

子宫内膜癌诊治指南

(2022 年版)

一、概述

子宫内膜癌是发生于子宫内膜的上皮性恶性肿瘤，又称子宫体癌，是女性生殖道三大常见恶性肿瘤之一，多发生于围绝经期及绝经后妇女。随着人口平均寿命的增加以及生活习惯的改变，子宫内膜癌的发病率近 20 年呈持续上升和年轻化趋势。在西方国家，子宫内膜癌已位居女性生殖系统恶性肿瘤发病率首位。在我国，根据国家癌症中心 2019 年公布的《2015 年中国恶性肿瘤流行情况分析》，子宫内膜癌 2015 年发病人数约为 69,000 例，死亡 16,000 例，发病率 10.28/10 万人，占女性恶性肿瘤发病人数的 3.88%。作为继宫颈癌之后第二常见的妇科恶性肿瘤，约占妇科恶性肿瘤的 20%~30%。部分发达城市的子宫内膜癌发病率已达妇科恶性肿瘤第一位。

子宫内膜癌的治疗应采用以手术治疗为主的综合治疗。为提高子宫内膜癌诊治水平，规范诊断依据、诊断和鉴别诊断，治疗原则及治疗方案，现提出子宫内膜癌诊治指南。本指南借鉴了国际上公认的宫颈癌诊疗指南[如美国国家综合癌症网络(National Comprehensive Cancer Network, NCCN)指南、国际妇产科协会(International Federation of Gynecology and Obstetrics, FIGO)指南等]，并结合我国

以往指南进行修订。本指南适用于子宫内膜样腺癌、特殊类型子宫内膜癌（透明细胞癌、浆液性腺癌）以及子宫癌肉瘤。在临床实践中，子宫内膜癌强调有计划的、合理的综合治疗，并重视个体化治疗。临床医师需结合医院的设备、技术条件以及患者的病情进行规范治疗。对于本指南未涵盖的临床病例，建议主管医师根据患者情况，给予合理的个体化治疗，鼓励参加临床试验。

二、诊断技术和应用

（一）危险因素人群的监测筛查。

根据发病机制和生物学行为特点将子宫内膜癌分为雌激素依赖型（I型）和非雌激素依赖型（II型）。雌激素依赖型子宫内膜癌大部分病理类型为子宫内膜样腺癌，少部分为黏液腺癌；非雌激素依赖型子宫内膜癌病理类型包括浆液性癌、透明细胞癌、癌肉瘤等。

大部分子宫内膜癌属于I型。I型子宫内膜癌的发生与无孕激素拮抗的雌激素持续刺激直接相关，缺乏孕激素对抗，子宫内膜长期处于过度增生的状态，进一步发展为子宫内膜癌。II型子宫内膜癌的发生机制至今尚不完全清楚。

主要危险因素如下。

1. 生殖内分泌失调性疾病：如无排卵性月经异常、无排卵性不孕、多囊卵巢综合征等。由于无周期性排卵，子宫内膜缺乏孕激素拮抗，长期的单一雌激素作用致使子宫内膜发生增生，甚至癌变。

2. 肥胖、高血压、糖尿病，又称为子宫内膜癌三联征：有研究表明体重指数每增加 1 个单位 (kg/m^2)，子宫内膜癌的相对风险增加 9%。与体重指数 < 25 的女性相比，体重指数在 30 ~ 35 期间的女性发生子宫内膜癌的风险大约增加 1.6 倍，而体重指数 > 35 的女性发生子宫内膜癌的风险增加 3.7 倍。糖尿病患者或糖耐量异常者患病风险比正常人增加 2.8 倍；高血压者增高 1.8 倍。

3. 初潮早与绝经晚：晚绝经的妇女在后几年大多为无排卵月经，因此延长了无孕激素协同作用的雌激素刺激时间。

4. 不孕不育：不孕不育会增加子宫内膜癌的风险，而与之相反，每次妊娠均可一定程度降低子宫内膜癌的发病风险。此外，末次妊娠年龄越高，患子宫内膜癌的概率也越低。

5. 卵巢肿瘤：有些卵巢肿瘤，如卵巢颗粒细胞瘤、卵泡膜细胞瘤等，常产生较高水平的雌激素，引起月经不调、绝经后出血、子宫内膜增生甚至内膜癌。对存在上述疾病患者应常规行子宫内膜活检。

6. 外源性雌激素：单一外源性雌激素治疗如达 5 年以上，发生子宫内膜癌的风险增加 10 ~ 30 倍。采用雌孕激素联合替代治疗则不增加罹患内膜癌的风险。

7. 遗传因素：大部分子宫内膜癌患者是散发性的，约 20% 内膜癌患者有家族史。林奇综合征患者发生结肠以外恶性肿瘤的风险增高，主要包括子宫内膜癌、卵巢癌和胃癌等。有林奇综合征的女性，其终生发生子宫内膜癌的风险高达 60%，

建议每年进行子宫内膜活检以评估是否有癌症。推荐可以在分娩完成后甚至更早进行预防性全子宫切除术/双侧输卵管卵巢切除术。遗传性子宫内膜癌发病年龄比散发性子宫内膜癌患者平均年龄小，因此筛查应该在50岁以前进行，建议进行基因检测和遗传咨询。有子宫内膜癌家族史的其他家庭成员子宫内膜癌的发生危险也相应增加，一级亲属患子宫内膜癌的女性发生子宫内膜癌的风险大约为对照组的1.5倍。

8. 其他：他莫昔芬是一种选择性雌激素受体修饰剂，既可表现出类雌激素作用，也可表现为抗雌激素作用，与不同的靶器官有关。他莫昔芬是乳腺癌内分泌治疗药物，有研究表明，长期服用可导致内膜增生，发生子宫内膜癌危险性增加。

9. 生活方式：目前已知有些生活方式因素与子宫内膜癌相关，包括饮食习惯、运动、饮酒、吸烟等。

为减少子宫内膜癌的发生，应对有危险因素的人群进行宣教，包括规范生活习惯、在医师指导下的激素替代治疗等。对存在上述子宫内膜癌的危险因素者，对有遗传性家族史的患者、长期口服他莫昔芬的乳腺癌患者等坚持定期检查。但目前为止，尚没有推荐的子宫内膜癌常规筛查方法。超声是可选择的检查方法。主要筛查方式为经阴道或经腹部超声检查，监测子宫内膜厚度及异常情况。血液学方面没有特异性血清标志物，因此无常规监测筛查指标。

（二）临床表现。

1. 发病年龄

70%~75%的患者为绝经后妇女，平均年龄约 55 岁。

2. 症状

(1) 阴道流血：少数早期子宫内膜癌可能无任何症状，临床上难以发现。但 90%子宫内膜癌的主要症状为各种阴道流血。

1) 绝经后阴道流血：绝经后阴道流血为子宫内膜癌患者的主要症状，90%以上的绝经后患者以阴道流血症状就诊。阴道流血于肿瘤早期即可出现，因此，初次就诊的子宫内膜癌患者中早期患者约占 70%。

