



中华医学会妇科肿瘤学分会

# 中国妇科肿瘤临床实践指南

第7版（2023）

## 外阴恶性肿瘤 (Vulva Malignant tumor) 讨论稿



# 中国妇科肿瘤临床实践指南 (2023版)

## 外阴恶性肿瘤

### 外阴恶性肿瘤指南专家委员会

主 编： 林仲秋 向 阳 王丹波

主 审： 马 丁 孔北华

副主编： 张国楠 康 山 孟元光

编 委： (以姓氏拼音为序) 迟志宏 郭 清 黄曼妮 李 斌 李小平 李 延 苗劲蔚

孙立新 吴玉梅 熊正爱 杨宏英 訾 聃

秘 书： 佟 锐



# 中国妇科肿瘤临床实践指南 (2023版)

## 外阴恶性肿瘤

## 目录

### 一、外阴恶性肿瘤的病理原则及影像原则 (Vulvar-1)

### 二、诊断与分类 (Vulvar-2)

### 三、外阴癌

#### (一) 分期 (Vulvar-3至 Vulvar-4)

#### (二) 外阴鳞癌初始治疗原则 (Vulvar-5)

#### (三) 早期外阴鳞癌初始治疗 (Vulvar-6)

#### (四) 早期外阴鳞癌术后辅助治疗 (Vulvar-7、Vulvar-8)

#### (五) 局部晚期和晚期外阴鳞癌的初始治疗原则 (Vulvar-9)

#### (六) 外阴鳞癌的放疗原则 (Vulvar-10)

#### (七) 评估EBRT+同步化疗反应 (Vulvar-11)

#### (八) 外阴癌的监测 (Vulvar-12)

#### (九) 复发性外阴癌治疗原则 (Vulvar-13)

#### (10) 复发性外阴癌的治疗 (Vulvar-14)

#### (11) 外阴鳞癌的药物治​​疗原则 (Vulvar-15)

#### (12) 外阴鳞癌的药物治​​疗 (Vulvar-16)

### 四、其他类型的外阴恶性肿瘤

#### (一) 黑色素瘤初始治疗 (Vulvar-17 、 Vulvar-18)

#### (二) 基底细胞癌初始治疗原则 (Vulvar-19)

#### (三) 前庭大腺癌初始治疗原则 (Vulvar-20)

#### (四) 佩吉特病初始治疗原则 (Vulvar-21)

### 五、讨论



# 中国妇科肿瘤临床实践指南（2023版）

## 外阴恶性肿瘤

## 外阴恶性肿瘤的病理原则及影像原则

### 病理原则

- 病灶 $>2\text{cm}$ ，建议钳取活检；病灶 $\leq 2\text{cm}$ ，推荐完整切除或Keyes活检器活检<sup>a</sup>
- 经连续病理切片检查，以评价肿瘤浸润深度
- 若阴道、宫颈可疑病变，建议阴道镜下或肉眼醋酸及碘试验下活检
- 可疑黑色素瘤，建议病灶完整切除<sup>b</sup>送活检，不建议穿刺活检或部分切除活检

### 影像原则

- 盆腔增强MRI评估局部病灶浸润程度
- 腹盆腔增强CT除外远处转移或淋巴结转移，必要时PET-CT检查
- 影像可疑直肠、膀胱浸润，行肠镜/膀胱镜检查
- 超声检测腹股沟表浅淋巴结情况<sup>c</sup>

<sup>a</sup> 采用3或4mm深度的Keyes活检器完整获取肿瘤周围皮肤和皮下组织。

<sup>b</sup> 切缘距肿瘤边缘至少 1 cm。

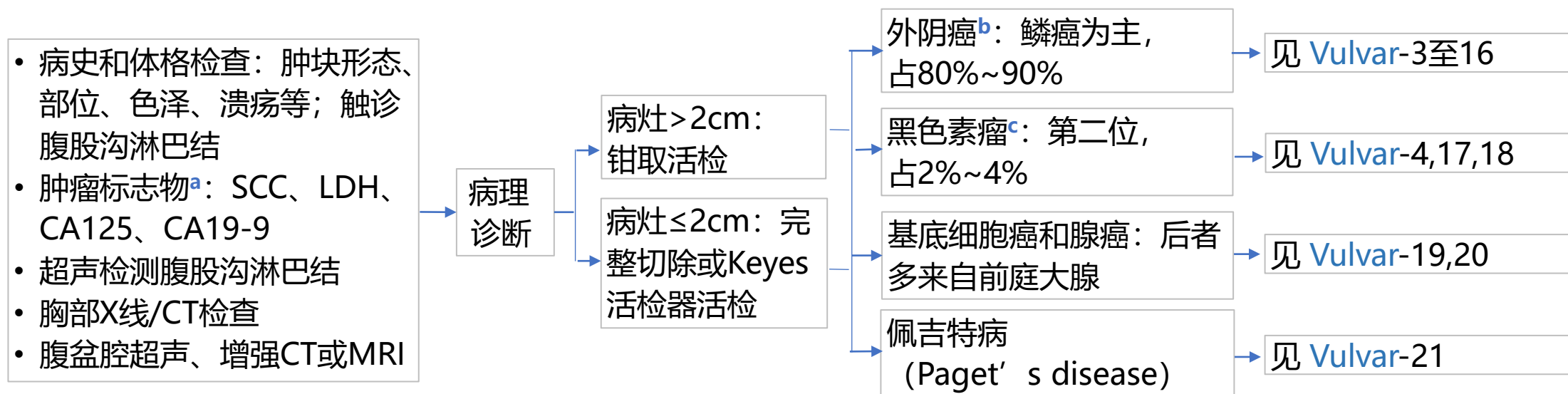
<sup>c</sup> 超声对腹股沟表浅淋巴结诊断有良好特异性。



# 中国妇科肿瘤临床实践指南（2023版）

## 外阴恶性肿瘤

## 诊断与分类



a 肿瘤标记物：SCC主要针对鳞癌敏感；LDH主要针对黑色素瘤敏感；CA125、CA19-9腺癌可参考。

b 外阴癌，狭义指外阴鳞癌

c 送检标本：初始诊断非病情原因，建议病灶完整切除送活检，不建议穿刺活检或部分切除活检，利于组织学诊断和厚度测量（Breslow厚度：在皮肤组织中的最厚部分，以mm剂量，分5级），也减少促进转移风险



外阴癌手术病理分期

FIGO 2009	TN <sup>b</sup> M	肿瘤范围
I	T <sub>1</sub> N <sub>0</sub> M <sub>0</sub>	肿瘤局限于外阴和(或) 会阴,且淋巴结阴性
I A	T <sub>1a</sub> N <sub>0</sub> M <sub>0</sub>	病变≤2 cm, 且间质浸润≤ 1.0 mm <sup>c</sup>
I B	T <sub>1b</sub> N <sub>0</sub> M <sub>0</sub>	病变 > 2 cm, 或间质浸润 > 1.0 mm <sup>c</sup>
II	T <sub>2</sub> N <sub>0</sub> M <sub>0</sub>	任何大小的肿瘤蔓延到邻近的会阴结构（下 1/3 尿道, 下1/3阴道和下1/3肛门）, 且无淋巴结转移
III	T <sub>1-2</sub> N <sub>1-2c</sub> M <sub>0</sub>	任何大小的肿瘤局限于会阴或蔓延到邻近的会阴结构（下 1/3 尿道, 下1/3阴道和下1/3肛门）, 存在任何数目的不固定、无溃疡形成的淋巴结转移
III A	T <sub>1-2</sub> N <sub>1</sub> M <sub>0</sub>	1或2个区域淋巴结 <sup>d</sup> 转移（均 < 5mm）或1个区域淋巴结转移（≥5mm）
III B	T <sub>1-2</sub> N <sub>2a, 2b</sub> M <sub>0</sub>	≥3个淋巴结转移（均 < 5mm）或 ≥2个的淋巴结转移（≥5mm）
III C	T <sub>1-2</sub> N <sub>2c</sub> M <sub>0</sub>	阳性淋巴结出现包膜外扩散
IV	T <sub>1-3</sub> N <sub>3/任何N</sub> M <sub>0-1</sub>	肿瘤侵犯邻近区域其它器官（尿道上2/3、阴道上2/3）或固定性或溃疡性的局部淋巴结转移或远处器官转移
IVA	T <sub>1-2</sub> N <sub>3</sub> M <sub>0</sub>	区域淋巴结固定或溃疡形成
	T <sub>3</sub> N <sub>任何N</sub> M <sub>0</sub>	肿瘤蔓延到上2/3尿道、上2/3阴道、膀胱黏膜、直肠黏膜或固定于骨盆
IVB	T <sub>任何T</sub> N <sub>任何N</sub> M <sub>1</sub>	任何远处部位的转移, 包括盆腔淋巴结转移

