

标准与指南

FIGO/IGCS 妇科恶性肿瘤分期及临床实践指南(五) 输卵管癌

输卵管癌是罕见的恶性肿瘤，占所有妇科恶性肿瘤的 0.1%~1.8%。在美国每年的发病率 3.6/10 万。超过 60% 的输卵管癌发生于绝经后妇女。通常是在剖腹探查或诊断为附件包块时偶然被发现。病因学和卵巢癌相似，有和卵巢癌相似的基因异常，比如 c-erb,p53 和 k-ras 突变，可能和 BRCA1 和 BRCA2 有联系。没有可推荐的筛查方法。

分期

输卵管癌的分期是手术 病理分期。

表 1 输卵管癌的分期

0	原位癌(浸润前癌) 肿瘤局限于输卵管
A	肿瘤局限于一侧输卵管,浆膜表面无穿破,无腹水
B	肿瘤局限于双侧输卵管,浆膜表面无穿破,无腹水
C	肿瘤局限于单或双侧输卵管,但已达到或穿破浆膜表面,或腹水中或腹腔冲洗液有恶性细胞 肿瘤累及一侧或双侧输卵管并有盆腔内扩散
A	扩散和/或转移到子宫和/或卵巢
B	扩散到其他盆腔脏器
C	A 或 B,腹水或腹腔冲洗液中有恶性细胞 肿瘤累及一侧或双侧输卵管并有盆腔以外腹膜种植 和/或 区域淋巴结阳性
A	显微镜下见盆腔外腹膜转移
B	肉眼见盆腔外腹膜转移,转移灶最大径线≤2 cm
C	腹膜转移最大直径>2 cm 和/或区域淋巴结阳性 腹腔外远处转移(腹膜转移除外)

组织病理类型

90% 以上的输卵管癌是乳头状浆液性囊腺癌。其他类型包括透明细胞癌和子宫内膜样癌。所有类型的肿瘤治疗方案基本相同。少见的类型包括肉瘤、生殖细胞肿瘤和淋巴瘤。

诊断

原发性输卵管恶性肿瘤的病理学标准：肿瘤来源于输卵管内膜；组织学类型可以产生输卵管黏膜上皮；可见由良性上皮向恶性上皮转变的移行区；卵巢和子宫内内膜可以正常，也可以有肿瘤，但肿瘤体积必须小于输卵管肿瘤。

手术前诊断：异常阴道流血是最常见的主诉，超过 50% 的患者有此症状。可以伴有阴道水样分泌物和下腹部隐痛不适、腹胀和腹部压迫感。10% 的患者有“阵发性输卵管积液”，即在触摸腹部包块过程中，包块逐渐缩小，同时伴有阴道水样分泌物。50% 以上的患者发现时处于 期和 期，主要与其生长模式有关。虽然有时可以通过 pap 抹片和 CA125 检测作出诊断，但是还不能把这两种方法推荐为筛查方法。由于部分患者 CA125 可以显著升高，所以可以将其与阴道超声检查、计算机断层扫描(CT)、磁共振成像(MRI)结合使用。由于输卵管和卵巢以及子宫的解剖位置很近，有时很难鉴别原发病灶，晚期病

例尤其如此。

手术分期：回顾性分析提示，化疗结束时仍然存在残留病灶的晚期患者预后很差。因此，在治疗早期输卵管癌时全面的手术分期极为重要。肠系膜下动脉以上的主动脉旁淋巴结是最常受累的腹膜后淋巴结，晚期病例应该尽可能切净原发病灶和受累的邻近器官。手术步骤如下：正中切口；仔细评估整个盆、腹腔，全面了解肿瘤的范围；全子宫切除，两侧输卵管卵巢切除；盆腔、主动脉旁淋巴结取样；横结肠下大网膜切除；腹腔冲洗；任何可疑部位活检，包括腹腔和盆腔腹膜。

对年轻、希望保留生育功能，只有经过仔细评估和充分讨论，原位癌才可以考虑保守性手术。因为双侧输卵管受累的可能性很大，并不提倡保守性手术。确诊为浸润癌者，保守手术没有意义。

