

NCCN 指南——卵巢癌 2018.V2



National
Comprehensive
Cancer
Network®

NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology (NCCN Guidelines®)

卵巢癌

包括输卵管癌
和原发性腹膜癌

2018 V2——2018.03.09

Continue

NCCN 指南——卵巢癌 2018.V2

译者有话说

申泽坤 西安交通大学临床医学 本科毕业
西安交通大学外科学 硕士在读



“医之为道，非精不能明其理，非博不能致其得。”

作为一名肿医学生
在不断充实自己的同时
更想将这份知识分享给你！



NCCN 指南者服务号



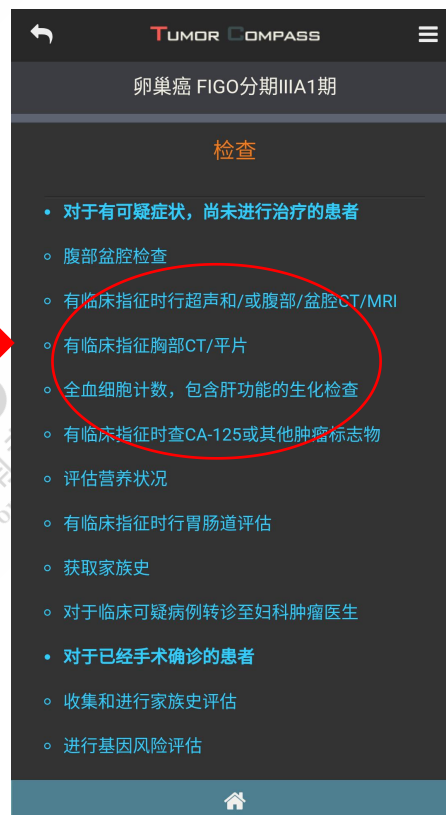
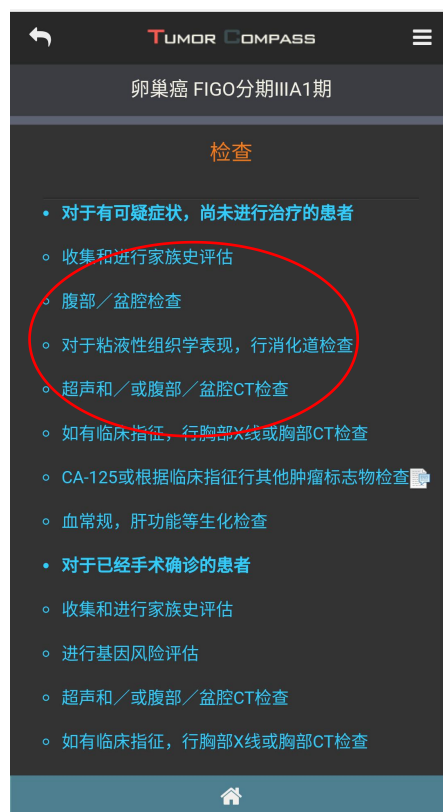
NCCN 指南者订阅号

译者提醒：上述知识无需通篇记忆，按照患者病期和治疗情况，选择“进入系统”开心使用吧！

译者有话说

NCCN 指南——卵巢癌 2018.V2

译者提醒：以下内容在 NCCN 指南者后台也进行了同步更新，您可随时进入指南者免费查阅！



译者提醒：上述知识无需通篇记忆，按照患者病期和治疗情况，选择“进入系统”开心使用吧！

译者有话说

NCCN 指南——卵巢癌 2018.V2

2018.v2 版较 2018.v1 版的更新要点

一、OV-B (6 of 10) /OV-B (7 of 10)

1. 下列用于卵巢上皮癌（包括 LCOH/输卵管/原发性腹膜癌）复发治疗的单药从“在某些情况下有用”改动到“其他治疗”中，而且每种药的推荐使用标准已被删除：

- 卡铂（对于铂类敏感性疾病）
- 顺铂（对于铂类敏感性疾病）
- 紫杉醇蛋白结合微粒

2018.v1 较 2017.v5 版的更新要点

总体将“低级别（1 级）浆液性/子宫内膜上皮癌”改为“低级别浆液性/（1 级）子宫内膜上皮癌”。

一、OV-1

1. 检查

第三个子栏目修改：“将胸部 CT 移至胸部平片前”

第六个子栏目修改：“评估总血浆蛋白和营养状况”

第七个子栏目修改：“有临床指征时行胃肠道评估”

2. IA-IV 可手术（不保留生育）的主要治疗修改：“剖腹手术/全子宫/双侧输卵管卵巢切除术 + 全面分期¹；如有需要行细胞减灭术”

3. 初始治疗后为 LCOH（少见的病理类型）者增加见 LCOH-1 的链接。增加脚注 m：“粘液肉瘤、透明细胞癌、粘液癌、低级别浆液性肿瘤、交界性上皮肿瘤、恶性性索-间质肿瘤和生殖细胞肿瘤。”（OV-2, OV-3 做同样改动）

4. 增加脚注 g：将 CA19-9 加入到有临床指征时行的肿瘤标志物中。

5. 修改脚注 h：修改重新排序

6. 修改脚注 i：卵巢癌手术前，所有患者都因该被告知联合 IV（静脉给药）和 IP（腹腔给药）化疗的临床好处。

二、OV-2

1. 发现下，增加 LCOH 后的初始治疗选项

2. 修改发现下的第二组：“可疑为 IA 或 IB 期/1 级或低级别”。

3. 修改发现下的第三组：“可疑为 IA 或 IB 期/2 级（非浆液性）”。

译者提醒：上述知识无需通篇记忆，按照患者病期和治疗情况，选择“进入系统”开心使用吧！

更新

NCCN 指南——卵巢癌 2018.V2

4. 修改发现下的第四组：“可疑为 I A/ I B 期，高级别或 3 级，透明细胞癌或 I C 期”
5. 修改脚注 n：“病理学家推荐将浆液性癌分类为低级别或高级别。2 级浆液性癌被视为高级。”