<sup>a</sup> 分期系统根据AJCC 第八版（2017版）的TNM分期制定，适用于除恶性黑色素瘤以外的其他所有外阴恶性肿瘤；<sup>b</sup> 记录所有转移淋巴结的位置、大小与侧别；<sup>c</sup> 浸润深度的测量：从邻近最表浅真皮乳头的皮肤与间质结合处至浸润的最深点；<sup>d</sup> 区域淋巴结指腹股沟和股淋巴结。



外阴癌分期（FIGO 2021版）

FIGO 2021 <sup>b</sup>	肿瘤范围
I	肿瘤局限于外阴
I A	病变≤2 cm，且间质浸润≤ 1.0 mm
I B	病变 > 2 cm，或间质浸润 > 1.0 mm
II	任何大小的肿瘤蔓延到邻近的会阴结构（下 1/3 尿道，下1/3阴道和下1/3肛门），且淋巴结阴性
III	任何大小的肿瘤蔓延到邻近的会阴结构的上部，或存在任何数目的不固定、无溃疡形成的淋巴结转移
III A	任何大小的肿瘤蔓延到上2/3尿道、上2/3阴道、膀胱黏膜、直肠黏膜，或区域淋巴结转移≤ 5 mm
III B	区域淋巴结转移 > 5 mm
III C	区域淋巴结转移且扩散到淋巴结包膜外
IV	任何大小的肿瘤固定于骨质，或固定的、溃疡形成的区域淋巴结转移，或远处转移
IV A	病灶固定于骨盆，或区域淋巴结转移固定或溃疡形成
IV B	远处转移

<sup>a</sup> 外阴癌FIGO 2009 版分期已更新为2021版。<sup>b</sup> 2021版与2009版主要区别：局部病灶侵犯会阴结构上部均为Ⅲ期，肿瘤固定于骨质为Ⅳ期。



皮肤黑色素瘤手术病理分期（AJCC第8版）

分期	T	N	M
0	Tis	N0	M0
IA期	T1a,T1b	N0	M0
IB期	T2a	N0	M0
IIA期	T2b,T3a	N0	M0
IIB期	T3b,T4a	N0	M0
IIC期	T4b	N0	M0
IIIA期	T1a/b,T2a	N1a,N2a	M0
IIIB期	T0	N1b,N1c	M0
	T1a/b,T2a	N1b/c,N2b	M0
	T2b,T3a	N1a/b/c,N2a/b	M0
IIIC期	T0	N2b/c,N3b/c	M0
	T1a/b,T2a/b,T3a	N2c,N3a/b/c	M0
	T3b,T4a	AnyN ≥N1	M0
	T4b	N1a/b/c,N2a/b/c	M0
IIID期	T4b	N3a/b/c	M0
IV期	任何T,Tis	任何N	M1

<sup>a</sup> 外阴黑色素瘤更多属于皮肤型，其分期可参考皮肤黑色素瘤的分期标准；外阴黏膜黑色素瘤尚无标准分期。

T分期	浸润深度	M分期	远处转移
TX,T0,Tis	无法评估	M0	无转移
T1a*	<0.8mm	M1a (0) # M1a (1) ##	转移至皮肤、软组织（包括肌肉）和（或）非区域淋巴结
T1b**	<0.8mm 0.8–1.0 mm	M1b (0) # M1b (1) ##	转移至肺
T2a*,T2b**	>1.0–2.0 mm	M1c (0) # M1c (1) ##	转移至非中枢神经系统的内脏器官
T3a*,T3b**	>2.0–4.0 mm	M1d (0) # M1d (1) ##	转移至中枢神经系统
T4a*,T4b**	>4.0 mm		
N0/Nx	无区域淋巴结转移/区域淋巴结未评估 <sup>b</sup>		
N1a/1b N1c	1枚淋巴结受累：1a临床隐匿 <sup>c</sup> ；1b临床显性 无淋巴结转移，存在中途转移、卫星灶和（或）微卫星灶		
N2a/2b N2c	2或3枚淋巴结受累：2a临床隐匿 <sup>c</sup> ；2b≥1枚临床显性； 1枚淋巴结临床显性或隐匿转移，伴中途转移、卫星灶和（或）微卫星灶		
N3a/3b N3c	≥4枚淋巴结受累：2a临床隐匿 <sup>c</sup> ；3b≥1枚临床显性，或任何数量的融合淋巴结 ≥2临床显性或隐匿的淋巴结转移		

<sup>b</sup> 比如未进行前哨淋巴结活检，或者之前因为某种原因区域淋巴结已切除

<sup>c</sup> 如前哨淋巴结检测发现

\* 无溃疡，\*\*有溃疡；# 无血清LDH升高；##伴血清LDH升高





表2 皮肤黑色素瘤临床分期<sup>a</sup>（AJCC第8版）

分期	T	N	M
0	Tis	N0	M0
I A期	T1a	N0	M0
I B期	T1b	N0	M0
	T2a	N0	M0
IIA期	T2b	N0	M0
	T3a	N0	M0
IIB期	T3b	N0	M0
	T4a	N0	M0
IIC期	T4b	N0	M0
III期	任何T,Tis	≥N1	M0
IV期	任何T,Tis	任何N	M1

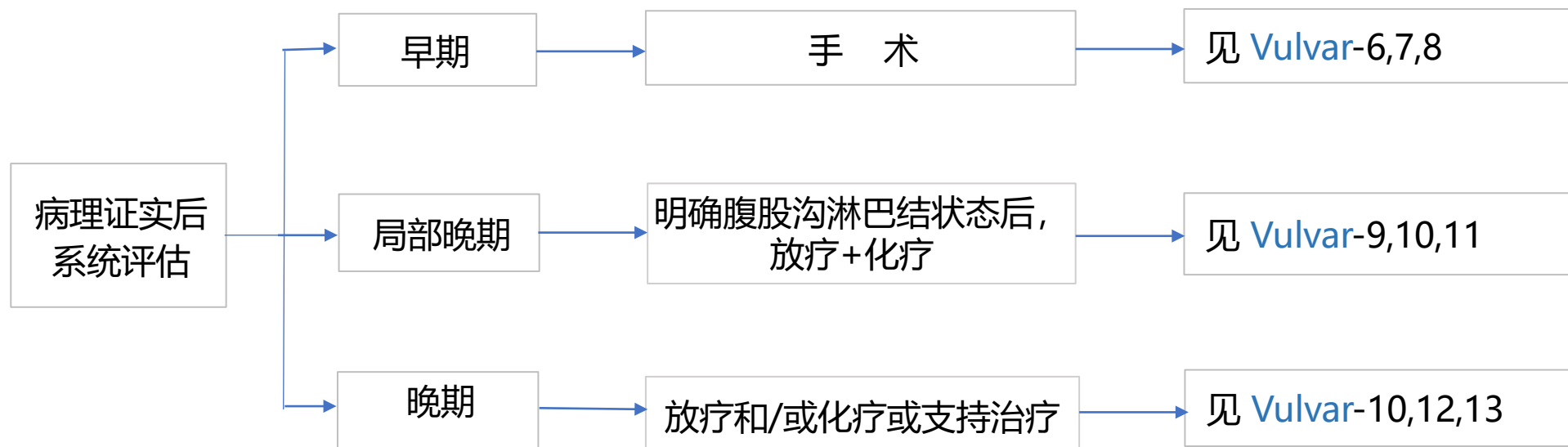
<sup>a</sup> 外阴黑色素瘤的分期首先推荐手术病理分期，对于无法手术的病例可选择临床分期进行评估。T分期、N分期、M分期标准同手术病理分期；临床分期包括原发性黑色素瘤的微分期和转移瘤的临床/放射学/活检评估。原发性黑色素瘤活检后应采用临床分期，并对区域和远处转移进行临床评估。原发性黑色素瘤的病理评估被用于临床和病理分类。诊断活检也可作为临床分期依据。