2) 月经紊乱：约 20%的子宫内膜癌患者为围绝经期妇女，40 岁以下的年轻妇女仅占 5%~10%。患者可表现为月经周期紊乱，月经淋漓不尽甚至阴道大量出血。

(2) 阴道异常排液：早期可为少量浆液性或血性分泌物。晚期因肿瘤体积增大发生局部感染、坏死，排出恶臭的脓血样液体。

(3) 疼痛：多为下腹隐痛不适，可由宫腔积脓或积液引起，晚期则因病变扩散至子宫旁组织韧带或压迫神经及器官，还可出现下肢或腰骶部疼痛。

(4) 其他：晚期患者可触及下腹部增大的子宫，可出现贫血、消瘦、发热、恶病质等全身衰竭表现。

3. 体征

在子宫内膜癌早期，多数患者没有明显的相关阳性体征。

因多数患者合并糖尿病、高血压或心血管疾病，因此应关注相关系统体征。一般查体中，应注意是否因长期失血导致贫血而出现贫血貌。触诊锁骨上、颈部及腹股沟淋巴结是否肿大。

专科查体时应行妇科三合诊检查。早期患者盆腔检查大多正常，有些患者子宫质地可稍软。晚期病变侵及宫颈、宫旁组织韧带、附件或淋巴结显著增大者，三合诊检查可触及宫颈或子宫颈管质硬或增大、子宫主韧带或子宫骶韧带增厚及弹性下降、附件肿物以及盆壁处肿大固定的淋巴结。

（三）辅助检查。

子宫内膜癌的辅助诊断技术包括经腹或经阴道超声、磁共振成像（magnetic resonance imaging, MRI）、计算机断层扫描（computer tomography, CT）、正电子发射断层显像（positron emission tomography, PET）检查等。血清肿瘤标记物检查也有助于鉴别良、恶性病变。但最终确诊需要依赖病理学检查。

1. 血液生化检查

子宫内膜癌可以出现血色素下降。因多数患者合并糖尿病、高血压或心血管疾病，需重视血糖、血脂等方面结果。还要进行肝功能、肾功能检查。

2. 肿瘤标志物检查

子宫内膜癌无特异敏感的标志物。部分患者可出现CA125或CA19-9、CA153或HE4异常，与组织学类型、肌层

浸润深度及子宫外受侵等因素具有相关性，对疾病诊断及术后病情监测有一定的参考价值。

3. 影像学检查

(1) 超声检查：目前比较强调绝经后出血患者以超声进行初步检查。经阴道超声检查可以了解子宫大小、宫腔内有无赘生物、内膜厚度、肌层有无浸润、附件肿物大小及性质等，为最常用的无创辅助检查方法。绝经后妇女内膜厚度 $<5\text{mm}$ 时，其阴性预测值可达96%。如子宫内膜厚度 $>5\text{mm}$ ，应对绝经后患者进行子宫内膜活检。

超声介入方面：对于腹/盆腔包裹性积液、髂血管旁淋巴管囊肿长期不能吸收或合并感染、引起明显不适者，可行超声引导下穿刺抽液、注射药物或置管引流。术中超声协助判断病变位置及规避重要血管脏器。对于随访过程中出现可疑腹/盆腔脏器、网膜、淋巴结转移者，可行超声引导下肿物穿刺活检。

老年或病情严重患者，需心脏超声检测心功能，血管超声检测深静脉血栓等可能的并发症，超声造影协助鉴别瘤栓与血栓。

(2) 盆腔MRI：是子宫内膜癌的首选影像学检查方法。MRI能够清晰显示子宫内膜及肌层结构，用于明确病变大小、位置，肌层侵犯深度、宫颈/阴道是否侵犯，是否侵犯子宫体外、阴道、膀胱及直肠，以及盆腔内的肿瘤播散，观察盆腔、腹膜后区及腹股沟区的淋巴结转移情况。有助于肿瘤的

鉴别诊断（如内膜息肉、黏膜下肌瘤、肉瘤等）。评价化疗的疗效及治疗后随诊。

（3）CT：CT 对早期病变诊断价值仍有限。CT 优势在于显示中晚期病变，评价病变侵犯子宫外、膀胱、直肠情况，显示腹/盆腔、腹膜后及双侧腹股沟区淋巴结转移、以及腹盆腔其他器官及腹膜转移情况。对于有 MRI 禁忌证的患者应选择 CT 扫描。子宫内膜癌常规行胸部 X 线摄片，但为了排除肺转移，必要时应行胸部 CT 检查。

（4）PET：较少用于子宫内膜癌初诊患者。但存在下列情况时，可推荐有条件者在治疗前使用 PET：①有临床合并症不适合行手术治疗的患者；②怀疑存在非常见部位的转移，比如骨骼或中枢神经系统；③活检病理提示为高级别肿瘤，包括低分化子宫内膜癌、乳头状浆液性癌、透明细胞癌和癌肉瘤。PET 不推荐常规应用于子宫内膜癌治疗后的随访，仅当怀疑出现复发转移时考虑行 PET 检查。

4. 子宫内膜活检

子宫内膜的组织病理学检查是诊断的最后依据。获取子宫内膜的方法主要为诊断性刮宫手术和宫腔镜下活检。

诊断性刮宫手术应分别从子宫颈管和宫腔获得组织，即分段诊刮。以便了解宫腔和子宫颈管情况。

宫腔镜直视下活检可直接观察宫内及子宫颈管内病灶的外观形态、位置和范围，对可疑病灶进行直视下定位活检或切除，降低漏诊率。适用于病变局限者。目前尚无前瞻性

随机研究证实宫腔镜检查或手术会造成肿瘤播散，也未有研究证实行宫腔镜检查的内膜癌患者预后较其他检查内膜癌患者预后差。需强调宫腔镜检查时尽量降低膨宫压力，而且尽量缩短时间。但目前可避免子宫内膜细胞播散的膨宫压力仍需临床研究明确。

子宫内膜活检的适应证包括：绝经后或绝经前不规则阴道出血或血性分泌物，排除子宫颈病变者；无排卵性不孕症多年的患者；持续阴道排液者；影像学检查发现子宫内膜异常增厚或宫腔赘生物者。对一些能产生较高水平的雌激素的卵巢肿瘤患者，如颗粒细胞瘤等，也应行子宫内膜活检。

5. 细胞学检查

子宫内膜细胞在月经期外不易脱落，而宫腔脱落的癌细胞容易发生溶解、变性，染色后不易辨认，因此，阴道脱落细胞学检查阳性率不高。另一种方法为经宫腔获取内膜脱落细胞，常用子宫内膜细胞采集器结合液基细胞学制片技术，准确性较高。

（四）子宫内膜癌的诊断标准。

病理学诊断标准：子宫内膜的组织病理学检查及子宫外转移灶活检或手术切除组织标本，经病理组织学诊断为子宫内膜癌，此为金标准。

（五）鉴别诊断。

1. 异常性子宫出血：以经期延长、经量增多或阴道不规则出血为特点，与子宫内膜癌症状相似。对于此类患者，尤

其是围绝经期患者及合并不孕、月经稀发或多囊卵巢综合征的年轻患者，即使妇科检查无阳性发现，亦应获取子宫内膜进行病理学检查以排除内膜癌变。

2. 老年性阴道炎：常见于绝经后女性，表现为血性白带。查体阴道黏膜萎缩变薄、充血、可见出血点，激素局部治疗后可好转。对此类患者，需先行超声及子宫颈细胞学检查排除内膜增厚、内膜赘生物及宫颈病变。

3. 子宫内膜息肉或黏膜下子宫肌瘤：表现为月经过多或经期延长，或出血同时伴有阴道排液或血性分泌物，与子宫内膜癌相似。超声或 MRI 检查可见宫腔内赘生物，宫腔镜检查及赘生物切除后可明确病理诊断。