三、OV-3

1. 删除 LCOH 的病理分期，因为已经在之前的页面上添加。
2. 对于 I A 或 I B 期

根据 LCOH 的类别，在 LCOH 后增加主要化疗和主要辅助治疗的选项，包括低级别浆液性。

修改第二条通路：1 级（低级）浆液性/子宫内膜样

修改第三条通路：2 级（低级）浆液性/子宫内膜样

修改 2 级子宫内膜肿瘤后的主要化疗/主要辅助治疗：观察或 IV 铂类紫杉烷/卡铂

为基础的化疗 x3-6 个周期（见 1 期疾病的初始治疗方案 OV-B，3 of 10）

3. 修改 IA 或 IB 期（3 级）和 IC 期（1-3 级）肿瘤的初始化疗/主要辅助治疗：“IV 铂类为基础紫杉烷/卡铂的化疗 x 3-6 个周期（见 1 期肿瘤的初始治疗 OV-B，3 of 10）。”

4. 修改 II-IV 期肿瘤的初始化疗/主要辅助治疗：“铂类为基础的化疗（见 II-IV 期疾病的初始化疗方案 OV-B 3 of 10）对于获 $\leq 1\text{cm}$ 满意瘤体减灭的 II 或 III 期患者给予腹腔化疗（III 期为 1 类，II 期为 2B 类）

2 静脉注射紫杉类/卡铂共 6 周期（1 类，LCOH 为 2A 类）

5. 增加脚 p：考虑请病理学专家进行病理学诊断。见 WHO 组织学分类（OV-D）。

四、OV-4

1. 将标题从”第二次辅助治疗“改为”维持治疗“
2. II-IV 期主要治疗后治疗，在影像学检查后，为初始治疗中未使用过贝伐单抗的患者和使用过贝伐单抗的患者创造分路。

未使用过贝伐单抗者

缓解后给予帕唑帕尼从 2B 类 推荐改为 3 类推荐。

缓解后紫杉醇从维持治疗中删除。

曾使用过贝伐单抗者

如果部分或完全缓解者，增加缓解后给与贝伐单抗的维持治疗选项

如果进展，见 OV-6

五、OV-5

译者提醒：上述知识无需通篇记忆，按照患者病期和治疗情况，选择“进入系统”开心使用吧！

更新

NCCN 指南——卵巢癌 2018.V2

- 1.第一个栏目修改，为了更清楚的表明监测/随访是适用用所有 I-IV期的经过初始治疗的病人。
- 2.增加脚注 w：“当肿瘤标志物检测结果、体格检查结果不可靠，且具有较高的复发风险时，应考虑进行影像学检查。

六、OV-6

1.将前两个疾病状态合并并修改：“主要化疗中疾病进展、稳定、持续或完全缓解，但停止化疗后<6个月复发或部分缓解的 II,III,IV 或铂类敏感肿瘤复发治疗后进展”。

2.完全缓解，但停止化疗后≥6个月复发

对于影像学检查和/或临床复发者第二次细胞减灭术后的铂类为基础的化疗的推荐周期删除。

治疗后影像学检查的推荐已经移除，并由脚注 aa 代替：“治疗复发的过程中和之后，应规律的对病人进行肿瘤标记物的评估和反复的影像学检查（用之前使用过的检查方式）来记录治疗反应和疾病状态。”

维持治疗修改：临床试验；如果部分或完全有效，如果接受过贝伐单抗治疗者，继续使用贝伐单抗，考虑使用尼拉帕尼或奥拉帕尼或鲁卡帕尼；观察。

3.增加脚注 z：“如果之前未做过肿瘤分子学检测，那么分子学检测应在肿瘤的持续或复发的治疗之前完成。”

4.修改脚注 ee：“仅有有限的数据证实了贝伐单抗在之前用过贝伐单抗的铂类敏感或铂类抵抗患者身上的有效性。”

5.修改脚注 ff：“在使用 PARP 抑制剂进行维持治疗之前，停止使用贝伐单抗。”

七、LCOH-3

1.IA-C 期疾病的辅助治疗修改：“静脉注射铂类为基础的紫杉醇/卡铂化疗 x3-6 周期（见 I 期疾病的初始治疗方案 OV-B 3 of 10）（LCOH-4 和 LCOH-5 的 IC 期疾病同样修改）

八、LCOH-4

1. II-IV 期疾病的辅助治疗修改：“化疗（见 II-IV 期疾病初始治疗方案，OV-B 3 of 10）或 5FU+甲酰四氢叶酸+奥沙利铂±贝伐单抗（2B 类）或卡培他滨+奥沙利铂±贝伐单抗（2B 类）。”

2.修改脚注 f：“考虑额外检查，包括但不限于上下消化道内镜评估，以用于鉴别转移性的消化道肿瘤以及原发性粘液性卵巢癌。”

九、LCOH-5

1. II 期现在被与 III-IV 期疾病分类为一组。

2.II-IV 期疾病的辅助治疗：

将“激素治疗”换为“初始激素治疗”

将依西美坦增加为芳香化酶抑制剂的选项之一

译者提醒：上述知识无需通篇记忆，按照患者病期和治疗情况，选择“进入系统”开心使用吧！

更新

NCCN 指南——卵巢癌 2018.V2

为接受过辅助化疗的患者增加下列维持治疗的选项：“观察或维持激素治疗（2B类）（如：芳香化酶抑制剂【阿那曲唑 来曲唑 依西美坦】 醋酸亮丙瑞林，他莫昔芬）。”