# 中国妇科肿瘤临床实践指南（2023版）

## 外阴恶性肿瘤

## 外阴鳞癌初始治疗原则

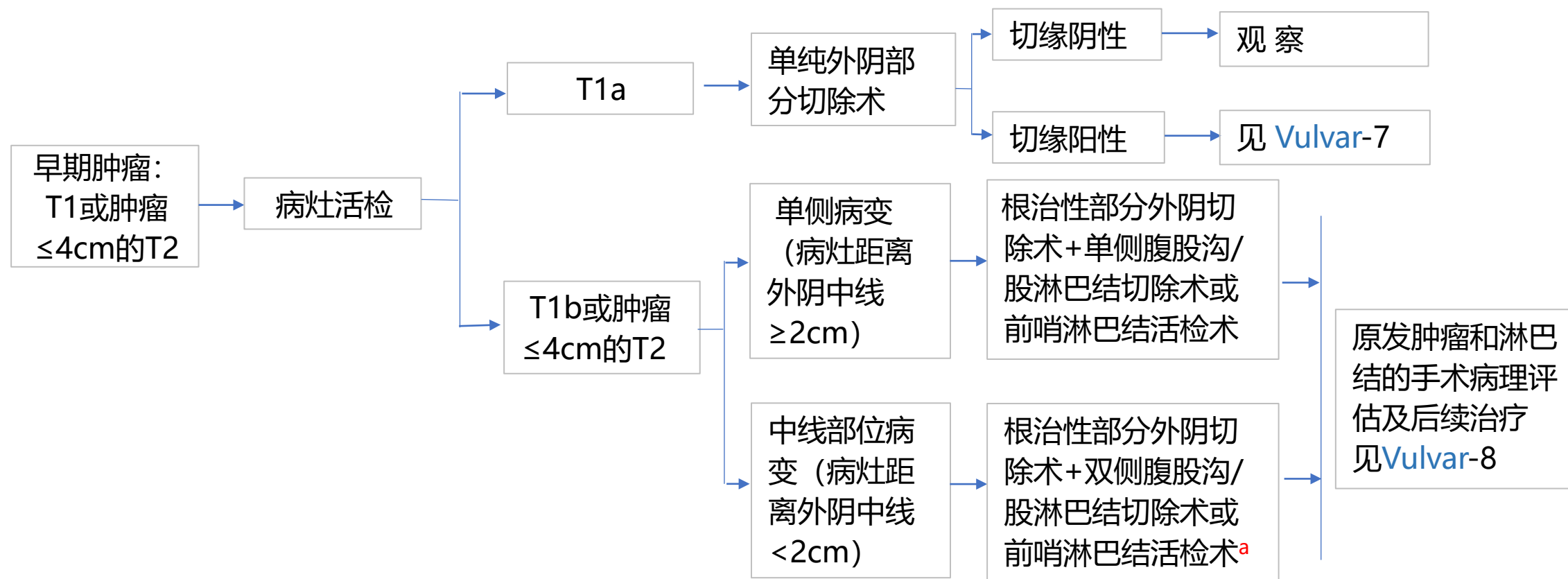




# 中国妇科肿瘤临床实践指南 (2023版)

## 外阴恶性肿瘤

## 早期外阴鳞癌初始治疗



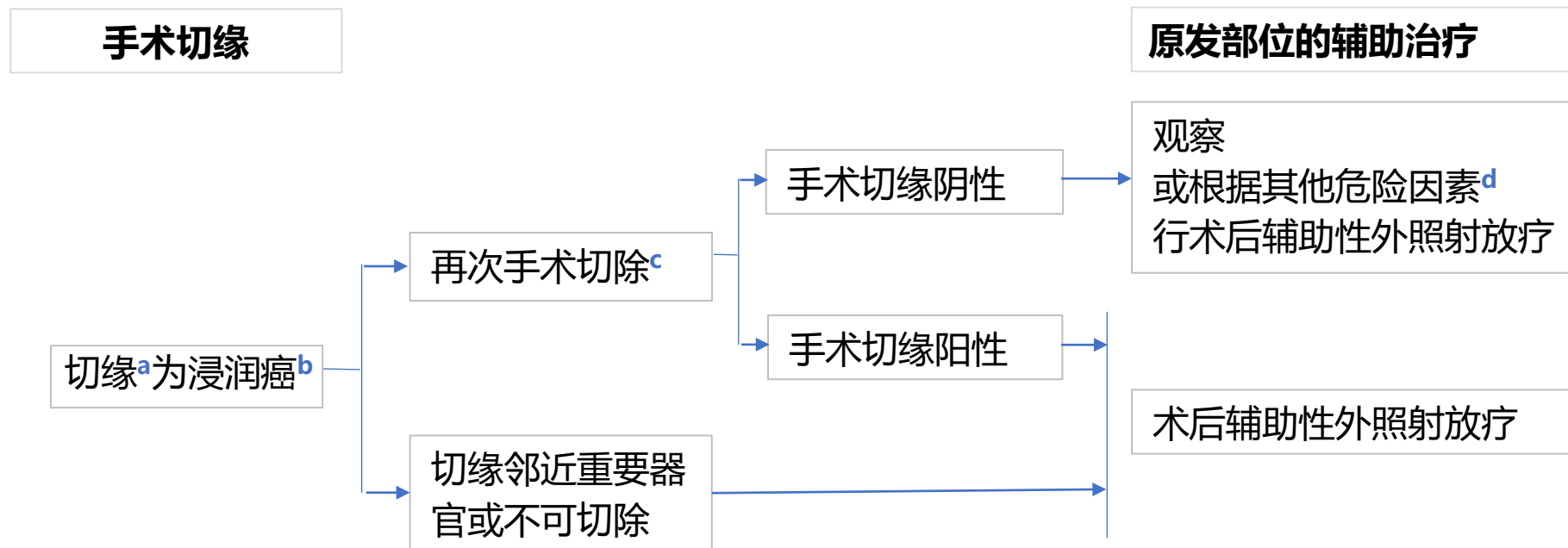
<sup>a</sup>未检测到淋巴结的一侧需要行腹股沟淋巴结切除术



# 中国妇科肿瘤临床实践指南（2023版）

## 外阴恶性肿瘤

## 早期外阴鳞癌术后辅助治疗

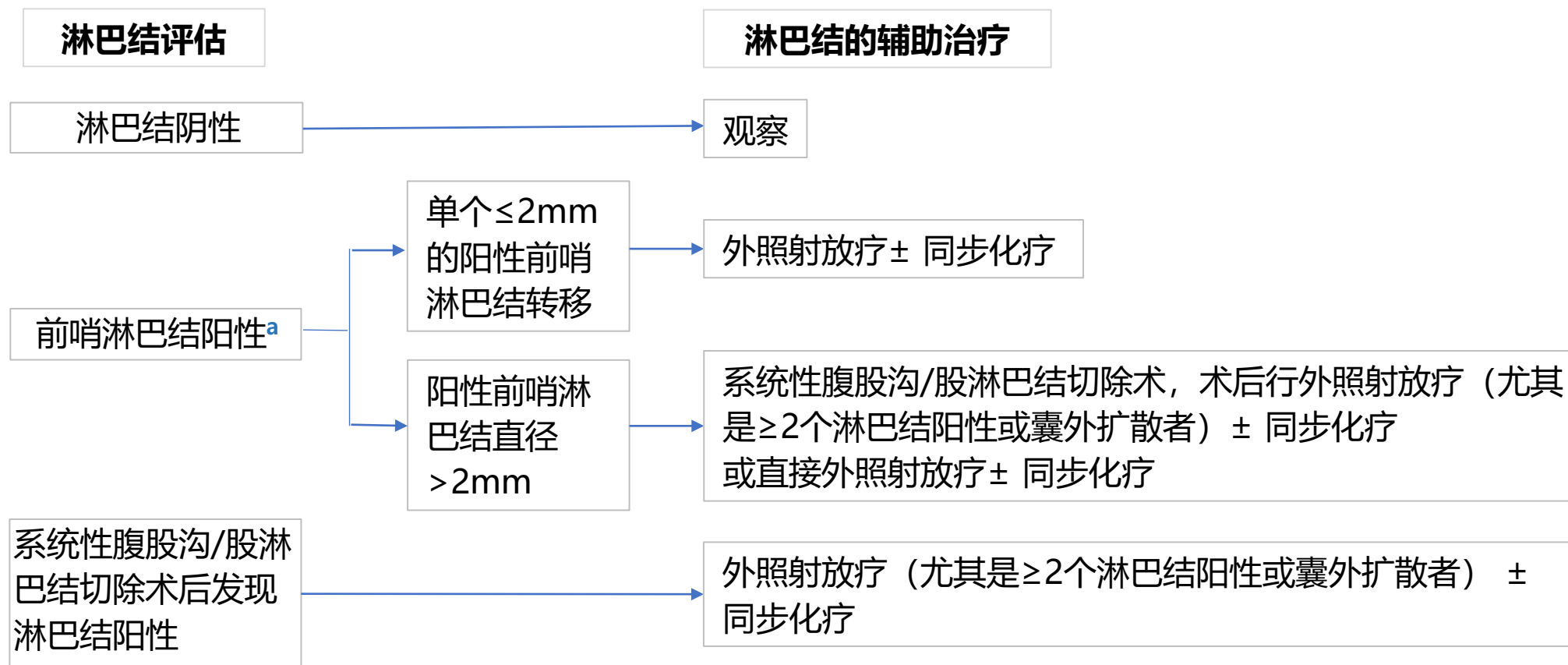


<sup>a</sup> 初次手术必须达到至少1cm的大体手术阴性切缘，以保证镜下8mm以上的安全病理切缘，越来越多研究表明，为了保留外阴重要器官（如尿道和肛门）功能及维持性功能，小于8mm的病理镜下切缘也是可接受的。