4. 宫颈癌、子宫肉瘤及输卵管癌：上述疾病也可表现为不规则阴道流血及排液。颈管型宫颈癌经三合诊可触及子宫颈管增粗、质硬呈桶状，分段诊刮病理学检查及免疫组化有助于诊断。如术前无法鉴别可行人乳头瘤状病毒 DNA 检测，如结果为阳性则倾向为宫颈癌。子宫肉瘤有子宫短期内增大，变软，超声及 MRI 可见肿物大多位于子宫肌层，有助于初步判断。输卵管癌以阵发性阴道排液、阴道出血、腹痛为主要症状，查体可触及附件区包块，影像学检查子宫内膜多无异常。

（六）病理学诊断。

病理诊断是子宫内膜癌诊断的金标准。在大多数情况下，特别是在低级别肿瘤中，子宫内膜癌的诊断重复性较高，但

在一部分高级别癌亚类的划分时，观察者之间存在相当大的诊断差异性，从而为临床治疗带来困惑。美国国立癌症研究所癌症基因组图谱(The Cancer Genome Atlas, TCGA)研究了 373 例子官内膜癌，结合了基因组表征，提出了内膜癌中的四种分子亚型：第一组（POLE 突变型）具有 POLE 突变，伴 POLE 突变的肿瘤患者与年龄更小(<60 岁)有关，倾向认为其具有良好的预后，但目前国际报道结果不一致；第 2 组微卫星不稳定(microsatellite instability, MSI)型及第 3 组低拷贝数型，预后介于第 1 组及第 4 组之间。第 4 组高拷贝数型具有高拷贝数变化和 TP53 突变，与不良预后相关。值得注意的是，子宫内膜癌中最常见的低级别子宫内膜样癌可表现为不同的 4 种基因组型，说明组织学模式相同的肿瘤中，基因组谱可存在很大差别。在临床工作中，可以通过使用免疫组织化学(P53, MSH2/6, PMS2/MLH1)和 POLE 突变分析的替代方法将 TCGA 方法引入临床实践。特别是对于评估高级别的子宫内膜样癌患者的预后，微观特征与分子特征的整合分层是对患者进行预后预测的最佳方法。

根据 2020 版女性生殖器官肿瘤分类的划分，子宫内膜癌前病变及癌的病理类型包括：

1. 癌前病变

将子宫内膜增生分为两类，即伴有非典型性的增生和不伴有非典型性的增生两类。

不伴有非典型性的子宫内膜增生是指腺体和内膜间质

的比例失调，子宫内膜腺体增多，腺体形状不规则，管状，分支和/或囊状扩张，类似于增生性子宫内膜；但没有细胞学的非典型性。约有 1%~3%的不伴有非典型的子宫内膜增生可以进展为分化好的子宫内膜样腺癌。

子宫内膜不典型增生 / 子宫内膜上皮内瘤变 (endometrioid atypical hyperplasia, EAH / endometrioid intraepithelial neoplasia, EIN) 是指腺体和内膜间质的比例失调的基础上，腺体上皮细胞与周围的子宫内膜的非肿瘤性腺体明显不同，具有细胞学上的非典型性。同时，含有许多在子宫内膜样子宫内膜癌中常见的遗传变化，包括微卫星不稳定性、PAX2 失活，PTEN、KRAS 和 CTNNB1 突变等。当诊断困难时，PTEN、PAX2 或错配修复蛋白的免疫表达缺失可以帮助鉴别。活检标本中 EAH/EIN 中约 1/4~1/3 的患者在随后的子宫切除术或随访的第一年被诊断出患有子宫内膜样癌。长期危险因素评估中显示 EAH 发生癌变的概率为 14 倍，而 EIN 则为 45 倍左右。

2. 子宫内膜癌

在病理诊断时，主要包含以下 5 种主要病理类型。

(1) 子宫内膜样癌：

最常见的子宫内膜癌的组织学类型，约占子宫内膜癌的 60%~80%左右。子宫内膜样癌通常表现腺性或绒毛腺管状结构，官腔光滑，伴有拥挤复杂的分支结构。核非典型性常为轻度至中度，核仁不明显，高级别子宫内膜样癌的癌细胞细

胞核可伴有明显非典型性。核分裂指数变化很大。间质浸润是区分高分化子宫内膜样癌与 EAH/EIN 的关键，表现为缺乏分隔间质（腺体融合或筛状结构）、子宫内膜间质改变（促结缔组织反应）或乳头状结构（绒毛腺性结构）。

子宫内膜样癌伴鳞状分化：10%~25%的子宫内膜样癌可见到灶性鳞状分化。鳞状分化灶可位于间质交界处，或呈桑椹状，桥接相邻腺体。对鳞状分化的识别非常重要，必须与子宫内膜样癌分级时所描述的实性生长区域相鉴别。

子宫内膜样癌伴分泌性改变：典型的伴有分泌改变的子宫内膜样癌几乎总是高分化癌。这种现象偶可见于年轻的生育期女性，或接受孕激素治疗者，但多数为绝经后且未接受孕激素治疗者。

子宫内膜样癌伴黏液样改变：伴有黏液性改变的子宫内膜癌，具有与子宫内膜癌具有相同的分子改变和预后，从而被归入子宫内膜样癌亚型中而不再单独分类为黏液样癌。

子宫内膜样癌组织学分级主要依据肿瘤中的实性范围，分级标准如下：1级，实性生长区 \leq 5%；2级，实性生长区占6%~50%；3级，实性生长区 $>$ 50%。表现为3级核的区域超过瘤体50%者更具侵袭性，在分级时应上升1级。如果核异型性与结构不成比例，则应排除浆液性癌。目前FIGO已提出了有关子宫内膜样腺癌的两分法分级方案，其中1级和2级内膜癌被分类为低级别，而3级肿瘤则被分类为高级别。在1级子宫内膜样癌中一种不常见的模式为微囊性、伸长及

碎片状浸润，该模式与淋巴血管侵犯和淋巴结转移有关，而与预后无明确相关性。

（2）浆液性癌

浆液性癌可表现为复杂的乳头和（或）腺性结构，伴有弥漫而显著的核多形性。浆液性癌多有 TP53 突变，因此 p53 异常表达（至少 75% 瘤细胞弥漫强阳性表达，或完全不表达），有助于与高级别子宫内膜样癌鉴别，后者常呈野生型 TP53 的表达模式，表现为不足 75% 的瘤细胞不同程度阳性表达 p53，但少数高级别子宫内膜样癌也可伴有 TP53 突变。Ki-67 指数非常高者倾向于浆液性癌，但与 TP53 突变一样，也不能完全除外高级别子宫内膜样癌。一部分子宫内膜样癌可以伴有浆液性癌，称为混合性浆液性-子宫内膜样癌，其预后取决于其中的浆液性癌成分。浆液性子官内膜上皮内癌常直接发生于息肉表面或萎缩性子官内膜中，但不出现子宫肌层及间质侵犯，这些异型肿瘤细胞对 TP53 呈强阳性表达，并也可脱落并发生子宫外广泛转移。浆液性子官内膜上皮内癌并非为子宫浆液癌的癌前病变，患者的预后取决于手术后的临床分期，临床需要按浆液性癌来处理。