十、LCOH-6

1.修改手术分期组

“全面手术分期已进行之前行完整的手术切除”

“之前行不完全的手术切除”

十一、LCOH-9

1.修改脚注 n：“可用的选择包括 BEP（博莱霉素，依托泊苷，顺铂）（2B类）。”

十二、LCOH-12

1.生殖细胞和性索间质瘤监测表更新

	0-2 年	2 年后
体检 恶性生殖细胞瘤 恶性性索间质瘤	基于分期的基础上,参考临床指征,每 2-4 月一次。 (例如如果是早期,低风险的疾病 6-12 月一次;若是高风险疾病则 4-6 月一次)	基于分期的基础上,参考临床指征,每年一次。 (如,早期,低风险疾病 6-12 月一次;高风险疾病 4-6 月一次)
血清肿瘤标志物 恶性生殖细胞瘤 恶性性索间质瘤	2-4 月一次 • 有临床指征时监测 • 如果已经做过,复查的频率基于分期 (如早期,低风险疾病 6-12 月一次;若果为高风险疾病 4-6 月一次)	可省略 • 有临床指征时监测 • 如果已经做过,复查的频率基于分期 (如早期,低风险疾病 6-12 月一次;若果为高风险疾病 4-6 月一次)
影像学检查 恶性生殖细胞瘤	对于初始未有肿瘤标志物升高者,根据临床指征决定。	对于初始未有肿瘤标志物升高者,根据临床指征决定。

译者提醒:上述知识无需通篇记忆,按照患者病期和治疗情况,选择“进入系统”开心使用吧!

更新

NCCN 指南——卵巢癌 2018.V2

恶性性索间质瘤	对于有症状，肿瘤标志物升高，或查体有可疑发现者时保守。	对于有症状，肿瘤标志物升高，或查体有可疑发现者时保守。
---------	-----------------------------	-----------------------------

十三、OV-A (1 of 4)

- 1.将一般性考虑下的栏目重新排序。
- 2.参考文献更新

十四、OV-A (3 of 4)

- 1.在转移性上皮性卵巢癌新辅助化疗后间隔减瘤术下增加：推荐与妇科肿瘤学家会诊”。
- 2.BRCA/HBOC 综合征患者降低卵巢癌风险的附件切除方案：

增加第一个子栏目：“关于何时行 RRSO，见 NCCN 遗传/家族性肿瘤高风险评估：乳腺和子宫。”

修改第二个子栏目：“行最小化入侵的腹腔镜探查术”

最后一个子栏目的最后一句话修改：“此外，对于绝经前的患者，卵巢切除术可降低乳腺癌的发病率 50%，但是程度仍然未知。”

十五、OV-A (4 of 4)

- 1.保留生育功能手术下增加：“有临床指征时请求生殖内分泌专家会诊和评估。”
- 2.第三个栏目，给 LMP 增加“边界”二字。

十六、OV-B (1 of 10)

在第二个栏目（开始任何治疗前）下增加一个子栏目：所有怀疑有 IIIc 或 IV 期侵袭性卵巢上皮癌的女性都应在开始治疗前倾妇产科肿瘤学家进行评估是否适合行 PCS（初始减瘤手术）。

十七、OV-B (2 of 10)

- 1.对于老年（>65 岁）和/或有合并症患者下增加：“根据临床判断以及对治疗耐受的估计，下列 IV 方案可用于有 I-IV 期卵巢上皮癌的年老患者（包括癌肉瘤，透明细胞癌，粘液性，低级浆液性）：卡铂 AUC5 每 3 周；紫杉醇 135mg/m²+卡铂 AUC5 每 3 周；紫杉醇 60mg/m² 1 小时静脉滴注后序贯卡铂 AUC2 静脉超过 30 分钟。每周一次共 18 周。
- 2.对于对于复发卵巢癌、输卵管癌或原发性腹膜癌患者后增加第三个子栏目：在进行针对持续存在或复发的肿瘤的治疗之前，应先进行肿瘤分子学检测。有效的检测应在 CLIA 批准的机构进行，并采用最新的肿瘤的组织进行。至少包括：“BRCA1/2，已经相应的重组基因，以及微卫星不稳定和 DNA 错配修复。”

十八、OV-B (3 of 10)

译者提醒：上述知识无需通篇记忆，按照患者病期和治疗情况，选择“进入系统”开心使用吧！

更新

NCCN 指南——卵巢癌 2018.V2

1. 为 I 期疾病的初始系统治疗增加下列内容:

紫杉醇 175mg/m² IV>3 小时, 序贯卡铂 AUC 5-6>1 小时 第一天。每三周进行一次。共进行 3-6 个循环。(首选)
卡铂 AUC 5+聚乙二醇化脂质体多柔比星 30mg/m², 每四周一次, 共 3-6 个循环。

多西他赛 60-75mg/m² >1 小时, 序贯卡铂 AUC 5-6>1 小时。每三周一次, 共 6 个循环。2.II-IV 期
IP/IV 方案的推荐等级从 1 类变更为 2A

下列的 IV 期方案从 1 类变更为 2A 类推荐

- 紫杉醇/卡铂 (每周)
- 剂量密集紫杉醇/卡铂
- 紫杉醇/卡铂 (每三周)
- 多西他赛/卡铂

包含贝伐单抗的方案推荐等级从 2B 更改为 2A

3. 新辅助治疗

增加第一个子栏目: “当评估新辅助化疗时, 考虑原始肿瘤的组织学以及初始化疗可能的反应。”

