切除的患者,应考虑进行阴道重建。(11)初始治疗时,若需要切除尿道、膀胱或直肠才能切除原发灶,通常首选放射治疗。(12)能达到切缘阴性的小病变可考虑阴道切除术,尽可能达到切缘阴性。(13)盆腔局部复发或持续性疾病,或者初始治疗无法采用放疗时,可考虑盆腔廓清术。

10 妇科疾病幸存者指导原则

10.1 生理影响 妇科恶性肿瘤经典治疗包括手术、化疗、激素治疗、放疗和(或)免疫治疗,这些治疗可导致急性、短期和长期毒性反应。

手术治疗范围可以很广,从而导致粘连形成,后者可引起疼痛及小肠梗阻,还有泌尿系及胃肠道并发症(如失禁或腹泻)、盆底功能障碍(对泌尿系、肠道及性生活的影响)以及淋巴水肿。

尽管常用化疗方案可导致神经毒性、心脏毒性、继发血液系统肿瘤及认知障碍的风险显著,但具体化疗药物的副反应各不相同。

长期雌激素缺乏可导致如潮热、阴道干涩及骨质丢失。放疗可导致长期并发症(如纤维化,外阴阴道萎缩),且可能使患者易发生皮下组织和(或)靠近放射野的器官、组织的继发癌症。

放疗可能会导致骨质流失并增加骨盆骨折的风险。考虑骨密度测试和预防性使用双磷酸盐,特别是对于骨质疏松症患者。

免疫治疗的应用正在兴起,且目前为止,这些治疗方案的长期影响尚未明确。

10.2 心理影响 患癌症后心理影响包括心理上(如抑郁、焦虑、对复发及身体形象改变的恐惧)、经济上(如重返工作岗位、保险问题)和人际上(如人际关系、性及亲密度)。

10.3 处理方法 所有妇科恶性肿瘤幸存者需定期接受针对慢性疾病管理的普通医疗护理,包括监测心血管疾病风险因素、推荐的疫苗接种及鼓励选择健康的生活方式。

为了评估妇科恶性肿瘤的迟发性和长期影响,临床医师应全面记录患者的病史,进行彻底的体格检查,以及提供任何必要的影像学 and (或)实验室检查。所有患者,无论是否处于性活跃期,都应该询问是否存在包括外阴阴道干涩的泌尿生殖系症状。推荐患者于相应领域专家就诊咨询(如理疗、盆底治疗、性治疗、心理治疗)。

由于绝大多数妇科恶性肿瘤的治疗都会导致性功能障碍、早绝经及不孕,我们需特别关注因此造成的医疗和社会心理影响。推荐放疗后使用阴道扩张器和润滑剂。对于绝经前患者,需考虑使用激素替代治疗。

与参与幸存者护理的所有临床医生(包括初级护理临

床医生)进行沟通和协调至关重要。建议为癌症幸存者提供治疗总结和随访建议。

11 讨论

阴道癌罕见,缺乏循证医学证据。以循证证据为先导的NCCN指南直到今年3月26日才首次推出阴道癌指南。至此,NCCN指南已涵盖了全部妇科恶性肿瘤指南,包括外阴、阴道、子宫颈、子宫体、卵巢/输卵管/腹膜和妊娠滋养细胞肿瘤。其中,子宫内膜癌和子宫肉瘤合在子宫肿瘤中,若能将两者分开独立成为一部指南,将使指南更为完善和更具临床指导价值。

指南的形成需要逐步完善,阴道癌主要病理类型是鳞癌,罕见。其他病理类型如阴道腺癌、子宫内膜样癌和透明细胞癌、黏液性癌(胃肠型)、中肾管腺癌、癌肉瘤、阴道混合性肿瘤、女性尿道旁腺腺癌、腺鳞癌、腺样基底癌、神经内分泌癌、腺肉瘤和生殖细胞肿瘤更罕见。本版NCCN指南只针对鳞癌,若遇到其他类型的阴道肿瘤,不能照搬,这点需要提醒大家注意。

需要强调的是,阴道癌虽然罕见,但是阴道却是全身恶性肿瘤多发的转移部位。当在阴道发现恶性肿瘤时,首先要做的是寻找原发肿瘤,排除转移性阴道癌。

由于阴道解剖部位的特殊性,前紧邻尿道和膀胱,后紧邻直肠和肛门;上有子宫附件,两侧为盆底肌肉、血管、淋巴和神经。大范围切除必然影响到排尿、排便和阴道功能,涉及到尿路、大便的改道,严重影响患者的生活质量。由此,手术在阴道癌治疗中的作用有限,放疗就成为阴道癌的主要治疗方法。

因为阴道后壁与直肠之间的阴道直肠间隙比较疏松,关系不像阴道前壁和尿道那么致密,比较容易分离。联合子宫切除加部分阴道上段的切除手术相对简单,手术并发症较少。由此,局限于阴道后壁上段的阴道癌是手术的主要适应证。

由于阴道像子宫颈一样易于放置近距离放疗设备,外照射加近距离放疗就成为阴道癌的主要治疗方法,也获得了较好的治疗效果。同步放化疗在子宫颈癌的治疗中已取得了较好的效果,在阴道癌的放疗中同样可以采用同步放化疗。

阴道癌相关研究很少,目前阴道癌的治疗方案多借鉴子宫颈鳞癌的治疗方法,包括化疗方案、抗血管生成药物、免疫检查点抑制剂、抗体药物偶联物(ADC)药物的使用和分子标志物检测项目等。

总之,阴道浸润癌的治疗方法有手术、放疗和全身治疗(包括化疗、免疫治疗、靶向治疗等),可单独应用,或联合使用综合治疗。需结合临床分期、患者年龄、一般情况、辅助检查结果等选择个体化治疗方案,转诊至有阴道癌治疗经验、多学科治疗团队的专业中心治疗尤为重要。

(2024-06-25 收稿)