（3）透明细胞癌

透明细胞的特征是出现多角形或鞋钉样细胞，细胞质透明，少数为嗜酸性细胞质，这些细胞排列成管囊状、乳头状或实性结构。约 2/3 的病例可见胞外致密的嗜酸性小球或透明小体。透明细胞癌倾向于高度恶性，组织学上不再进行分

级，诊断时常处于晚期病变。

（4）未分化癌和去分化癌

子宫内膜未分化癌是一种分化方向不明显的上皮性恶性肿瘤。细胞缺乏黏附性，大小相对一致，小至中等大小，成片排列，无任何明显的巢状或小梁状结构，无腺样结构。大多数病例核分裂像 >25 个/10HPF。在背景中偶可见到多形性核。去分化癌由未分化癌和FIGO1级或2级子宫内膜样癌混合构成。分化型子宫内膜样成分一般衬覆于子宫腔面，而未分化癌成分在其下方生长。恶性程度高的成分决定患者的预后。

（5）子宫内膜混合型腺癌

是指混合有2种或2种以上病理类型的子宫内膜癌，至少有1种是II型子宫内膜癌，任何比例的II型子宫内膜癌的混合存在即可诊断为混合型癌。最常见的是子宫内膜癌和浆液性癌的混合型癌，其次是子宫内膜癌和透明细胞癌的混合型癌。混合型癌的预后取决于混合成分中的高级别癌的成分，即使小于5%的浆液性癌混合在普通型的子宫内膜样腺癌中，预后仍然较差。诊断为混合型癌时应在病理报告中详细说明各型肿瘤的组织类型以及所占的比例。

其他较少见类型如中肾管腺癌是起源于中肾管残余的腺癌。原发性鳞状细胞癌是仅由具有鳞状细胞分化的细胞组成的癌。原发性胃（胃肠道）型黏液癌是具有黏液性胃/胃肠道特征的癌。神经内分泌肿瘤作为具有神经内分泌形态学

表现的一组异质性肿瘤，分为两大组：低级别神经内分泌肿瘤，神经内分泌肿瘤 1 2 级，形态同发生在胃等器官的同名肿瘤；高级别神经内分泌癌，又分为两种类型：小细胞神经内分泌癌和大细胞神经内分泌癌，前者类似于肺小细胞癌，后者细胞大，多角形，核空泡状或深染，单个显著核仁，有丝分裂活性高，可见广泛的地图状坏死。

（6）子宫癌肉瘤

最初被归类为肉瘤，但根据克隆性研究，目前认为其属于化生性癌。癌肉瘤是由高级别的癌性和肉瘤成分组成的双相性肿瘤，研究表明肉瘤成分是在肿瘤演变过程中由于上皮-间质转化而从癌中衍生而来，二者具有相同的基因改变，癌性成分最常显示子宫内膜样或浆液性分化，少部分表现为透明细胞癌和未分化癌。间质成分最常由高级别肉瘤组成，少部分表现为异源性成分（包括横纹肌肉瘤，软骨肉瘤，但很少有骨肉瘤）。30%~40%的肿瘤存在深部肌层和淋巴管侵犯。癌转移的肉瘤形态多样，但大多数转移含有癌性成分。大多数病例的特征是 TP53 突变，类似于子宫内膜浆液性癌。通常与子宫内膜样子宫内膜癌相关的突变较少见。因此，大多数癌肉瘤归类为 P53 突变组，少部分归类为低拷贝数组。<5% 的子宫内膜癌肉瘤属于 POLE 突变组或错配修复缺陷型组。

子宫内膜的病理报告强调规范化和标准化。内容应包括肿瘤分化程度、组织学类型、浸润深度、侵犯范围（是否侵

犯子宫颈管间质、宫旁、附件、阴道、膀胱、直肠等)、子宫颈或阴道切缘、宫旁切缘、淋巴结转移情况[为发现微小转移灶,前哨淋巴结应进行超分期检测;孤立的肿瘤细胞为NO(i+)分期,应在辅助治疗的讨论中予以考虑]、免疫组化以及分子病理学指标等。此外,有诊断条件的单位应还可附有与子宫内膜癌药物靶向治疗(如建议晚期或复发性浆液性子宫内膜癌HER2检测)、生物学行为、错配修复基因以及判断预后等相关的分子分型及其他分子标志物的检测结果,供临床参考。

三、子宫内膜癌分期

手术-病理分期能较全面准确地反映子宫内膜癌的转移、浸润状况,并由此制定正确的术后治疗方案,便于不同的肿瘤治疗中心进行疗效的比较。目前采用FIGO2009年发布的手术病理分期标准(表1)。

表1 子宫内膜癌的FIGO分期(2009)
(手术病理分期)

| | |
|--------------------|---------------------------------|
| I ^a | 肿瘤局限于子宫体 |
| I A ^a | 肿瘤浸润肌层深度<1/2 |
| I B ^a | 肿瘤浸润肌层深度≥1/2 |
| II ^a | 肿瘤侵犯子宫颈间质,但无子宫体外蔓延 ^b |
| III | 肿瘤局部和(或)区域的扩散 |
| III A ^a | 肿瘤侵犯浆膜层和(或)附件 ^c |

| | |
|--------------------|----------------------------------|
| IIIB ^a | 阴道和（或）宫旁受累 ^c |
| IIIC ^a | 盆腔淋巴结和（或）腹主动脉旁淋巴结转移 ^c |
| IIIC1 ^a | 盆腔淋巴结阳性 |
| IIIC2 ^a | 主动脉旁淋巴结阳性和（或）盆腔淋巴结阳性 |
| IV ^a | 肿瘤侵犯膀胱和（或）直肠黏膜，和（或）远处转移 |
| IVA ^a | 肿瘤侵犯膀胱和（或）直肠黏膜 ^a |
| IVB ^a | 远处转移，包括腹腔内和（或）腹股沟淋巴结转移 |

^a任何 G₁, G₂, G₃。

^b累及子宫颈管腺体应考虑为 I 期,超过此范围则为 II 期

^c细胞学阳性必须单独报告,但不改变分期

四、治疗

子宫内膜癌治疗原则：子宫内膜癌的治疗以手术治疗为主，辅以放射治疗（放疗）、化学治疗（化疗）和激素等综合治疗。治疗方案应根据病理诊断和组织学类型，以及患者的年龄、全身状况、有无生育要求、有无手术禁忌证、有无内科合并症等综合评估以制订治疗方案。手术是子宫内膜癌的主要治疗手段，除不能耐受手术或晚期无法手术的患者外，都应进行全面的分期手术。对于伴有严重内科并发症、高龄等不宜手术的各期子宫内膜癌患者，可采用放疗和药物治疗。严格遵循各种治疗方法适应证，避免过度治疗或治疗不足。强调有计划的、合理的综合治疗，并重视个体化治疗。