<sup>b</sup> 切缘为HSIL（非侵袭性疾病），个体化管理。

<sup>c</sup> 初始手术时切缘阳性，是否选择再次手术需结合阳性切缘部位和淋巴结状态。

<sup>d</sup> 其他危险因素包括：邻近肿瘤切缘<8mm、淋巴脉管间隙浸润、肿瘤>2cm、浸润深度>1mm和跳跃性或弥漫性浸润。



<sup>a</sup> 系统淋巴结切除后再补充外照射放疗，相对增加下肢淋巴水肿风险，如果前哨淋巴结阳性，可以选择不再系统切除或仅切除术前评估可疑转移淋巴结，术后直接补充放疗，有待循证医学证据。

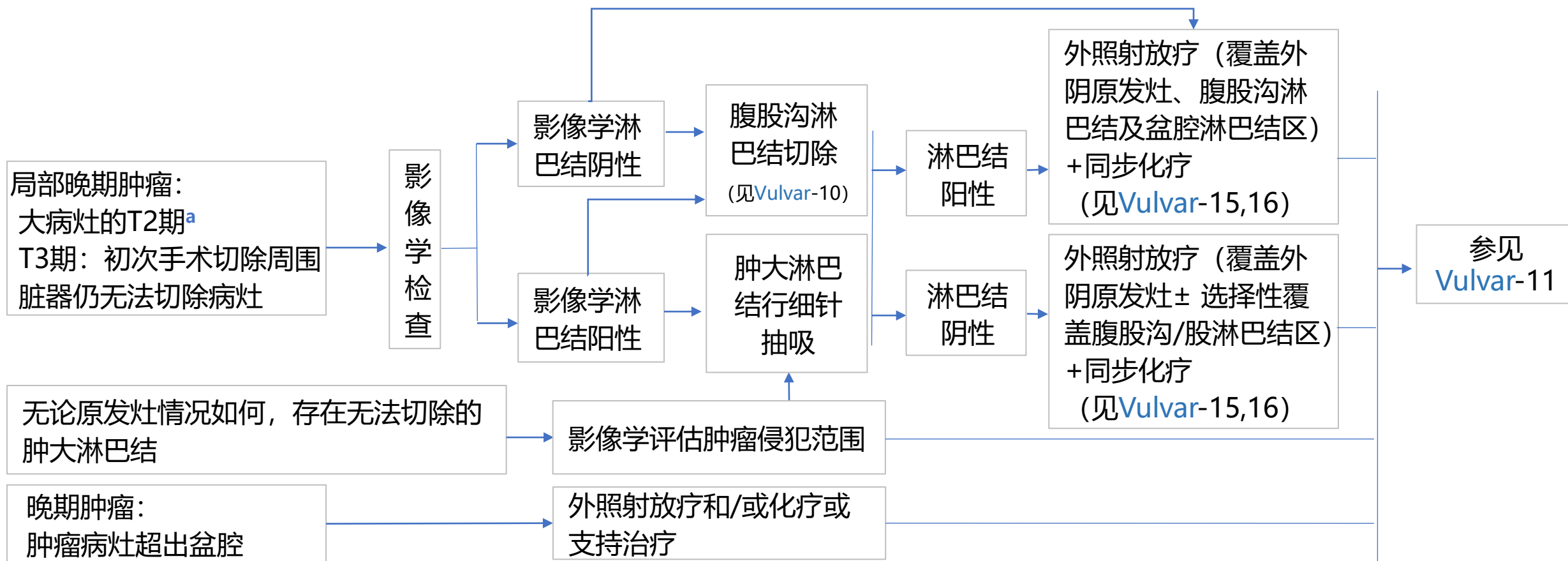
前哨淋巴结阳性时，对侧腹股沟淋巴结手术评估和/或进行EBRT治疗。单个小体积的单侧腹股沟淋巴结阳性，且原发肿瘤直径 $\leq 2\text{ cm}$ ，浸润深度 $\leq 5\text{ mm}$ ，对侧腹股沟淋巴结临床评估为阴性时，可以不补充手术或放疗。



# 中国妇科肿瘤临床实践指南 (2023版)

## 外阴恶性肿瘤

## 局部晚期和晚期外阴鳞癌的初始治疗原则



<sup>a</sup> 大病灶的T2期: 病灶>4cm和/或累及尿道、阴道或肛门



一般原则

外照射和/或近距离放疗<sup>a</sup>应用于初次手术后辅助治疗、局部晚期初次治疗、复发/转移/姑息治疗。

放疗技术、剂量对最大限度控制肿瘤同时保护危及器官至关重要。

针对肿瘤部位的EBRT照射范围包括：外阴、腹股沟、髂外、髂内淋巴结区域。  
近距离放疗可局部增效。电子束可用于经选择的病人。

基于CT的治疗计划和适形设计是EBRT的标准治疗。

术后创面愈合后，尽早开始放疗（6~8周内）。尽量避免治疗中断。

治疗原则

图像引导的IMRT<sup>b</sup>是治疗的必要组成部分。应谨慎制定计划，以保证所有靶区剂量足够。

放射野上界不应低于骶髂关节或高于L4/L5交界处，若盆腔淋巴结累及，上界应抬高至阳性淋巴结上方至少2cm。外侧缘为髂前下棘垂直线。下界为外阴最远端下方2cm。注意保护股骨头与股骨颈。

局部晚期，临床可疑≥1个或术后病理提示淋巴结转移，放射野包括双侧腹股沟和盆腔淋巴结区域。  
外阴局部有高危因素<sup>c</sup>或腹股沟淋巴结阳性，放射野包括外阴病灶部位。

辅助放疗剂量：45~50.4Gy/25~28f；治疗性放疗剂量：59.4~64.8Gy/33~36f；QD，5f/w。  
经选择的持续/复发病例剂量可达70Gy。风险区域的推荐剂量要精准个体化<sup>d</sup>。

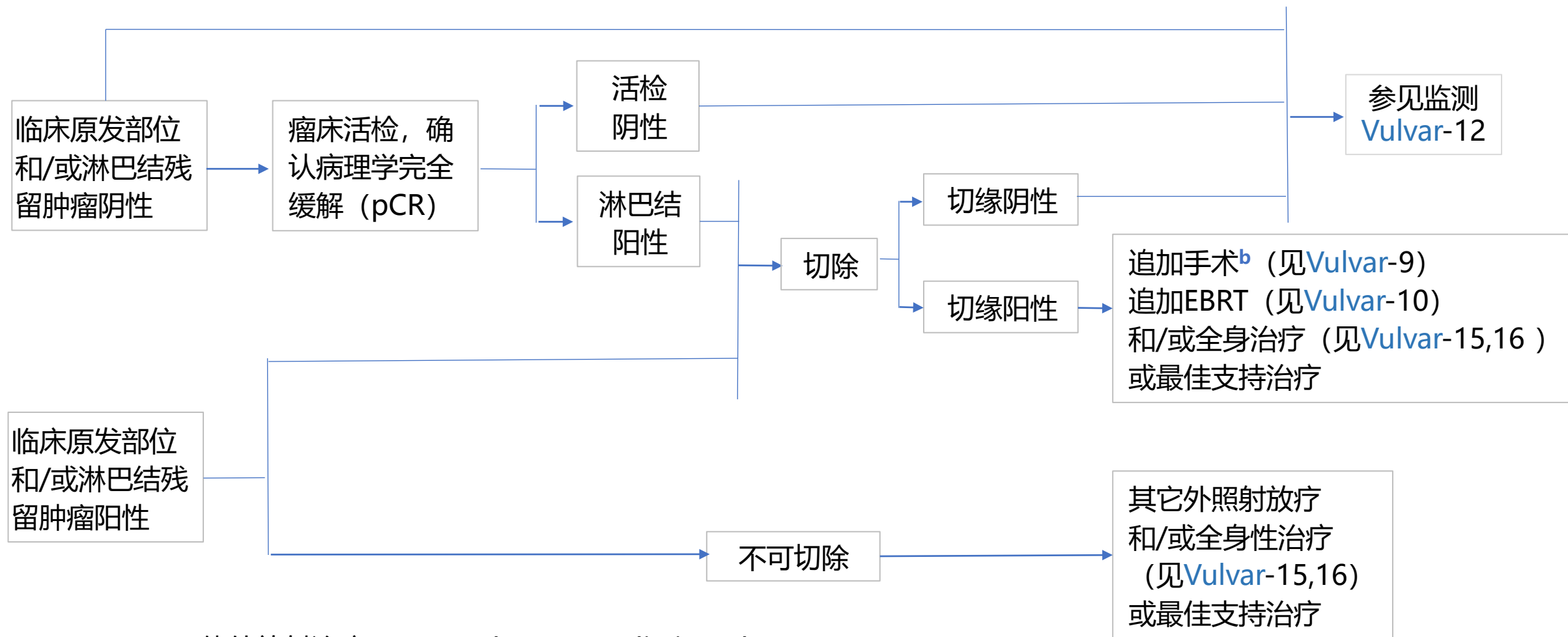
<sup>a</sup> 外阴癌放疗不强调同步放化疗，如果联合化疗，将增加毒副作用；<sup>b</sup> 适形调强放疗；<sup>c</sup> 高危因素：切缘接近/阳性、淋巴血管间隙阳性（LVSI）、浸润深度>5mm，腹股沟受累（相对适应证）；<sup>d</sup> ① 原发外阴病灶总剂量、淋巴结（肉眼可见残留或不可切除）：60~70Gy；② 初次手术床（切缘阴性）、c/rN0的腹股沟淋巴结：45~50Gy ③ 腹股沟淋巴结（阳性，无囊外侵犯或残留）：50~55Gy；④ 手术床（切缘阳性）：54~60Gy。



