

标准与指南

FIGO/IGCS 妇科恶性肿瘤分期及临床实践指南(二): 阴道癌

原发性阴道癌仅占妇科恶性肿瘤的 2%。但是, 阴道是妇科恶性肿瘤和全身其他部位恶性肿瘤如膀胱、尿道或尿道旁腺、乳腺或肺的常见转移部位。诊断阴道癌应首先排除来源于生殖器官或生殖道外的阴道继发性肿瘤。肿瘤生长或扩散到宫颈外口应属宫颈癌。生长局限于尿道者属尿道癌。累及外阴属外阴癌。

大多数阴道癌发生于绝经后或老年妇女。发生于年轻妇女者, 其病因可能与宫颈病变有关, 也即与人乳头状瘤病毒(HPV)有密切的关系。约 95% 的原发性阴道癌为鳞状细胞癌。

阴道癌分期

原发性阴道癌的分期见表 1。

表 1 阴道癌 FIGO 分期

0 期	原位癌; 上皮内瘤变 3 级
I 期	肿瘤局限于阴道壁
II 期	肿瘤累及阴道下组织但未扩散到骨盆壁
III 期	肿瘤扩散到骨盆壁
IV 期	肿瘤扩散范围超出真骨盆或侵犯膀胱或直肠黏膜; 泡状水肿不能分为 IV 期。
IVA	肿瘤侵犯膀胱和/或直肠黏膜和/或超出真骨盆
IVB	扩展到远处器官

阴道上皮内瘤变(VAIN)的诊断和治疗

对于抹片检查异常但无明显肉眼病变的患者, 应行阴道镜检查并且进行 Lugol 碘液试验。应该特别注意阴道穹隆部位, 超过 28% 的 VAIN 患者在该处发生癌变。

VAIN 的治疗应依据疾病的范围、部位和患者的一般状况实行个体化治疗。治疗方法包括局部组织的破坏和部分切除、全阴道切除术和腔内放疗等。在使用局部破坏或手术切除时, 阴道上皮与尿道、膀胱和直肠的毗邻关系是一个重要的考虑因素。这些结构的损坏或损伤都可能发生瘘管形成, 特别是术前放疗的患者。

局部应用氟尿嘧啶(FU)是一种相对简单的辅助治疗方法, 不需要麻醉及复杂的设备。这种方法对因多发或范围广泛的病变需行广泛切除手术的患者可能尤有价值。在治疗过程中, 这种疗法不良反应小, 每周不超过两次。对于年轻、HPV 阳性的多部位高度病变(VAIN2/3)患者, 也可以选择 5% 的咪喹莫特(Imiquimod)霜治疗。CO₂ 激光气化对 VAIN 有很好的疗效。LEEP 刀或冷刀也可用于 VAIN 的治疗。冷刀手术切除特别适用于穹隆病变。有时对侵犯阴道全长而其他保守疗法无效的患者, 全阴道切除术和厚皮瓣移植是必要的。

浸润性阴道鳞癌的治疗

因为阴道癌的治疗经验很有限, 所有患者应集中在有经验的肿瘤中心治疗。治疗应该个体化, 根据病变的分期和阴道累及的部位确定治疗方案。对于大多数患者, 保留有功能的阴道非常重要。

一、手术治疗

因为阴道癌病灶接近膀胱和直肠, 手术的作用是有限的。手术的适应症是: ① I 期患者病变累及阴道上段后壁: 如果患者以前没有切除子宫, 应行广泛子宫切除术和阴道上段切除

术, 切缘至少距离病变 1 cm 并行盆腔淋巴结切除术。若子宫已切除, 可进行阴道上段广泛切除术和盆腔淋巴结切除术。② 年轻患者需放疗者: 治疗前用腹腔镜进行卵巢移位、手术分期、切除任何增大的阳性淋巴结。③ IVA 期患者, 特别是有直肠阴道瘘或膀胱阴道瘘者: 这些患者适合进行盆腔脏器去除术, 联合盆腔淋巴结切除术或者术前放疗。如果肿瘤侵犯阴道的下 1/3, 应考虑切除两侧腹股沟淋巴结。④ 放疗后中央型复发者: 通常需要进行盆腔脏器去除术。

二、放疗

大多数阴道癌患者将选择放疗, 包括远距离放疗和腔内放疗。I 期和 II 期患者单纯使用腔内放疗已足够。大的病变需要 5 000 cGy 的外照射剂量来缩小原发肿瘤并治疗盆腔淋巴结。之后进行腔内放疗, 可改善局部控制, 总剂量不少于 7 000 cGy。如果累及下 1/3 阴道, 应该放疗或者行腹股沟淋巴结切除。阴道癌联合放化疗的报告非常有限, 但是对于控制中央性肿瘤可以应用氟尿嘧啶和/或顺铂。

三、预后

最近报道阴道癌的 5 年生存率与宫颈癌相近。Anderson 肿瘤中心最近发表 193 例的病例报告, 50 例 I 期患者 5 年生存率为 85%, 97 例 II 期患者的 5 年生存率为 78%, 46 例 III~IV 患者的 5 年生存率为 58%。

特殊病理类型阴道癌

一、腺癌

大约 9% 的原发阴道癌为腺癌, 发病年龄较轻, 不管是否暴露在己烯雌酚下。暴露在己烯雌酚下可以发生阴道腺癌, 也可以发生在尿道腺周围及子宫内膜。暴露在己烯雌酚下的女性出现月经或者接近 14 岁时, 应该检查整个阴道和宫颈并行触诊及 pap 抹片检查。

一般来说, 腺癌治疗与鳞癌相似。对于年轻患者, 应该尽力保护阴道和卵巢功能。因此也许需要重建阴道或者放疗前卵巢移位。透明细胞癌的预后较好, 总的生存率为 78%。非透明细胞腺癌的生存率明显低于鳞状细胞癌。

二、阴道黑色素瘤

阴道黑色素瘤罕见, 几乎全部发生在白人妇女。最常发生于阴道前端, 尤其在阴道前壁。阴道黑色素瘤大多数为深部浸润癌, 广泛手术是主要的治疗方法, 常常还需行盆腔脏器去除术。最近, 应用了更保守的局部切除术, 有报道生存率类似。常需要结合术后放疗。在某些选择的患者单纯放疗也有效, 局部高剂量率(>400 cGy) 区域反应率较好。总的 5 年生存率为 10%。

三、阴道葡萄状肉瘤

阴道葡萄状肉瘤是高度恶性横纹肌细胞肿瘤。常见于婴儿和儿童, 表现为排液、出血或阴道口肿物。过去, 治疗采用盆腔脏器去除术, 但生存率极低。近来, 应用保守性手术联合术前或术后放化疗明显改善了生存率。大多数报道化疗应用长春新碱、放线菌素 D、环磷酰胺(VAC 方案)。如果病变较小能够切除, 并且能够保留器官, 首选手术治疗。对于大的肿瘤, 术前可给予放疗或者化疗。不推荐扩大放疗范围, 因为放疗会破坏或干扰骨盆生长中心的结构, 严重影响骨盆的发育。

(林仲秋供稿)

收稿日期: 2007-12-17