增加第三个子栏目: “如果在新辅助治疗中使用了贝伐单抗, 治疗后至少应再使用 6 周后再进行 IDS。”

增加脚注 b: “对于老年病人, 见初始系统治疗 OV-B (2 of 10)。”

更新参考文献。”

十九、OV-B (4 of 10)

1. 对于癌肉瘤, 透明细胞癌, 粘液瘤, 以及低级别浆液性癌修改第一选项: “~~IV/IP~~和 IV 和 IP/IV 上皮方案。”

2. 为低级别浆液性肿瘤的芳香化酶抑制剂依西美坦的选项。

3. 增加脚注

g: “关于这些 LCOH 的初始系统治疗方案的数据还较少。”

h: “交界性疾病伴有侵袭性植入可被当作低级别浆液性级别治疗。见 LCOH
-6/7。”

二十、OV-B (5 of 10)

1. 卡铂/紫杉醇从 1 类改为 2A 类推荐

2. 卡铂/脂质体多柔比星从 1 类改为 2A 类推荐

译者提醒: 上述知识无需通篇记忆, 按照患者病期和治疗情况, 选择“进入系统”开心使用吧!

更新

NCCN 指南——卵巢癌 2018.V2

3. 下列用于治疗铂类-敏感疾病的药物从“其他治疗”移动到“首选治疗”

卡铂/紫杉醇/贝伐单抗

4. 下列治疗复发的药物移动到“其他治疗”

- 卡铂/多西他赛
- 卡铂/紫杉醇（每周）

5. 下列治疗复发的药物移动到“在某些情况下有效”

- 卡铂
- 卡铂/紫杉醇蛋白微粒
- 顺铂
- 5-FU/甲酰四氢叶酸/奥沙利铂±贝伐单抗（2B）
- 卡培他滨+奥沙利铂±贝伐单抗（2B）

6. 靶向治疗：移除将“铂类抵抗疾病”从 rucaparib 后移除，使其作为铂类抵抗疾病和铂类敏感疾病的首选。

7. 修改脚注 p：“如果化疗后有效，贝伐单抗可继续使用作为维持治疗的一部分直到疾病进展或不能耐受其毒性。再使用 PARP 抑制剂进行维持治疗之前停用贝伐单抗。

二十一、OV-B（6 of 10）

1. 下列治疗复发的药物被移到“在某些情况下有用”：紫杉醇蛋白微粒

2. rucaparib 从其他可能的靶向治疗中移除。

3. 芳香化酶抑制剂后增加选项：（阿那曲唑，依西美坦，来曲唑）。

二十二、OV-B（7 of 10）

1. 增加新的对于治疗复发“在某些情况下有用”的方案的表格。

二十三、OV-B（8 of 10）

1. 增加依西美坦作为芳香化酶抑制剂作为恶性性索细胞瘤的一个选项。

2. 增加脚注：见讨论

二十四、OV-B（9 of 10）

1. 为维持治疗增加“在某些情况下有用”的表格

二十五、OV-10（10 of 10）

译者提醒：上述知识无需通篇记忆，按照患者病期和治疗情况，选择“进入系统”开心使用吧！

更新

NCCN 指南——卵巢癌 2018.V2

1.参考资料更新

二十六、OV-C (2 of 7)

1.在过敏反应下，下列栏目修改：

- 对于非常严重的危及生命的反应（如过敏性休克），可能与反应相关的药物均不应该被再次使用，除非在有脱敏经验的变态反应专科医生或专家指导下方可继续用药
- 对于更严重的反应，如引起血压变化、呼吸困难、心动过速、广泛的风疹和缺氧的反应，除非是在有脱敏经验的专家的指导下，否则引起过敏的药不应再使用。再次用药前治疗主管医师需要咨询过敏专科医生或有脱敏专长的医生。

二十七、OV-C (6 of 7)

1.修改脚注 9：“有药理学上的必要时（如发生过敏反应），考虑更换为紫杉醇（蛋白微粒结合），或考虑更换为多西他赛；然而没有数据支持更换为紫杉类。危及生命的交叉反应曾有发生过。紫杉醇发生的某些药物反应可能是因为稀释剂引起的。”