# 中国妇科肿瘤临床实践指南 (2023版)

## 外阴恶性肿瘤

### EBRT<sup>a</sup> + 同步化疗后评估



<sup>a</sup> 体外放射治疗 (External Beam Radiation Therapy)

<sup>b</sup> 对于中心性复发/未控的选中病例，考虑盆腔廓清术



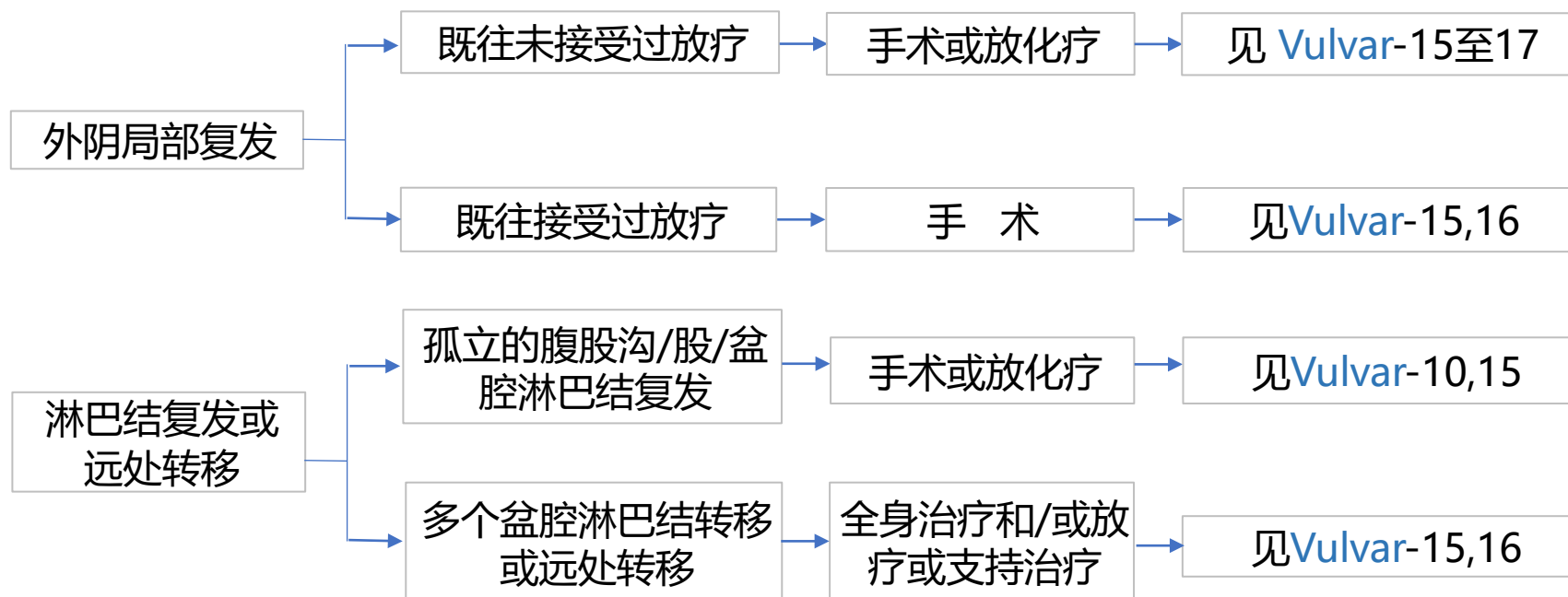


- 随访：第1~2年：1次/3~6月  
第3~5年：1次/6~12月  
>5年：1次/年
- 病史和体格检查
- 宫颈/阴道细胞学筛查（可包括HPV检测）
- 健康宣教指导
- 遵循妇科恶性肿瘤治疗后随访原则