治疗

输卵管腺癌的处理：自 1847 年首次报道输卵管腺癌以来，文献仅报道了 1 500 例患者。由于缺乏统一的临床和手术分期、诊断标准和集中的病理检查，无法进行回顾性分析。近来，相关的回顾性研究越来越多，尤其是广泛采用 FIGO 分期以后，逐步明确输卵管癌的组织学类型、预后相关因素以及预后都和卵巢癌相似。稍有不同的是，首先，早期输卵管癌的预后比早期卵巢癌差；其次，输卵管癌的淋巴转移率显著升高。鉴于本病和卵巢癌类似，罕见且缺乏前瞻性随机研究，因此，输卵管癌的处理可参考卵巢癌，手术后处理的原则也和卵巢癌基本一致。

化疗药物：紫杉醇和铂类联合化疗在卵巢癌的成功应用现在也被用于输卵管癌的化疗。很多回顾性分析提示，对于相同的组织学类型，这个方案的疗效优于烷化剂和铂类的联合。因此，虽然缺乏前瞻性研究，很多临床医生认为输卵管癌的化疗应当采用卵巢癌的化疗方案。

早期输卵管癌的处理

原位癌的处理：进行手术分期并切除肿瘤。手术后不提倡辅助治疗。

期和 期的处理：早期输卵管癌患者应该进行手术分期。若最终的组织学诊断为原位腺癌或 期，分化 级，手术后不必辅助化疗。所有的其他患者，应该考虑以铂为基础的化疗。偶然发现的输卵管癌(即患者按良性疾病进行了手术，术后组织学诊断含有恶性成分)应该再次手术分期，若有残留病灶，要尽可能行细胞减灭术，患者应该接受以铂为基础的化疗。

晚期输卵管癌的处理

FIGO 期：除非另有论述，所有输卵管癌都指腺癌，和卵巢癌类似，应该采用以铂为基础的化疗。患者接受减灭术后应该行以铂为基础的化疗。若患者初次诊断时因为医学禁忌证而未行理想的减灭术，应该接受以铂为基础的化疗，然后再

重新评估。化疗 3 个周期以后,再次评估时可以考虑中间性减瘤术,尽可能切除残留病灶。然而,这种治疗未经任何前瞻性研究证实。C 级证据。

FIGO 期: ①有远处转移的患者必须有原发疾病的组织学证据。②因为多数患者可以切除肿瘤病灶,如果有胸膜渗出的症状,术前要抽胸水。③患者如果情况足够好,与卵巢癌类似,应该接受以铂类为基础的化疗。状态太差以至不能耐受化疗的患者,可保守治疗。

输卵管绒毛癌的处理

本病十分罕见,据报道可见于输卵管妊娠患者,和体外受精(IVF)有关。治疗和子宫绒癌相同,可以治愈。先采用手术治疗,然后根据预后因素采用化疗。如果肿瘤范围局限,希望保留生育功能者可以考虑保守性手术。D 级证据。

输卵管生殖细胞肿瘤的处理

输卵管生殖细胞肿瘤相当罕见。可是本病却可以发生在有生育潜能的年轻女性,虽然治愈率高,但进展较快,因此早期诊断早期治疗十分重要。治疗采用手术治疗,然后根据相关预后因素采用化疗。如果要保留生育功能,任何期别的患者均可以行保守性手术。化疗方案采用卵巢生殖细胞肿瘤的化疗方案。D 级证据。

输卵管肉瘤的处理

输卵管肉瘤极为罕见。绝大多数肉瘤的组织学类型是混合苗勒管瘤。治疗参考子宫肉瘤治疗方案,先手术,再化疗。D 级证据。

罕见混杂组织学类型的处理

输卵管同样可以罹患其他各种罕见黏膜肿瘤,如淋巴瘤 MALT。初始治疗方案是手术联合全身化疗。化疗方案根据具体的组织学类型而定。D 级证据。

随访

目前还没有证据表明密切监护对于改善输卵管癌无症状患者的预后、提高生活质量有积极意义。但不管如何,对于长期无瘤生存患者早期诊断其复发预后较好。随访的目的为:①评定患者对治疗的近期反应。②及早认识,妥善处理如何与治疗相关的并发症,包括心理紊乱。③早期发现持续存在的病灶或者复发的疾病。④收集有关治疗效果的资料。⑤对早期患者,提供乳腺癌筛查的机会;保守性手术的患者,提供筛查宫颈癌的机会。