二十八、ST-1

1.分期更新到 AJCC 第 8 版

分期

表 1

美国癌症联合委员会（AJCC）

卵巢癌，输卵管癌，原发性腹膜癌 TNM 和 FIGO 分期系统（第八版 2017）

T 原发肿瘤

TNM FIGO

TX 原发肿瘤不能评估

T0 没有原发肿瘤证据

T1 I 肿瘤局限于卵巢（单侧或双侧）或局限于输卵管

T1a IA 肿瘤局限于单侧卵巢（包膜完整），或局限于输卵管，卵巢表面和输卵管表面没有肿瘤，腹水或腹腔冲洗液未发现恶性细胞

T1b IB 肿瘤局限于双侧卵巢（包膜完整）或局限于双侧输卵管，卵巢表面和输卵管表面没有肿瘤，腹水或腹腔冲洗液未发现恶性细胞

T1c IC 肿瘤局限于单侧或双侧卵巢或输卵管，并有以下情况之一：

T1c1 IC1：术中包膜破裂

译者提醒：上述知识无需通篇记忆，按照患者病期和治疗情况，选择“进入系统”开心使用吧！

更新

NCCN 指南——卵巢癌 2018.V2

T1c2 IC2: 术前包膜破裂或肿瘤位于卵巢或输卵管表面

T1c3 IC3: 腹水或腹腔冲洗液发现恶性细胞

T2 II 肿瘤累及单侧或双侧卵巢或输卵管，并延伸至盆腔

T2a IIA 蔓延和/或种植到子宫和/或输卵管或卵巢

T2b IIB 蔓延和/或种植到其他盆腔组织

T3 III 肿瘤位于单侧或双侧卵巢和/或输卵管或原发的额腹膜癌，有镜下证实的盆腔外腹膜转移和/或腹膜后淋巴结的转移

T3a IIIA2 显微镜下的骨盆外（超过骨盆上缘）腹膜转移，伴或不伴腹膜后淋巴结阳性

T3b IIIB 盆腔外腹膜内肉眼可见转移，最大径不超过 2cm，伴或不伴腹膜后淋巴结阳性

T3c IIIC 盆腔外腹膜内肉眼可见转移，最大径超过 2cm 伴或不伴腹膜后淋巴结转移（包括侵犯肝脏、脾脏包膜，但不伴任何实质器官的侵犯 k）

N 区域淋巴结

NX 区域淋巴结无法评估

N0 无区域淋巴结转移

N0 (i+) 孤立的肿瘤细胞再区域淋巴结中不大于 0.2mm

N1 IIIA1 仅有腹膜后淋巴结阳性（组织学证实）

N1a IIIA1i 转移最大径≤10mm

N1b IIIA1ii 转移最大径>10mm

M 远处转移

M0 无远处转移

M1 IV 远处转移，包括胸腔积液细胞学阳性；肝脏脾脏的实质转移；转移至腹外器官（包括腹股沟淋巴结以及腹腔之外的淋巴结）；肠道的透壁侵犯

M1a IVA 胸腔积液细胞学阳性

M1b IVB 肝脏脾脏的实质转移；转移至腹外器官（包括腹股沟淋巴结以及腹腔之外的淋巴结）；肠道的透壁侵犯

表 1（续）

美国癌症联合委员会（AJCC）

译者提醒：上述知识无需通篇记忆，按照患者病期和治疗情况，选择“进入系统”开心使用吧！

更新

NCCN 指南——卵巢癌 2018.V2

卵巢癌，输卵管癌，原发性腹膜癌 TNM 和 FIGO 分期系统（第八版 2017）

I 期	T1	N0	M0
IA 期	T1a	N0	M0
IB 期	T1b	N0	M0
IC 期	T1c	N0	M0
II 期	T2	N0	M0
IIA 期	T2a	N0	M0
IIB 期	T2b	N0	M0
IIIA1 期	T1/T2	N1	M0
IIIA2 期	T3a	NX/N0/N1	M0
IIIB 期	T3b	NX/N0/N1	M0
IIIC 期	T3c	NX/N0/N1	M0
IV 期	任何 T	任何 N	M1
IVA 期	任何 T	任何 N	M1a
IVB 期	任何 T	任何 N	M1b

2017.V5 版较 2017.V4 版更新要点

一、OV-5

- 对于完全缓解的 I-IV 期患者，疾病复发，无论 CA125 上升或临床复发，既往未化疗的后续检查均添加肿瘤分子学检查
- 更新脚注“W”：分子诊断检测应该在 CLIA 认证的机构进行并使用新鲜的肿瘤组织，检查至少应包括：BRCA1/2，同源重组通路基因，和微卫星不稳定性或 DNA 错配修复。

二、OV-B (6/8)

译者提醒：上述知识无需通篇记忆，按照患者病期和治疗情况，选择“进入系统”开心使用吧！

更新

NCCN 指南——卵巢癌 2018.V2

- 下述治疗方案被加入：哌姆单抗（MSI-H 或 dMMR 实体肿瘤）

2017.V3 版较 2017.V2 版更新要点

一、OV-6

- 对于“完全缓解，但停止化疗后 ≥ 6 个月复发”再次复发后，新增奥拉帕尼做为维持治疗选择
- 将脚注“aa：对于那些已经进行 2 种或跟多铂类治疗的铂类敏感疾病”增加至奥拉帕尼之后。