疾病持续  
或复发

- 必要时活检获取病理
- 影像学检查评估复发情况
- 明确广泛复发、局部复发
- 复发癌灶与周围组织器官的关系

见Vulvar-13,14

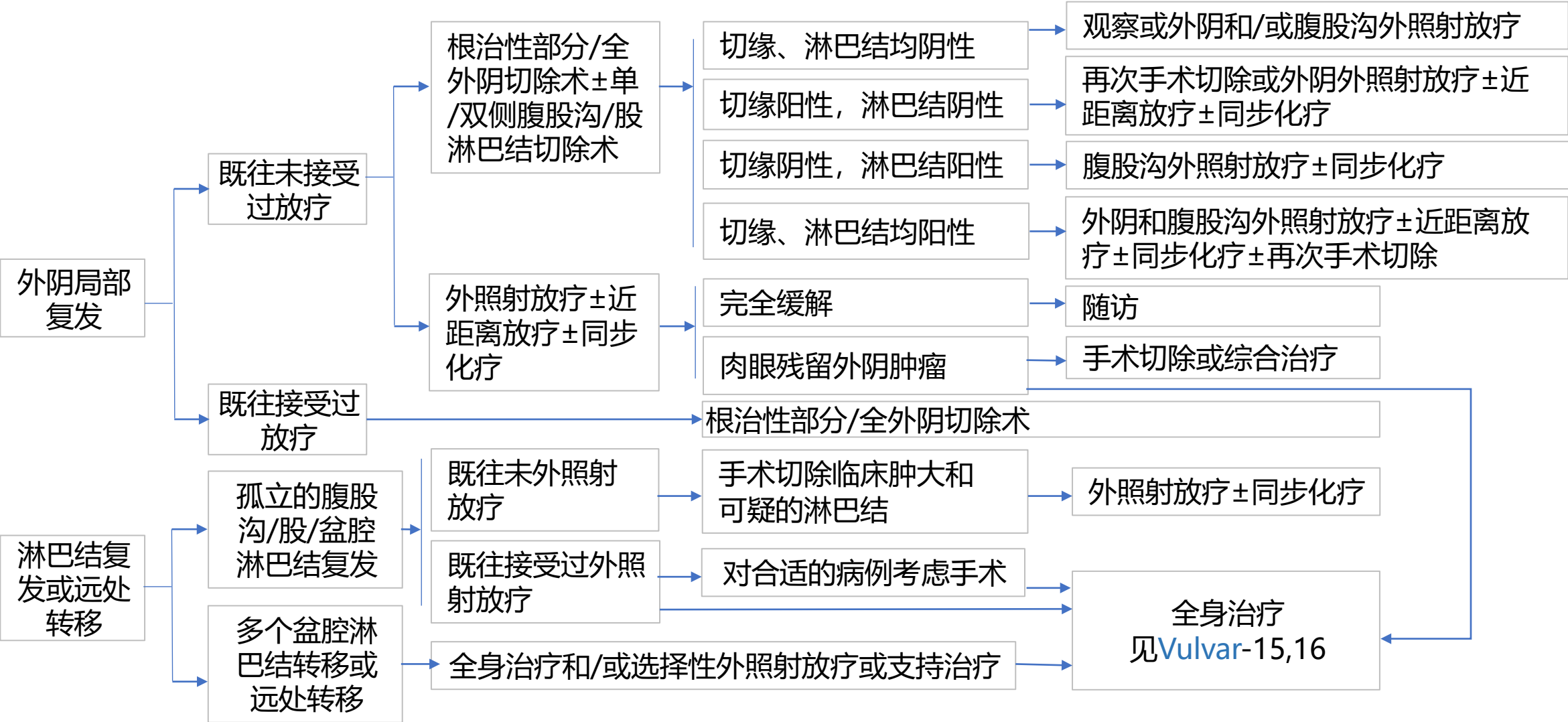




中国妇科肿瘤临床实践指南（2023版）

外阴恶性肿瘤

复发性外阴癌的治疗

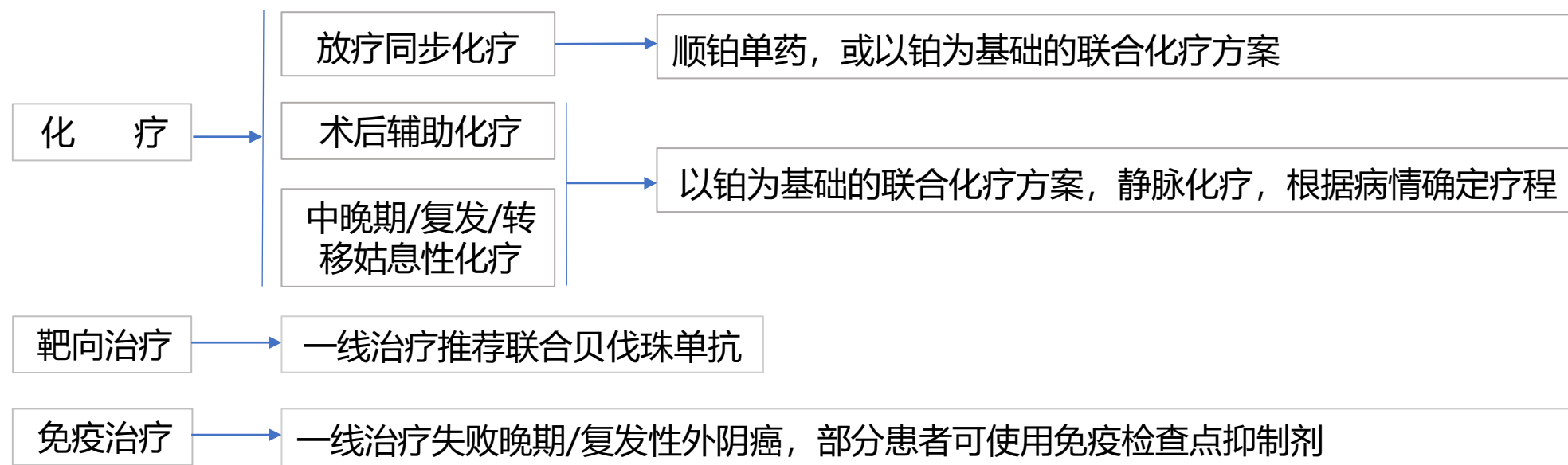




# 中国妇科肿瘤临床实践指南（2023版）

## 外阴恶性肿瘤

## 外阴鳞癌的药物治原则





同期放化疗 <sup>a</sup>	晚期、复发/转移性患者的治疗	
	一线治疗	二线或后线治疗方案
首选 顺铂	首选 顺铂/紫杉醇/贝伐珠单抗 <sup>b</sup>	其他推荐方案 紫杉醇 埃罗替尼（Erlotinib） 顺铂/吉西他滨 <sup>e</sup>
其他推荐方案 顺铂/氟尿嘧啶	顺铂/紫杉醇 卡铂/紫杉醇 卡铂/紫杉醇/贝伐珠单抗 <sup>c</sup>	某些情况下使用 帕博利珠单抗：TMB-H <sup>f</sup> 、PD-L1阳性 <sup>g</sup> 、MSI-H/dMMR患者的二线后治疗 纳武利尤单抗：HPV相关的进展性或转移性外阴癌 拉罗替尼或恩曲替尼：NTRK基因融合阳性肿瘤
	其他推荐方案 <sup>d</sup> 顺铂 卡铂	

<sup>a</sup> 同步放化疗首选顺铂单药（40 mg/m<sup>2</sup>静滴，第1天，每周1次，不超过7次）；

<sup>b</sup> 紫杉醇+顺铂方案：紫杉醇 135 ~ 175 mg/m<sup>2</sup>+顺铂60 ~ 70 mg/m<sup>2</sup>，每3周重复。可在此基础上加用贝伐珠单抗或其生物类似物7.5 ~ 15 mg/kg；

<sup>c</sup> 紫杉醇+卡铂方案：紫杉醇135 ~ 175 mg/m<sup>2</sup>+卡铂（AUC）4 ~ 5，每3周重复。可在此基础上加用贝伐珠单抗或其生物类似物7.5 ~ 15 mg/kg；

<sup>d</sup> 顺铂、卡铂或紫杉醇单药，每周或3周重复；

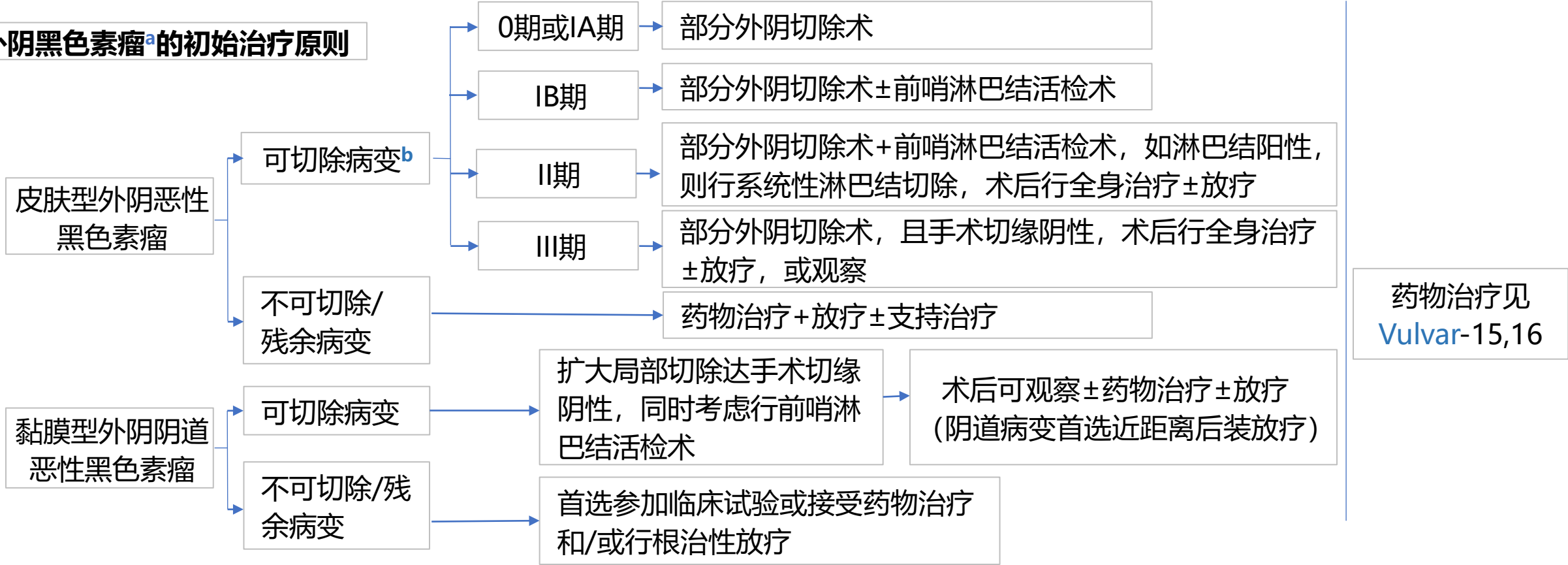
<sup>e</sup> 顺铂+吉西他滨：顺铂50 mg/m<sup>2</sup>，第1天，吉西他滨1 000 mg/m<sup>2</sup>化疗第1、8天，每3周重复；

<sup>f</sup> TMB-H： ≥ 10mut/Mb；

<sup>g</sup> PD-L1阳性： CPS ≥ 1



外阴黑色素瘤<sup>a</sup>的初始治疗原则



<sup>a</sup> 以外阴前庭Hart线为界，该线以内病灶为黏膜型外阴阴道黑色素瘤，以外病灶为皮肤型外阴黑色素瘤。黏膜型与阴道黑色素瘤治疗原则相似。

<sup>b</sup> 手术的安全切缘根据肿瘤的Breslow厚度而定，原位黑色素瘤的切缘为0.5cm，Breslow厚度≤1mm者推荐切缘为1.0cm，厚度1~2mm者切缘为1~2cm，厚度2~4mm及>4mm者切缘均为2cm。