总的来说,治疗后的第 1 年,每 3 个月复查 1 次;随访问隔逐渐延长,到 5 年后每 4~6 个月复查 1 次。每次随访内容:详细复习病史,仔细体格检查(包括乳房、盆腔和直肠检查)排除任何复发的征象。虽然文献对 CA125 对预后的影响仍不清楚,但仍应定期检查血 CA125,特别是初次诊断发现 CA125 升高的患者。影像学检查,如盆腔超声检查、CT 和 MRI 应当在有临床发现或者肿瘤标记物升高提示肿瘤复发时才应用。D 级证据。

所有宫颈完整患者要定期行涂片检查。所有 40 岁以上或有明显的乳腺癌家族史的年轻患者,每年都要行乳房扫描。

(林仲秋供稿)

(上接 p388)

而出现问题。如宫腔、宫角积血,子宫内膜去除-输卵管绝育术后综合征(PASS),经血倒流,子宫内膜癌的延迟诊断和妊娠等。目前 EA 治疗异常子宫出血(AUB)的应用日益广泛,以致许多育龄妇女选择 EA,而 EA 明显增加产科并发症。Mukul 等报道 1 例 EA 术后宫腔粘连,致胎儿多发畸形。Kucera 等报道 1 例 TCRC 术后妊娠,分娩第二产程子宫破裂。另 2 例分别为 TCRC 和 EA 术后,于妊娠中期大出血。Hare 等复习各种 EA 术后妊娠 70 例,31 例有并发症,包括围产儿死亡、早产、胎盘粘连、先露异常等,71%剖宫产。Krogh 等随访 310 例 TCRC 术后患者,其中 91 例因月经过多后来做了子宫切除,其中 24%患有张力性尿失禁,而单纯做 TCRC 者仅 14%($P=0.03$),认为 TCRC 术后子宫切除与术后张力性尿失禁有关。Giarenis 等报道 1 例 EA 术后宫颈妊娠,用甲氨蝶呤保守治愈。Sentilhes 等收集 1980—2006 年 Medline 和 EMBASE 各国文献,有 18 例宫腔镜术后妊娠子宫破裂,其中 TCRC 和经宫颈宫腔粘连切除术(TCRA)16 例(89%)。妊娠时间距离手术时间平均 16 个月(1 个月~5 年)。子宫破裂的时间为 19~41 妊娠周,4 例胎儿和 1 例产妇死亡。认为 TCRC 增加了妊娠后子宫破裂的危险。Henriquez 等研究经宫颈子宫内息肉切除术

(TCRP)4 年后近 60%的病例因持续或复发性 AUB 需进一步处理。Persin 等报道 283 例 TCRC 的远期并发症,31 例(10.95%)超声发现子宫内膜病变,需再次手术,2 例(0.17%)发现子宫内膜癌。McCausland 等研究 50 例完全滚球 EA 术后随访 4~90 个月,2 例宫角积血,3 例 PASS。促性腺激素释放激素激动剂(GnRHa)或宫腔镜减压,只部分有效,因症状复发行子宫及输卵管切除。指出部分 EA 可预防。

第二代子宫内膜去除术的并发症

第二代 EA 术有热无电,避免了电损伤,但仍有热传导所致的并发症,第一代 EA 术的远期并发症均可在第二代 EA 术后发生。Gurtcheff 等在 Medline,美国食品药品监督管理局(FDA)和参考书目中查到整体 EA 术有 2 例一度皮肤烧伤,8 例肠管热损伤,其中 1 例死亡,1 例坏死性筋膜炎导致外阴切除,输尿管皮下造口和双侧膝下截肢。热球 EA 术后宫腔积脓导致败血症和宫颈坏死,双侧输卵管卵巢脓肿,宫腔粘连合并妊娠,子宫肌瘤坏死,宫颈闭锁,宫腔积血,循环垫水子宫内膜去除术(HTA)术后妊娠,微波子宫内膜去除术(MEA)术后妊娠,Cavaterm 射频子宫内膜去除术术后宫颈妊娠等均见诸报道。

参考文献(略)