2017.V2 版较 2017.V1 版更新要点

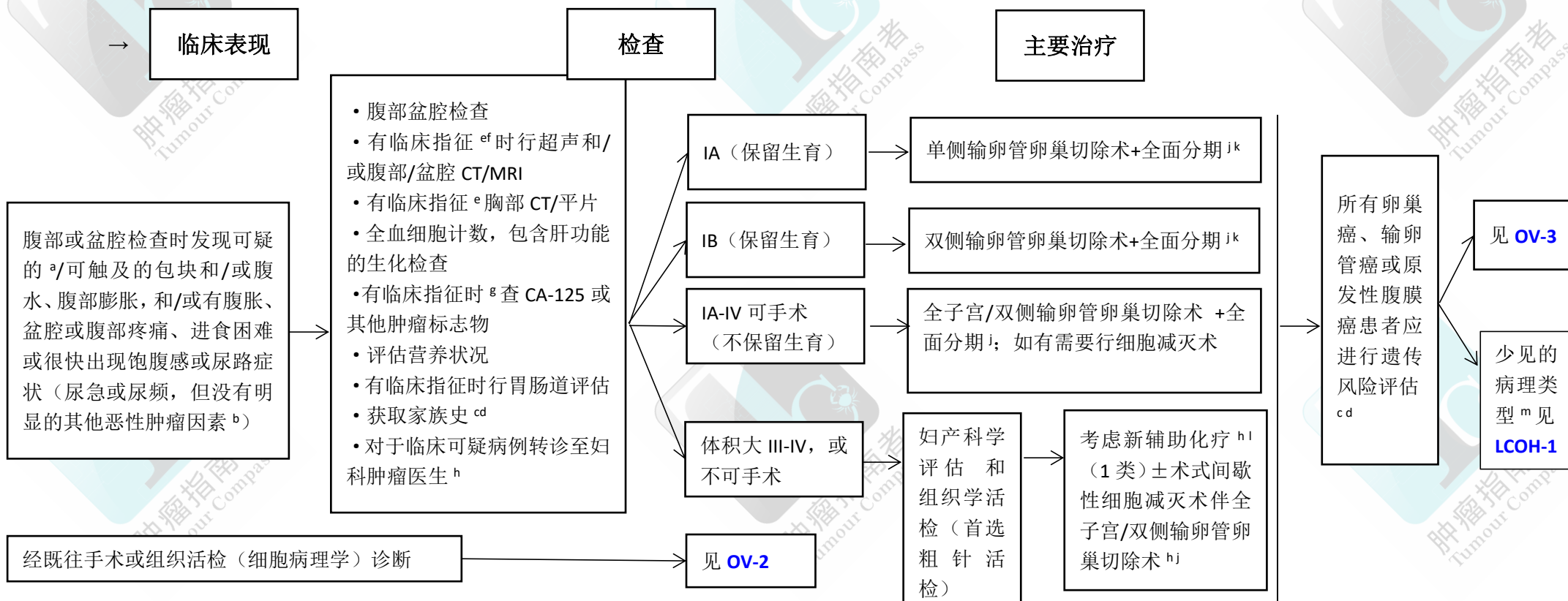
一、OV-B 5/8 及 6/8

- 脚注“i”修改为：通常而言，通过随机临床实验数据专家组推荐联合疗治，铂类为基础的方案对于铂类敏感的疾病，尤其是初次复发。
- 脚注“K”修改为：先前未接受贝伐单抗的患者适用。目前关于贝伐单抗用于先前接受过该药物治疗的复发患者的有效性的数据有限
- 新增脚注“n”：若化疗有效，贝伐单抗可继续作为维持治疗使用直至疾病进展或出现明显毒副作用

译者提醒：上述知识无需通篇记忆，按照患者病期和治疗情况，选择“进入系统”开心使用吧！

更新

NCCN 指南——上皮型卵巢癌/输卵管癌/原发性腹膜癌 2018.V2



a 见“讨论”部分

d 主要治疗的遗传咨询转介不应该拖延

f 诊断检查的帮助见“讨论”

h 标准建议包括由妇科肿瘤医生在开始化疗前对患者所做的评估。已发表的资料显示由妇科肿瘤医生实施的初次评估和瘤体减灭术可使患者受益。接受新辅助治疗患者, 在认为不适合手术前, 应该接受同一医生的判断。同时建议进行隐匿性输卵管浆液性上皮内癌的处理。

i 卵巢癌手术前, 所有患者都因该被告知联合 IV (静脉给药) 和 IP (腹腔给药) 化疗的临床好处。

j 见手术原则 OV-A

k 对于部分 IC 期病人可能也是一种方法

l 见化疗原则 OV-B 和药物反应处理 OV-C

m 粘液肉瘤、透明细胞癌、粘液癌、低级别浆液性肿瘤、交界性上皮肿瘤、恶性性索-间质肿瘤和生殖细胞肿瘤

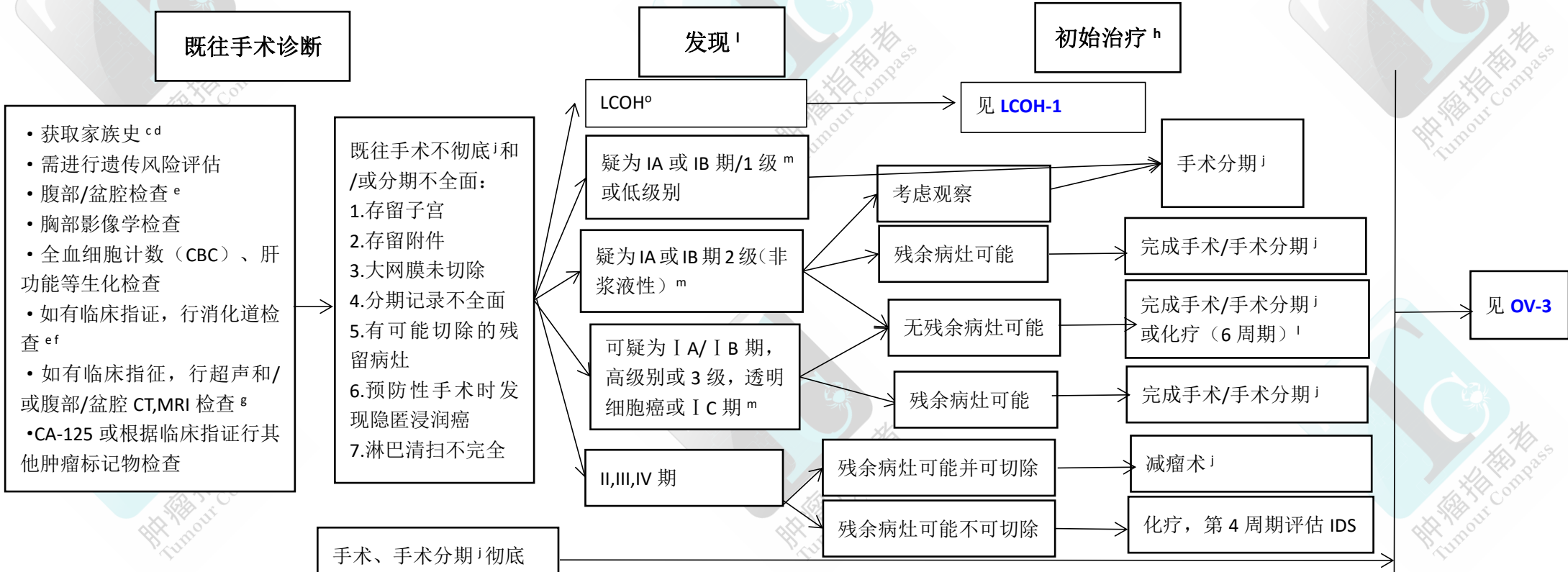
c 见《NCCN 遗传/家族性高风险评估指南: 乳腺和卵巢》和《NCCN 遗传/家族性高风险评估指南: 结直肠》

e 如有不明确病灶的指征, 若结果可能改变治疗方案, 可行 PET/CT 检查或 MRI

g 对透明细胞、粘液性或地府恶性等在内的少见肿瘤见“讨论”

译者提醒: 上述知识无需通篇记忆, 按照患者病期和治疗情况, 选择“进入系统”开心使用吧!