（一）外科治疗。

1. 全面分期手术及辅助治疗方式选择

子宫内膜癌的手术分期原则：①入腹后电凝或钳夹双侧子宫角处输卵管峡部，避免术中操作造成宫腔内肿瘤循输卵管扩散至盆腔。②进行全腹腔至盆腔的全面探查，全面评估腹膜、膈肌、浆膜面等有无病灶，在任何可疑部位取活检以排除子宫外病变。③仍推荐进行腹水细胞学或盆、腹腔冲洗液细胞学检查并单独报告。④全子宫+双附件切除术和淋巴结评估是病变局限于子宫者的最基本手术方式，某些有无法切除的转移患者也可行姑息性全子宫双附件切除术。⑤手术可经腹、经阴道切除，或腹腔镜或机器人进行，需完整取出子宫，避免用粉碎器和分块取出子宫。微创手术可以作为首选，手术并发症较少、恢复快。⑥淋巴结评估包括盆腔±腹主动脉旁淋巴结，病变局限于子宫且无淋巴结异常者，淋巴结切除术也是分期手术的重要部分，淋巴结切除可以判断预后，为后续治疗提供依据。但如有可疑或增大的淋巴结者，必须切除以排除转移、明确病理。⑦淋巴结评估手术方式可选择盆腔淋巴结切除术。但如有深肌层浸润，或病理为高级别癌、浆液性腺癌、透明细胞腺癌和癌肉瘤，则需切除腹主动脉旁淋巴结。⑧病变局限于子宫体，影像学无子宫外转移证据的子宫内膜癌患者可考虑前哨淋巴结活检。⑨浆液性癌、透明细胞癌和癌肉瘤需大网膜活检或切除。

切除子宫后剖视子宫检查，必要时行冰冻切片病理检查。术中取下子宫后应先剖视，手术记录应明确癌瘤大小、部位

(子宫底部或子宫下段/子宫颈)、肌层浸润深度(占整个肌层的比例)、宫颈峡部及双侧附件有无受累等。

病理或MRI证实为子宫内膜癌侵犯宫颈间质(Ⅱ期),可选择筋膜外子宫切除/改良广泛子宫切除术+双侧附件切除术+盆腔及腹主动脉旁淋巴结切除术。

怀疑肿瘤扩散到子宫外:病变已超出子宫但局限于腹腔内(包括腹水细胞学阳性、大网膜、淋巴结、卵巢、腹膜转移)时,应行包括子宫+双附件切除在内的肿瘤细胞减灭术,尽可能切除肉眼可见的肿瘤,争取达到无肉眼残存肿瘤。行全子宫+双附件切除+手术分期+减瘤术,手术目标是尽可能达到没有肉眼可测量的病灶;也可考虑新辅助化疗后再手术。病变超出子宫但局限在盆腔内(转移至阴道、膀胱、肠、宫旁、淋巴结)无法手术切除者,可行外照射治疗和(或)阴道近距离放疗±全身治疗,也可单纯化疗后再次评估是否可以手术治疗,或者根据治疗效果选择放疗。病变超出腹腔或转移到肝脏者,可行化疗和(或)外照射治疗和(或)激素治疗,也可考虑姑息性子宫+双附件切除术。

2. Ⅱ型子宫内膜癌:包括浆液性腺癌,透明细胞癌及癌肉瘤。其治疗遵循卵巢癌的手术原则和方式。除包括腹水细胞学检查、全子宫双附件切除术及盆腔淋巴结和腹主动脉旁淋巴结切除术外,还应行大网膜切除术及腹膜多点活检。如为晚期,则行肿瘤细胞减灭术。根据术后病理明确手术病理分期及辅助治疗的应用,如系统治疗、放疗等。无法手术切

除者，可单纯化疗后再次评估是否可以手术治疗，或行外照射治疗和（或）阴道近距离放疗±全身治疗后再次评估是否可以手术治疗，或者根据治疗效果选择放疗。

3. 几个特殊问题

（1）全子宫双附件切除术是治疗局限于子宫体的子宫内膜癌的主要手术方式，可以应用开腹、经阴道或腹腔镜、机器人腹腔镜等技术。但避免用粉碎器和分块取出子宫。子宫破碎可导致肿瘤溢出，增加局部或腹腔复发风险。

（2）淋巴结切除术和前哨淋巴结活检评估淋巴结状态是全面分期手术的重要组成。临床 I 期中，多数转移为组织学转移而非肉眼转移，因此建议进行系统性淋巴结清扫术。对具备下列任一条件：①盆腔淋巴结阳性；②深肌层浸润；③G₃；④浆液性腺癌、透明细胞腺癌或癌肉瘤需评估盆腔淋巴结及至少肠系膜下动脉水平（最好至肾血管水平）的腹主动脉旁淋巴结。有时可以根据患者情况进行选择性进行分区域淋巴结取样或前哨淋巴结定位。若腹膜后淋巴结有明显增大，疑有转移者可行术中冰冻病理，以明确诊断，确定淋巴结手术方式。对于术前全面评估病灶局限于子宫内膜层或浅肌层，且为高、中分化的子宫内膜癌患者，淋巴结转移概率低，是否需行淋巴结切除尚有争议。

前瞻性随机研究发现早期子宫内膜癌淋巴结切除的程度与生存率无关。但由于淋巴结切除的数目、范围以及辅助治疗方法的不同，8%~50%子宫内膜癌淋巴清扫后患者会出

现下肢淋巴水肿。前瞻性及回顾性研究证实，在局限于子宫体的子宫内膜癌患者中，前哨淋巴结切除同时进行超分期检测较系统性淋巴结切除术，可增加转移淋巴结检出率，而假阴性率较低，因此，前哨淋巴结切除逐渐成为手术分期的一种方法，子宫颈被证明为子宫内膜癌检测淋巴结转移最有效的注射部位，推荐同时采用浅表（1~3mm）及深部（1~2cm）子宫颈注射，放射性标记最常使用胶体锝-99m（^{99m}Tc），常用生物染料包括1%异硫蓝、1%亚甲基蓝、2.5%专利蓝，吲哚菁绿作为一种新出现的染料方式需使用近红外线摄像设备定位。NCCN指南推荐对病变局限于子宫的子宫内膜癌可考虑前哨淋巴结活检，以替代系统淋巴结切除术。

（3）年轻子宫内膜癌患者是否保留卵巢：子宫内膜癌发病呈年轻化趋势，对于年轻患者，如果要求保留卵巢，则须符合以下条件：①年龄<40岁；②患者要求保留卵巢；③IA期，高分化；④腹腔冲洗液细胞学阴性；⑤术前和术中评估无可疑淋巴结转移；⑥具有随访条件。

3. 手术并发症及处理：经腹全子宫切除术或广泛子宫切除术的主要并发症为周围脏器如输尿管、膀胱、直肠等损伤。术中应该仔细解剖，避免损伤。一旦出现，需要及时行输尿管支架及脏器修补等手术。腹腔镜手术并发症主要为血管、肠管及膀胱损伤和皮下气肿，此外还可发生穿刺孔疝。文献报道腹腔镜穿刺孔疝的发生率为0.2%~3.1%，对直径超过10mm的穿刺孔予以筋膜层的缝合可以减少疝的发生。其他并

发症包括出血（腹腔出血，阴道残端出血）、感染（泌尿系统、盆/腹腔、淋巴囊肿感染等）、肠梗阻、切口裂开、血栓及栓塞等，少数可能出现肿瘤种植转移。术中需严格无菌及无瘤操作。注意缝合、结扎有效及牢固。术后预防性应用抗菌药物，注意术后护理。

（二）放射治疗。

除对于不能手术的子宫内膜癌可行根治性放疗，包括体外放疗联合近距离放疗。放疗在子宫内膜癌中常为对术后患者的辅助治疗。

1. 体外放疗

针对原发肿瘤和盆腔内转移实体肿瘤部位，还要包括髂总、髂外、髂内及闭孔淋巴结引流区、宫旁及上段阴道和阴道旁组织，对于宫颈受累者还应包括骶前淋巴结区。腹主动脉旁淋巴结受累者行延伸野照射，包括髂总和腹主动旁淋巴结区域。延伸野的上界取决于具体的临床情况，至少达到肾血管水平。NCCN 指南建议采用 CT 图像为基础的多野适形技术或调强适形放射治疗技术的放疗计划，但需注意精确放疗技术中的质量验证和分次照射期间的器官移动的问题（详见宫颈癌体外放疗章节内容）。