外阴黑色素瘤<sup>a</sup>的药物治疗

辅助化疗	靶向治疗 <sup>b</sup>	免疫治疗
首选 达卡巴嗪  其他推荐方案 替莫唑胺 白蛋白结合型紫杉醇+卡铂± 贝伐珠单抗	BRAFV600突变 达拉非尼+曲美替尼 维莫非尼  C-KIT变异率 伊马替尼 尼洛替尼	免疫检查点抑制剂 帕博利珠单抗 特瑞普利单抗 普特利单抗

<sup>a</sup> 外阴黑色素瘤皮肤型与黏膜型药物选择不同。皮肤型：ⅡB期以上首选免疫治疗，Ⅲ期以上选择靶向治疗；黏膜型：首选化疗，靶向治疗尚缺乏证据；

<sup>b</sup> 建议做基因检测指导靶向药物选择，首选BRAF、C-KIT、NRAS基因突变检测，也可以NGS热点基因检测。



### 外阴基底细胞癌初始治疗原则<sup>a</sup>

#### 临床特征

- 无特异性临床症状，易被误诊为炎症；
- 多无潜在的外阴疾病；
- 以大阴唇局部浸润性生长为主，60%为结节亚型，其次为浅表型，腹股沟淋巴结转移少见

#### 诊断

- 组织病理确诊
- 腹股沟及盆腔部位MRI或CT检查<sup>b</sup>

#### 治疗

- 病灶局限<sup>c</sup>

局部切除

局部扩大切除

<sup>a</sup> 因肿瘤生长缓慢，病程长，平均延误诊断4-6年；总体预后好。化疗不敏感。

<sup>b</sup> 肿瘤直径>4cm的侵袭性组织亚型的患者，发生腹股沟淋巴结转移风险较高，术前应常规检查。

<sup>c</sup> 不建议病灶小于4cm的病人常规行腹股沟淋巴结切除术。





### 外阴前庭大腺癌初始治疗原则<sup>a</sup>

#### 临床特征

- 发病年龄相对较小，平均年龄57岁；
- 多数为外阴前庭大腺部位表明光滑的肿物，少数为溃疡型；
- 病因尚不清楚，可能与前庭大腺囊肿感染有关

#### 诊 断

- 组织病理确诊+解剖
- CEA、酸性和中性黏蛋白、PAS和p53
- 外阴及盆腔部位MRI或CT检查

#### 治 疗

根治性全/部分外阴切除术

单/双侧腹股沟/股淋巴结切除术

<sup>a</sup> 少见，尚无统一治疗方案；约40%患者初治时即发生腹股沟淋巴结转移，少数可直接转移至盆腔淋巴；腺样囊性癌术后易局部复发及远处转移，术后辅助放化疗的疗效尚不明确



外阴佩吉特病初始治疗原则

临床特征

诊断

治疗

- 53~75岁绝经后老年女性多发；
- 常见症状为持续性外阴瘙痒、烧灼感；
- 外阴病变呈湿疹样红色斑片，多发生于大小阴唇和会阴；
- 可有4%~8%合并外阴和全身其他部位的腺癌

- 组织活检病理；
- PET/CT、皮肤镜及共聚焦显微成像技术可辅助诊断
- CEA、CK及XCR4；
- 分为原发型和继发型<sup>a</sup>

浅表性外阴切除术<sup>b</sup>

扩大切除<sup>c</sup>

不适合手术

术后复发

咪喹莫特

放疗

二氧化碳激光消融

光动力

化疗

- <sup>a</sup> 部分病例可继发于乳腺等其他器官佩吉特病；
- <sup>b</sup> 需保证切缘距病灶边缘至少2cm，术中快速病理证明阴性切缘；
- <sup>c</sup> 切除范围较大，需保证阴性切缘，常常需要皮瓣移植。



中华医学会妇科肿瘤学分会推荐等级及其意义

推荐级别	代表意义
1类	基于高级别临床研究证据，专家意见高度一致
2A类	基于低级别临床研究证据，专家意见高度一致；或基于高级别临床研究证据，专家意见基本一致
2B类	基于低级别临床研究证据，专家意见基本一致；或基于高级别证据，专家意见存在争议
3类	不论基于何种级别临床研究证据，专家意见明显分歧



# 中国妇科肿瘤临床实践指南（2023版）

## 外阴恶性肿瘤

## 讨论目录

**讨论：将于2023年12月31日前发布**



# 中国妇科肿瘤临床实践指南 (2023版)

## 外阴恶性肿瘤

### 参考文献

- [1] 谢玲玲, 林荣春, 林仲秋. 《FIGO 2018癌症报告》——外阴癌诊治指南解读 [J]. 中国实用妇科与产科杂志, 2019, 35(06): 660-5.
- [2] 李静然, 隋龙, 吴瑞芳, et al. 外阴鳞状上皮内病变诊治专家共识 [J]. 中国妇产科临床杂志, 2020, 21(04): 441-5.
- [3] FABER M T, SAND F L, ALBIERI V, et al. Prevalence and type distribution of human papillomavirus in squamous cell carcinoma and intraepithelial neoplasia of the vulva [J]. Int J Cancer, 2017, 141(6): 1161-9.
- [4] HOANG L N, PARK K J, SOSLOW R A, et al. Squamous precursor lesions of the vulva: current classification and diagnostic challenges [J]. Pathology, 2016, 48(4): 291-302.
- [5] NETWORK N C C. NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology: vulva cancer(squamous cell carcinoma)version2.2021. [M]. 2020.
- [6] MAGRINA J F, GONZALEZ-BOSQUET J, WEAVER A L, et al. Primary squamous cell cancer of the vulva: radical versus modified radical vulvar surgery [J]. Gynecol Oncol, 1998, 71(1): 116-21.
- [7] ANSINK A, VAN DER VELDEN J. Surgical interventions for early squamous cell carcinoma of the vulva [J]. Cochrane Database Syst Rev, 2000, 2): CD002036.
- [8] DESIMONE C P, VAN NESS J S, COOPER A L, et al. The treatment of lateral T1 and T2 squamous cell carcinomas of the vulva confined to the labium majus or minus [J]. Gynecol Oncol, 2007, 104(2): 390-5.
- [9] ROGERS L J, CUELLO M A. Cancer of the vulva [J]. Int J Gynaecol Obstet, 2018, 143 Suppl 2(4-13).
- [10] DELLINGER T H, HAKIM A A, LEE S J, et al. Surgical Management of Vulvar Cancer [J]. J Natl Compr Canc Netw, 2017, 15(1): 121-8.
- [11] MICHELETTI L, PRETI M. Surgery of the vulva in vulvar cancer [J]. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol, 2014, 28(7): 1074-87.
- [12] HEAPS J M, FU Y S, MONTZ F J, et al. Surgical-pathologic variables predictive of local recurrence in squamous cell carcinoma of the vulva [J]. Gynecol Oncol, 1990, 38(3): 309-14.
- [13] CHAN J K, SUGIYAMA V, PHAM H, et al. Margin distance and other clinico-pathologic prognostic factors in vulvar carcinoma: a multivariate analysis [J]. Gynecol Oncol, 2007, 104(3): 636-41.
- [14] ROUZIER R, HADDAD B, PLANTIER F, et al. Local relapse in patients treated for squamous cell vulvar carcinoma: incidence and prognostic value [J]. Obstet Gynecol, 2002, 100(6): 1159-67.
- [15] DE HULLU J A, HOLLEMA H, LOKEMA S, et al. Vulvar carcinoma. The price of less radical surgery [J]. Cancer, 2002, 95(11): 2331-8.
- [16] ARVAS M, KAHRAMANOGU I, BESE T, et al. The Role of Pathological Margin Distance and Prognostic Factors After Primary Surgery in Squamous Cell Carcinoma of the Vulva [J]. Int J Gynecol Cancer, 2018, 28(3): 623-31.
- [17] VISWANATHAN A N, PINTO A P, SCHULTZ D, et al. Relationship of margin status and radiation dose to recurrence in post-operative vulvar carcinoma [J]. Gynecol Oncol, 2013, 130(3): 545-9.
- [18] POLTERAUER S, SCHWAMEIS R, GRIMM C, et al. Prognostic value of lymph node ratio and number of positive inguinal nodes in patients with vulvar cancer [J]. Gynecol Oncol, 2017, 147(1): 92-7.
- [19] OONK M H M, PLANCHAMP F, BALDWIN P, et al. European Society of Gynaecological Oncology Guidelines for the Management of Patients With Vulvar Cancer [J]. Int J Gynecol Cancer, 2017, 27(4): 832-7.
- [20] POLTERAUER S, SCHWAMEIS R, GRIMM C, et al. Lymph node ratio in inguinal lymphadenectomy for squamous cell vulvar cancer: Results from the AGO-CaRE-1 study [J]. Gynecol Oncol, 2019, 153(2): 286-91.
- [21] BELL J G L J, REID G C. Complete groin lymphadenectomy with preservation of the fascia lata in the treatment of vulvar carcinoma. [J]. Gynecol Oncol, 2000, 77(2): 314-8.
- [22] CIRIK D A, KARALOK A, UREYEN I, et al. Early and Late Complications after Inguinofemoral Lymphadenectomy for Vulvar Cancer [J]. Asian Pacific Journal of Cancer Prevention, 2015, 16(13): 5175-9.
- [23] LEVENBACK C F, ALI S, COLEMAN R L, et al. Lymphatic mapping and sentinel lymph node biopsy in women with squamous cell carcinoma of the vulva: a gynecologic oncology group study [J]. J Clin Oncol, 2012, 30(31): 3786-91.
- [24] 沈扬, 吴强, 孙志华, et al. 外阴癌腹股沟前哨淋巴结精确定位和切除的临床观察 [J]. 临床肿瘤学杂志, 2018, 23(11): 1028-31.
- [25] 吴强, 高雨农, 赵绍杰, et al. 腔镜下腹股沟/股淋巴结切除术中对前哨淋巴结的辨认和处理 [J]. 临床肿瘤学杂志, 2017, 22(08): 722-4.
- [26] GAFFNEY D K, KING B, VISWANATHAN A N, et al. Consensus Recommendations for Radiation Therapy Contouring and Treatment of Vulvar Carcinoma [J]. Int J Radiat Oncol Biol Phys, 2016, 95(4): 1191-200.
- [27] RAO Y J, CHUNDURY A, SCHWARZ J K, et al. Intensity modulated radiation therapy for squamous cell carcinoma of the vulva: Treatment technique and outcomes [J]. Adv Radiat Oncol, 2017, 2(2): 148-58.
- [28] GILL B S, BERNARD M E, LIN J F, et al. Impact of adjuvant chemotherapy with radiation for node-positive vulvar cancer: A National Cancer Data Base (NCDB) analysis [J]. Gynecol Oncol, 2015, 137(3): 365-72.
- [29] KUNOS C, SIMPKINS F, GIBBONS H, et al. Radiation therapy compared with pelvic node resection for node-positive vulvar cancer: a randomized controlled trial [J]. Obstet Gynecol, 2009, 114(3): 537-46.