NCCN 指南——上皮型卵巢癌/输卵管癌/原发性腹膜癌 2018.V2



C 见《NCCN 遗传/家族性高风险评估指南：乳腺和卵巢》和《NCCN 遗传/家族性高风险评估指南：结直肠》

d 主要治疗的遗传咨询转介不应该拖延

e 如有不明确病灶的指证，若结果可能改变治疗方案，可行 PET/CT 检查或 MRI

g 对透明细胞、粘液性或地府恶性等在内的少见肿瘤见“讨论”

h 标准建议包括由妇科肿瘤医生在开始化疗前对患者所做的评估。已发表的资料显示由妇科肿瘤医生实施的初次评估和瘤体减灭术可使患者受益。接受新辅助治疗患者，在认为不适合手术前，应该接受同一医生的判断。同时建议进行隐匿性输卵管浆液性上皮内癌的处理。

i 所有进行卵巢癌手术的患者应该被告知采用静脉和腹腔联合化疗的好处

j 见手术原则 OV-A

l 见化疗原则 OV-B 和药物反应处理 OV-C

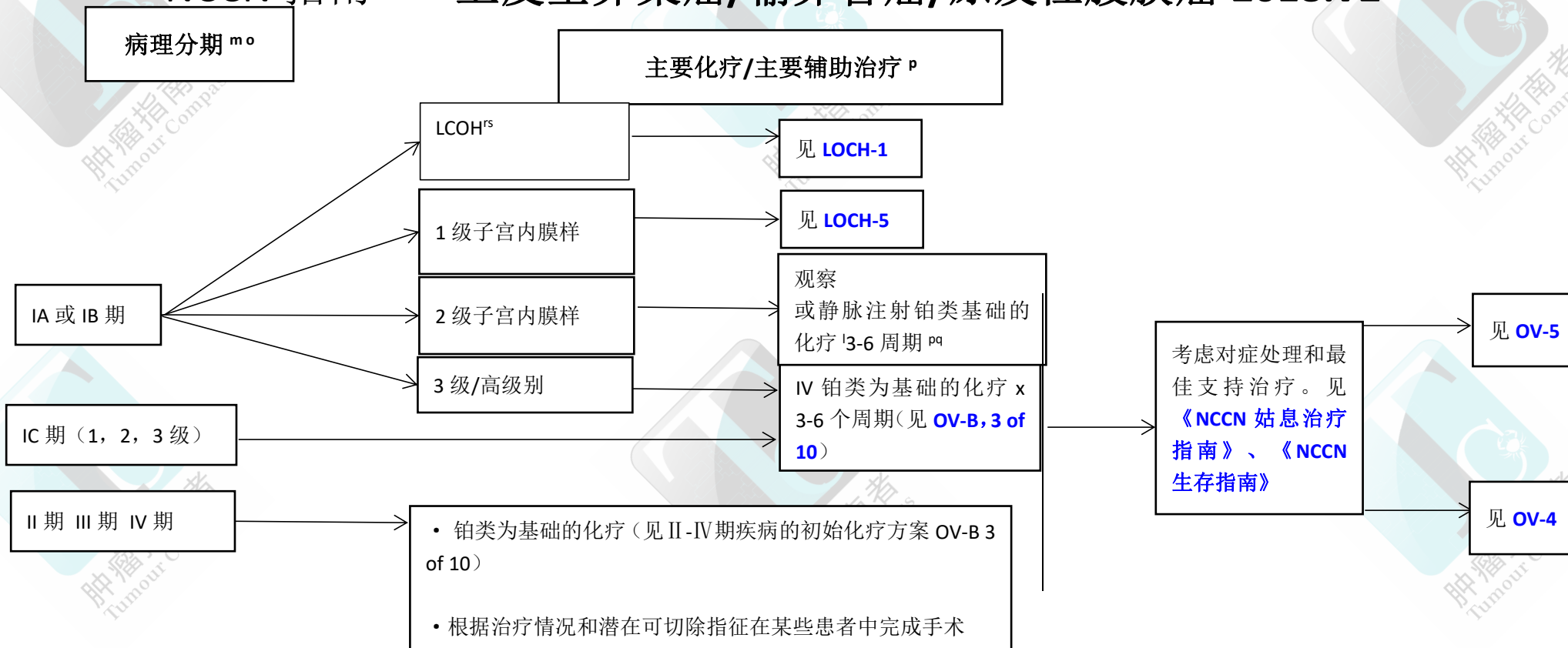
m 病理学家推荐将浆液性癌分类为低级别或高级别。2 级浆液性癌被视为高级

n 首选 3 个周期化疗后完成手术；但是，可基于妇科肿瘤医生的临床判断在 4-6 周期后进行

o 粘液肉瘤、透明细胞癌、粘液癌、低级别浆液性肿瘤、交界性上皮肿瘤、恶性性索-间质肿瘤和生殖细胞肿瘤

译者提醒：上述知识无需通篇记忆，按照患者病期和治疗情况，选择“进入系统”开心使用吧！