2. 近距离放疗

传统子宫内膜癌的腔内治疗，没有一个公认的剂量参照点。以子宫内膜受量、子宫体肌层[内膜下 5mm、10mm 或通过 A 点与子宫中轴平行线的点（A-Line）]作为剂量参照点。

现在建议采用三维影像为基础的治疗计划，根据临床肿瘤实际情况个体化给予放疗剂量。治疗靶区包括全部子宫体、子宫颈和阴道上段组织。2015年美国近距离放射治疗协会提出了CT或MRI引导下的子宫内膜癌根治性放疗靶区的定义。肿瘤区主要是指MRI中T2加权影像中可见病灶范围。临床靶区是指MRI或CT上的全部子宫体、子宫颈和阴道上段部分。危及器官需包括MRI或CT中乙状结肠、直肠、膀胱、小肠及未累及的阴道部分。

3. 术后辅助治疗的推荐建议

(1) 子宫内膜样腺癌

IA (G_{1-2})，首选随诊观察，如有高危因素（存在淋巴血管间隙浸润及/或年龄 ≥ 60 岁），可考虑腔内治疗。

IA (G_3)，首选腔内放疗，如无肌层浸润，也可随诊观察，如有高危因素，可考虑体外放疗（2B类证据）。

IB (G_1)，首选腔内放疗，如无其它高危因素也可考虑随诊观察。

IB (G_2)，首选腔内放疗，如有高危因素，可考虑体外放疗，部分患者如无其它危险因素亦可随诊观察。

IB (G_3)，放疗（体外放疗及/或腔内放疗） \pm 系统治疗（系统治疗 2B类证据）。

II：体外放疗（首选）及/或腔内放疗 \pm 系统治疗（系统治疗 2B类证据）。

III：化疗 \pm 体外放疗 \pm 腔内放疗。

IVA ~ IVB 期（减瘤术后无或仅有微小残留者）：化疗 ± 体外放疗 ± 腔内放疗。

（2）非子宫内膜样癌

IA 期，系统治疗+腔内治疗或体外放疗 ± 腔内放疗，对于局限于黏膜内或无残存病变者，可腔内治疗或观察。

IB 期及以上，系统治疗 ± 体外放疗 ± 腔内放疗的综合治疗。

4. 治疗技术及剂量推荐

参照 NCCN 指南给出子宫内膜癌放疗的治疗手段，包括体外放疗和（或）近距离放疗。放疗前诊断影像评价肿瘤局部区域的范围及是否有远处转移。体外放疗主要针对盆腔包括或不包括腹主动脉旁淋巴结区域。近距离放疗主要针对：①子宫（术前或根治性放疗中）；②阴道（全子宫切除术后的辅助治疗中）。

盆腔放疗针对原发肿瘤和盆腔内转移实体肿瘤部位，还要包括髂总、髂外、髂内及闭孔淋巴结引流区、宫旁及上段阴道和阴道旁组织。宫颈受累者还应包括骶前淋巴结区。延伸野应该包括盆腔野，同时还要针对髂总和腹主动旁淋巴结区域。延伸野的上界取决于具体的临床情况，至少达到肾血管水平。对于放疗野亚临床病灶剂量在 45 ~ 50Gy，如有实体肿瘤或肿大淋巴结，可采用同步加量或序贯加量 10 ~ 20Gy，同时考虑正常组织限量。建议采用 CT 图像为基础的多个适形野技术的放疗计划（详见宫颈癌体外三维放疗章节）。

近距离放疗的剂量也与患者的具体临床分期和肿瘤情况相关。如果宫颈受累，除了子宫体肌层剂量参考点，还要考虑 A 点剂量。可参考宫颈癌 A 点放疗总剂量。如果近距离放疗采用 MRI 影像勾画靶区，肿瘤区区域的 EQD2 总剂量 $\geq 80\text{Gy}$ 。根据不同分期，联合体外放疗，肿瘤区及临床靶区区域的生物等效剂量总剂量分别达到 $80 \sim 90\text{Gy}$ 和 $48 \sim 75 \text{Gy}$ 。而危及器官限量建议，乙状结肠和直肠 D_{2cc} : 不超过 $70 \sim 75\text{Gy}$ ，膀胱 D_{2cc} : $80 \sim 100\text{Gy}$ ，肠管 D_{2cc} : 65Gy 。

对于术后辅助放疗，只要阴道残端愈合就可以开始近距离放疗，一般在手术后 12 周以内进行。剂量参考点在阴道黏膜表面或黏膜下 0.5cm 。针对阴道上段。高剂量率近距离治疗。体外放疗后补充近距离放疗者，常用剂量为 $4 \sim 6\text{Gy} \times 2 \sim 3\text{f}$ （黏膜表面）。术后只补充近距离放疗者，通常方案为 $7\text{Gy} \times 3\text{f}$ （黏膜下 0.5cm 处）、 $5.5\text{Gy} \times 4\text{f}$ （黏膜下 0.5cm 处），或 $6\text{Gy} \times 5\text{f}$ （黏膜表面）。

（三）系统性化疗和激素治疗。

1. 系统性化疗：系统性化疗主要应用于晚期（FIGO 分期 III ~ IV 期）或复发患者以及特殊病理类型患者。对于 IB 期、 G_3 的高危组患者，NCCN 指南也推荐进行术后辅助化疗改善预后，但仅为 2B 类推荐。

系统性化疗推荐联合化疗方案。推荐的化疗方案及药物如下：卡铂/紫杉醇，顺铂/多柔比星，顺铂/多柔比星/紫杉醇（因为毒性较大未被广泛使用），卡铂/多西他赛，卡铂/

紫杉醇/贝伐珠单抗, 异环磷酰胺/紫杉醇 (用于癌肉瘤, I 类证据), 顺铂/异环磷酰胺 (用于癌肉瘤), 依维莫司/来曲唑 (子宫内膜样腺癌), 卡铂/紫杉醇/曲妥珠单抗 (HER-2 阳性浆液性腺癌)。如患者无法耐受联合化疗, 单药如顺铂、卡铂、多柔比星、表柔比星脂质体、紫杉醇、白蛋白紫杉醇、拓泊替康、贝伐珠单抗、多西他赛 (2B 级证据)、异环磷酰胺 (用于癌肉瘤) 等可作为可供选择的化疗方案。