# 中国妇科肿瘤临床实践指南 (2023版)

## 外阴恶性肿瘤

### 参考文献

- [30] WEBER J, MANDALA M, DEL VECCHIO M, et al. Adjuvant Nivolumab versus Ipilimumab in Resected Stage III or IV Melanoma [J]. N Engl J Med, 2017, 377(19): 1824-35.
- [31] EGGERMONT A M, CHIARION-SILENI V, GROB J J, et al. Adjuvant ipilimumab versus placebo after complete resection of high-risk stage III melanoma (EORTC 18071): a randomised, double-blind, phase 3 trial [J]. Lancet Oncol, 2015, 16(5): 522-30.
- [32] RENATI S, HENDERSON C, ALUKO A, et al. Basal cell carcinoma of the vulva: a case report and systematic review of the literature [J]. Int J Dermatol, 2019, 58(8): 892-902.
- [33] SINHA K, ABDUL-WAHAB A, CALONJE E, et al. Basal cell carcinoma of the vulva: treatment with Mohs micrographic surgery [J]. Clin Exp Dermatol, 2019, 44(6): 651-3.
- [34] BHALWAL A B, NICK A M, DOS REIS R, et al. Carcinoma of the Bartholin Gland: A Review of 33 Cases [J]. Int J Gynecol Cancer, 2016, 26(4): 785-9.
- [35] OULDAMER L, CHRAIBI Z, ARBION F, et al. Bartholin's gland carcinoma: epidemiology and therapeutic management [J]. Surg Oncol, 2013, 22(2): 117-22.
- [36] NASU K, KAWANO Y, TAKAI N, et al. Adenoid cystic carcinoma of Bartholin's Gland. Case report with review of the literature [J]. Gynecol Obstet Invest, 2005, 59(1): 54-8.
- [37] WOIDA F M, RIBEIRO-SILVA A. Adenoid cystic carcinoma of the Bartholin gland: an overview [J]. Arch Pathol Lab Med, 2007, 131(5): 796-8.
- [38] SHEPHERD V, DAVIDSON E J, DAVIES-HUMPHREYS J. Extramammary Paget's disease [J]. BJOG, 2005, 112(3): 273-9.
- [39] EDEY K A, ALLAN E, MURDOCH J B, et al. Interventions for the treatment of Paget's disease of the vulva [J]. Cochrane Database Syst Rev, 2019, 6(CD009245).
- [40] BAE J M, CHOI Y Y, KIM H, et al. Mohs micrographic surgery for extramammary Paget disease: a pooled analysis of individual patient data [J]. J Am Acad Dermatol, 2013, 68(4): 632-7.
- [41] ITO T, KAKU-ITO Y, FURUE M. The diagnosis and management of extramammary Paget's disease [J]. Expert Rev Anticancer Ther, 2018, 18(6): 543-53.
- [42] GENTILESCHI S, SERVILLO M, GARGANESE G, et al. Surgical therapy of vulvar cancer: how to choose the correct reconstruction? [J]. J Gynecol Oncol, 2016, 27(6): e60.
- [43] MARCHITELLI C, PEREMATEU M S, SLUGA M C, et al. Treatment of primary vulvar paget disease with 5% imiquimod cream [J]. J Low Genit Tract Dis, 2014, 18(4): 347-50.
- [44] COWAN R A, BLACK D R, HOANG L N, et al. A pilot study of topical imiquimod therapy for the treatment of recurrent extramammary Paget's disease [J]. Gynecol Oncol, 2016, 142(1): 139-43.
- [45] VAN DER LINDEN M, VAN ESCH E, BULTEN J, et al. The immune cell infiltrate in the microenvironment of vulvar Paget disease [J]. Gynecol Oncol, 2018, 151(3): 453-9.
- [46] SCHMITT A R, LONG B J, WEAVER A L, et al. Evidence-Based Screening Recommendations for Occult Cancers in the Setting of Newly Diagnosed Extramammary Paget Disease [J]. Mayo Clin Proc, 2018, 93(7): 877-83.
- [47] FONTANELLI R, PAPADIA A, MARTINELLI F, et al. Photodynamic therapy with M-ALA as non surgical treatment option in patients with primary extramammary Paget's disease [J]. Gynecol Oncol, 2013, 130(1): 90-4.
- [48] TOKUDA Y, ARAKURA F, UHARA H. Combination chemotherapy of low-dose 5-fluorouracil and cisplatin for advanced extramammary Paget's disease [J]. Int J Clin Oncol, 2015, 20(1): 194-7.
- [49] OASHI K, TSUTSUMIDA A, NAMIKAWA K, et al. Combination chemotherapy for metastatic extramammary Paget disease [J]. Br J Dermatol, 2014, 170(6): 1354-7.
- [50] NAKAMURA Y H, I; ISHII, M; KAWAKAMI, Y; TANESE, K; FUNAKOSHI, T. 355PEfficacy and safety of weekly docetaxel regimen for advanced extramammary Paget' s disease: Retrospective single institute analysis. [J]. Annals of Oncology, 2018, 29(
- [51] KARAM A, BEREK J S, STENSON A, et al. HER-2/neu targeting for recurrent vulvar Paget's disease A case report and literature review [J]. Gynecol Oncol, 2008, 111(3): 568-71.
- [52] ICHIYAMA T, GOMI D, FUKUSHIMA T, et al. Successful and long-term response to trastuzumab plus paclitaxel combination therapy in human epidermal growth factor receptor 2-positive extramammary Paget's disease: A case report and review of the literature [J]. Mol Clin Oncol, 2017, 7(5): 763-6.



# 中国妇科肿瘤临床实践指南第7版（2023）

## 外阴恶性肿瘤

### 意见反馈

本指南目前为讨论稿，不当之处敬请妇科肿瘤专业同道提出反馈意见，年底前统一修正。

反馈意见发送至：[xdfckjz@sina.com](mailto:xdfckjz@sina.com)