常用的子宫内膜癌药物治疗方案如表 2 所示。

表 2 子宫内膜癌常用方案

| 治疗类型 | 分期 | 常用方案 |
|-----------------|--|---|
| 术后辅助化疗 或姑息化疗 | I ~ II 期高危患者 III ~ IV 期或 复发、转移患者 | 多药联合方案: 卡铂+紫杉醇 (首选, 对于癌肉瘤为 1 类证据) 卡铂/紫杉醇/曲妥珠单抗 (HER-2 阳性浆液性腺癌) 多西他赛+卡铂 (对于紫杉醇禁忌者) 卡铂/紫杉醇/贝伐珠单抗 顺铂+多柔比星 ± 紫杉醇 异环磷酰胺+紫杉醇 (用于癌肉瘤 1 类证据), 顺铂/异环磷酰胺 (用于癌肉瘤) 单药方案: 顺铂, 卡铂, 多柔比星 (或多柔比星 |

| | | |
|-------------------------------------|--|---|
| | | 脂质体), 紫杉醇 (或白蛋白结合紫杉醇), 托泊替康, 贝伐珠单抗, 多西他赛, 异环磷酰胺 (应用于癌肉瘤), 坦罗莫司 |
| 激素治疗 (主要用于 G ₁₋₂ 子宫内膜样癌) | | 醋酸甲羟孕酮/他莫昔芬 (交替使用) 甲地孕酮/他莫昔芬 (交替使用) 醋酸甲羟孕酮 甲地孕酮 他莫昔芬 托瑞米芬 来曲唑 阿那曲唑 氟维司群 左炔诺孕酮缓释系统 (对于特定的需保留生育功能患者) |

2. 靶向治疗: 免疫检查点抑制剂及酪氨酸激酶抑制剂作为新型靶向治疗制剂, 在基于分子标记物指导的子宫内膜癌二线治疗中显示了抗肿瘤活性。帕博利珠单抗用于治疗不可切除或转移性的、高度微卫星不稳定型或错配修复缺陷的内膜癌二线治疗, 其单药客观缓解率高达 57.1%, 于 2018 年起被 NCCN 指南推荐。研究发现仑伐替尼联合帕博利珠单抗治

疗既往接受系统治疗的晚期子宫内膜癌患者，其 24 周的总体人群客观缓解率为 38%，其微卫星稳定患者 24 周客观缓解率为 36.2%。基于此结果，2019 年 NCCN 指南推荐仑伐替尼+帕博利珠单抗联合治疗方案用于治疗既往接受系统治疗后病情进展、不适合根治性手术或放疗、非高度微卫星不稳定型/错配修复缺陷的晚期子宫内膜癌患者。

3. 激素治疗

激素治疗推荐用药包括大剂量高效孕激素、他莫昔芬（两者可交替使用）、芳香化酶抑制剂、氟维司群等。激素治疗仅用于分化较好的子宫内膜样腺癌，用于需保留生育功能的年轻早期子宫内膜癌患者及晚期、复发性或无法手术的患者。以高效药物、大剂量、长疗程为佳。对肿瘤分化良好、孕激素受体阳性者疗效较好，对远处复发者效果疗效优于盆腔复发者。治疗时间尚无统一标准，但至少应用 6 个月以上。总有效率 25%~30%。最常用的孕激素包括①醋酸甲羟孕酮，每日 500~1000mg 口服；②醋酸甲地孕酮，每日 160mg 口服。不推荐早期患者术后常规应用激素治疗。对于标准的孕激素治疗失败的患者，他莫昔芬的缓解率约 20%。他莫昔芬也可与孕激素交替使用。对于激素治疗后疾病进展的患者，可选择系统性化疗。

（四）综合治疗。

1. 手术后的辅助治疗

I 期患者的术后治疗需根据患者有无高危因素进行评估。

高危因素包括：年龄 > 60 岁、肿瘤深肌层浸润、淋巴脉管间隙浸润、低分化、高危组织类型。补充治疗以放疗为主，阴道残端愈合后尽早开始放疗，最好不超过术后 12 周。对于具有高危因素（I B 期、淋巴脉管间隙浸润、G₃）的早期患者的可辅以化疗。GOG249 研究还引入高中危因素进一步细分评估是否行术后放疗。如年龄在 50~69 岁，有两个危险因素；或年龄 < 50 岁，有三个危险因素；或年龄 ≥ 70 岁，有一个危险因素。此类患者可行体外放疗。危险因素包括组织学分级 2 级或 3 级、侵犯深肌层（外 1/2 肌层）、淋巴脉管间隙浸润。II 期患者的术后处理需结合手术方式和是否存在高危因素辅以放疗 ± 化疗。III-IV 期：治疗需个体化。通常对于适合手术者，需行全子宫双附件切除+全面分期手术；对于存在大块肿瘤者需行最大限度减瘤手术。术后根据分期、肿瘤侵犯范围以及残存肿瘤情况行全身治疗 ± 外照射治疗 ± 阴道近距离放疗。具体见放疗部分术后辅助治疗的推荐建议。

2. 不全手术分期/意外发现子宫内膜癌的后续治疗

不全手术分期多指未切除双侧卵巢或未行淋巴结清扫。处理方法如下：① IA 期/G₁₋₂ 级/无淋巴脉管间隙浸润/年龄 < 60 岁，或 IA 期/G₃ 级/无肌层浸润/无淋巴脉管间隙浸润/年龄 < 60 岁者，术后可观察。② IA 期/G₃ 级或 IB 期/G₁₋₂ 级，且年龄 ≥ 60 岁及淋巴脉管间隙浸润(-)者，可选择先行影像学检查，若影像学检查结果阴性，则行阴道近距离放疗。③

I A 期/ G_{1-3} 级/淋巴脉管间隙浸润 (+)、I B 期/ G_{1-2} 级/淋巴脉管间隙浸润 (+)、I B 期/ G_3 级 \pm 淋巴脉管间隙浸润 (+) G_{1-2} 级, 可选择先行影像学检查, 若影像学检查结果阴性, 按照完全手术分期后相应方案治疗; 若影像学检查结果为可疑或阳性, 则对合适的患者进行再次手术分期或对转移病灶进行病理学确诊; 也可直接选择再次手术分期, 术后辅助治疗方案选择与上述完全手术分期后相同。

3. 复发性子宫内膜癌的治疗

I 期和 II 期患者术后复发率约 15%, 其中 50%~70% 的复发有症状。大多数复发发生在治疗后 3 年内。局限于阴道或盆腔的复发经过治疗后仍有较好的效果。孤立的阴道复发经放疗后 5 年生存率达 50%~70%。超出阴道或盆腔淋巴结复发则预后较差。复发后的治疗与复发位置、既往是否接受过放疗相关。

影像学检查证实没有远处转移的局部复发: ①复发位置既往未接受过放疗者, 可选择外照射治疗 \pm 阴道近距离放疗或手术探查+切除 \pm 术中放疗。手术后发现病灶局限于阴道者, 可行外照射治疗 \pm 阴道近距离放疗 \pm 全身治疗; 手术后发现病灶超出阴道, 到达盆腔淋巴结者可行外照射治疗 \pm 阴道近距离放疗 \pm 全身治疗, 若到达腹主动脉旁或髂总淋巴结者行外照射治疗 \pm 全身治疗。复发到达上腹部, 残留病灶较小时可选择全身治疗 \pm 外照射治疗, 巨大复发灶按如下播散性病灶处理。②复发位置既往接受过放疗者, 若原来仅接受

过阴道近距离放疗，其处理方法与复发位置既往未接受过放疗者相同。若原来接受过盆腔外照射治疗，考虑手术探查+切除±术中放疗和（或）全身治疗±姑息性放疗。

孤立转移灶：①考虑手术切除和（或）外照射治疗或消融治疗。②考虑全身治疗。对于不能切除的病灶或再次复发者，按如下播散性病灶处理。

播散性病灶：①低级别或无症状或雌激素受体/孕激素受体阳性者可行激素治疗，继续进展时则行化疗，治疗后再进展则支持治疗。②有症状或G₂₋₃级或巨块病灶时行化疗±姑息性外照射治疗，再进展则支持治疗。

（五）特殊类型子宫内膜癌（浆液性腺癌、透明细胞癌）的综合治疗。

子宫浆液性腺癌与子宫内膜透明细胞癌：子宫浆液性腺癌较少见。其病理形态与卵巢浆液性乳头状癌相同，以含砂粒体的浆液性癌、有或无乳头状结构为其诊断特征。恶性程度高，分化差，早期可发生脉管浸润、深肌层受累、盆/腹腔淋巴结转移。预后差，I期复发转移率达31%~50%；早期5年存活率40%~50%，晚期则低于15%。子宫内膜透明细胞癌的预后亦差，二者均为子宫内膜癌的特殊亚型（II型）。

治疗原则：无论分期早晚，均应进行与卵巢癌细胞减灭术相同的全面手术分期，包括盆/腹腔冲洗液细胞学检查、全子宫双附件切除术、盆腔淋巴结及腹主动脉旁淋巴结清扫术、大网膜切除术及腹膜多点活检术。晚期则行肿瘤细

胞减灭术。对于 I A 期患者，术后可选择：①化疗+腔内放疗（首选）；②体外放疗±腔内放疗；③部分肿瘤未侵犯肌层患者可选择单纯腔内放疗；④随诊。对于 I B-IV 期患者，可选择化疗±体外放疗±腔内放疗。美国妇科肿瘤学组比较子宫浆液性腺癌、透明细胞癌与子宫内膜样癌对化疗的反应，结果无显著性差异，因此认为前两者化疗方案同子宫内膜癌。但普遍认为子宫浆液性腺癌术后宜选用与卵巢浆液性乳头状癌相同的化疗方案，如紫杉醇+卡铂等。对于晚期患者，可采用术前新辅助化疗，再行肿瘤细胞减灭术，之后再行化疗。

子宫癌肉瘤：病理学家认为子宫癌肉瘤属化生癌，应属上皮癌，故 WHO 2003 年提出归于子宫内膜癌的范畴，2010 年 NCCN 病理分类中，将癌肉瘤列入子宫内膜癌 II 型。其恶性程度高，早期即可发生腹腔、淋巴、血循环转移。

治疗原则：治疗总体原则同上述浆液性癌及透明细胞癌。既往认为，异环磷酰胺是子宫内膜癌肉瘤最有效的单药。III 期临床研究表明，紫杉醇联合异环磷酰胺较单药异环磷酰胺可明显延长子宫癌肉瘤患者的总体生存时间。因此，该联合方案被 NCCN 指南作为 1 类证据推荐为子宫癌肉瘤的化疗方案。但考虑到异环磷酰胺的毒副反应，而研究表明紫杉醇联合卡铂方案对子宫癌肉瘤同样有效，因此目前 NCCN 更倾向于推荐紫杉醇联合卡铂方案为首选方案。术后盆腔照射可有效控制复发提高生存率。

（六）保留生育功能患者指征和方法。

约 5%的子宫内膜癌患者在 40 岁之前诊断。对于有生育需求、要求保留生育功能的患者，进行子宫内膜病理检查是必要的（推荐行宫腔镜检查），宫腔镜检查更可靠，G₁病变中仅 23% 级别升高。还应该对肌层浸润的深度进行增强 MRI 评估。

保留生育功能只适用于子宫内膜样腺癌。符合下列所有条件才能保留生育功能：①分段诊刮标本经病理专家核实，病理类型为子宫内膜样腺癌，G₁级。②MRI 检查（首选）或经阴道超声检查发现病灶局限于子宫内膜。③影像学检查未发现可疑的转移病灶。④无药物治疗或妊娠的禁忌证。⑤经充分解释，患者了解保留生育功能并非子宫内膜癌的标准治疗方式并在治疗前咨询生殖专家。⑥对合适的患者进行遗传咨询或基因检测。⑦可选择甲地孕酮、醋酸甲羟孕酮和左炔诺孕酮宫内缓释系统治疗。最常用的口服孕激素包括醋酸甲羟孕酮（250 ~ 600mg/d，口服）或醋酸甲地孕酮（160 ~ 480mg/d，口服）。⑧治疗期间每 3 ~ 6 个月分段诊刮或取子宫内膜活检，若子宫内膜癌持续存在 6 ~ 12 个月，则行全子宫+双附件切除+手术病理分期，术前可考虑行 MRI 检查；若 6 个月后病变完全缓解，鼓励患者受孕，孕前持续每 3 ~ 6 个月进行子宫内膜取样检查；若患者暂无生育计划，予孕激素维持治疗及定期监测。⑨完成生育后或子宫内膜取样发现疾病进展，即行全子宫+双附件切除+手术病理分期。许多子宫

内膜样癌的年轻患者还有其他影响生育功能的因素，包括肥胖与多囊卵巢综合征，强烈建议减肥。咨询不孕不育专家可能对成功妊娠非常必要。在患者激素治疗后可能需要应用一些辅助生殖技术，包括枸橼酸氯米芬、人工授精和体外受精。

（七）中医治疗。

中医从整体观念出发，实施辨证论治，有助于子宫内膜癌患者术后功能的恢复，减少放、化疗的不良反应，增强放疗、化疗的效果，提高机体的免疫力，减少并发症的发生，改善癌症相关症状和生活质量，对防止肿瘤复发转移及延长生存期起到一定作用。可以配合西医补充与完善子宫内膜癌的治疗。

中医学认为子宫内膜癌主要是痰浊湿热淤毒蕴结胞宫，阻塞经脉，损伤冲任，日久成积，暗耗气血，败损脏腑。调理冲任、清热利湿解毒，祛痰化淤为主要治疗方法。晚期患者多见肾阴虚亏虚，治以育阴滋肾、固冲止血为主。近年来常用现代中药制剂，包括西黄丸、平消胶囊、大黄廑虫丸、复方斑蝥胶囊、复方苦参注射液等用于治疗子宫内膜癌，在临床上得到广泛应用，具有一定疗效，安全性和耐受性均较好，但这些药物尚缺乏高级别的循证医学证据支持，需要积极进行深入研究。

五、预后

子宫内膜癌的预后影响因素和分期明显相关。早期患者影响预后的高危因素包括深肌层受累、淋巴间隙受累、肿瘤

分化差 (G₃)、特殊肿瘤类型、宫颈受累等。术后最重要的预后因素是有无淋巴结转移，即手术病理分期的提高。肿瘤分级和肌层受累深度可反应淋巴结转移的概率，淋巴间隙受累则淋巴结转移的概率增加。有鳞状细胞成分的恶性肿瘤，肿瘤的侵袭性主要和其中腺体的分化程度相关。而 II 型子宫内膜癌较 I 型子宫内膜癌预后差。

六、随访

完成治疗后患者前 2~3 年每 3~6 个月随访 1 次，以后每 6~12 个月随访 1 次。随访内容包括：关于可能的复发病状、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的健康宣教；若初治时 CA125 升高则随访时复查；有临床适应证时应行影像学检查。因为对于 I 期患者而言，无症状阴道复发率只有 2.6%，术后无症状患者不推荐阴道细胞学检查。

附件

子宫内膜癌诊疗指南（2022年版） 编写审定专家组

（按姓氏笔画排序）

组长：郎景和

成员：王丹波、王建六、王建华、王莉、王静、
刘剑羽、刘继红、安菊生、李晓光、杨佳欣、
吴令英、沈丹华、沈铿、宋艳、张福泉、
曹新平、谢幸