NCCN 指南——上皮型卵巢癌/输卵管癌/原发性腹膜癌 2018.V2



i 所有进行卵巢癌手术的患者应该被告知采用静脉和腹腔联合化疗的好处

j 见 **手术原则 OV-A**

l 见 **化疗原则 OV-B** 和 **药物反应处理 OV-C**

m 有些病理师建议将卵巢癌按低度或高度分级。见 **FIGO 指南 ST-5**

n 首选 3 个周期化疗后完成手术；但是，可基于妇科肿瘤医生的临床判断在 4-6 周期后进行

见 WHO 病理分期 OV-D

p 接受主要化疗患者将进行如下监测：

- 1、至少每 2-3 个周期进行 1 次盆腔检查
- 2 如有指征，进行期间血常规检查
- 3 如有指征，生化检查
- 4 每周期化疗前进行 CA-125 检查或根据临床指证进行其他肿瘤标记物检查
- 5 如有指征，影像学检查
- q 数据认为组织学较差的患者 6 周期后可能会受益。

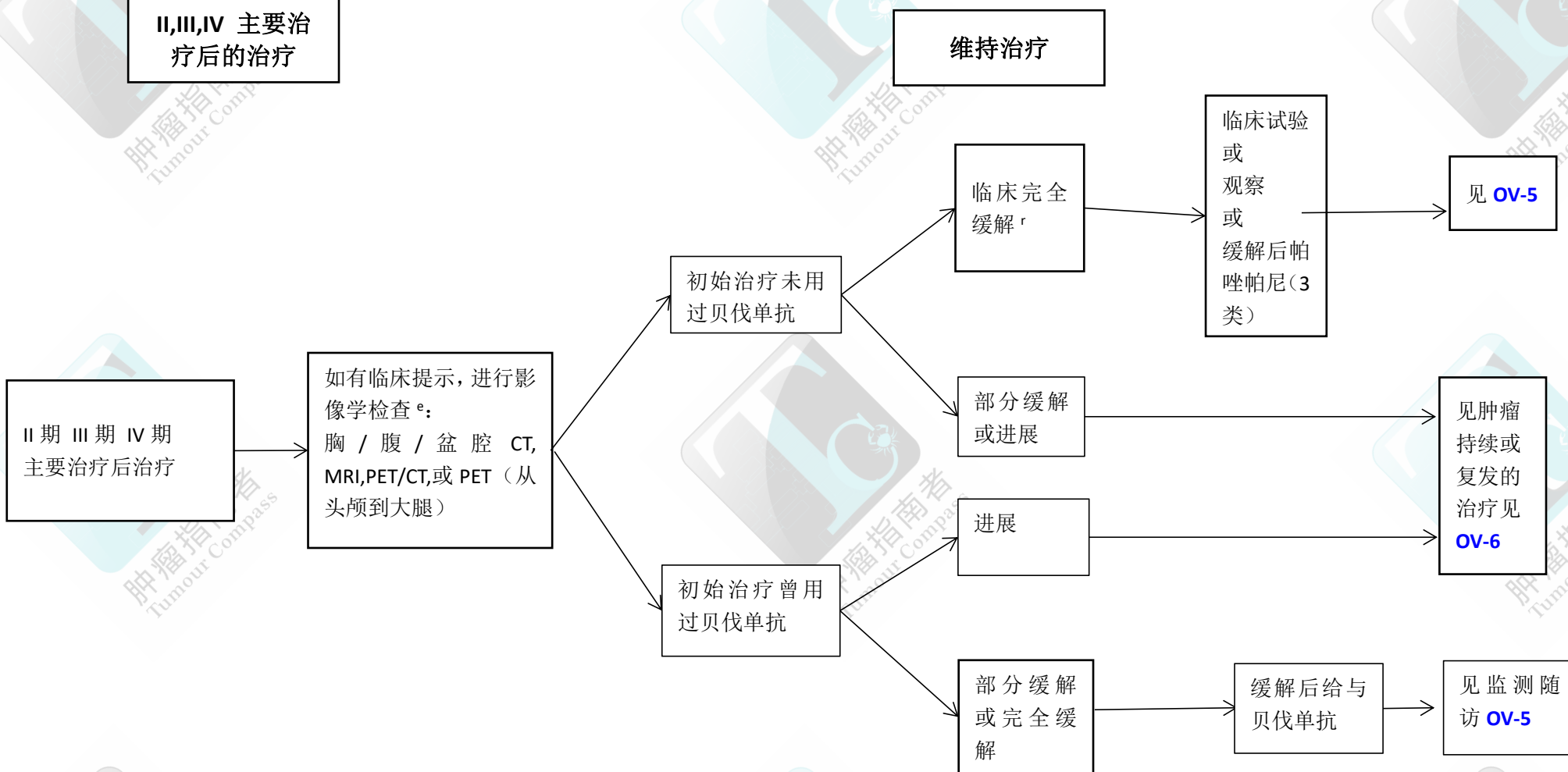
r 粘液肉瘤、透明细胞癌、粘液癌、低级别浆液性肿瘤、交界性上皮肿瘤、恶性性索-间质肿瘤和生殖细胞肿瘤

s 考虑请病理学专家进行病理学诊断。见 WHO 组织学分类 (OV-D)。

NCCN 指南——上皮型卵巢癌/输卵管癌/原发性腹膜癌 2018.V2

II,III,IV 主要治疗后的治疗

维持治疗



^e 除非没有临床提示，否则需要进行影像学检查

^r 无确切疾病证据

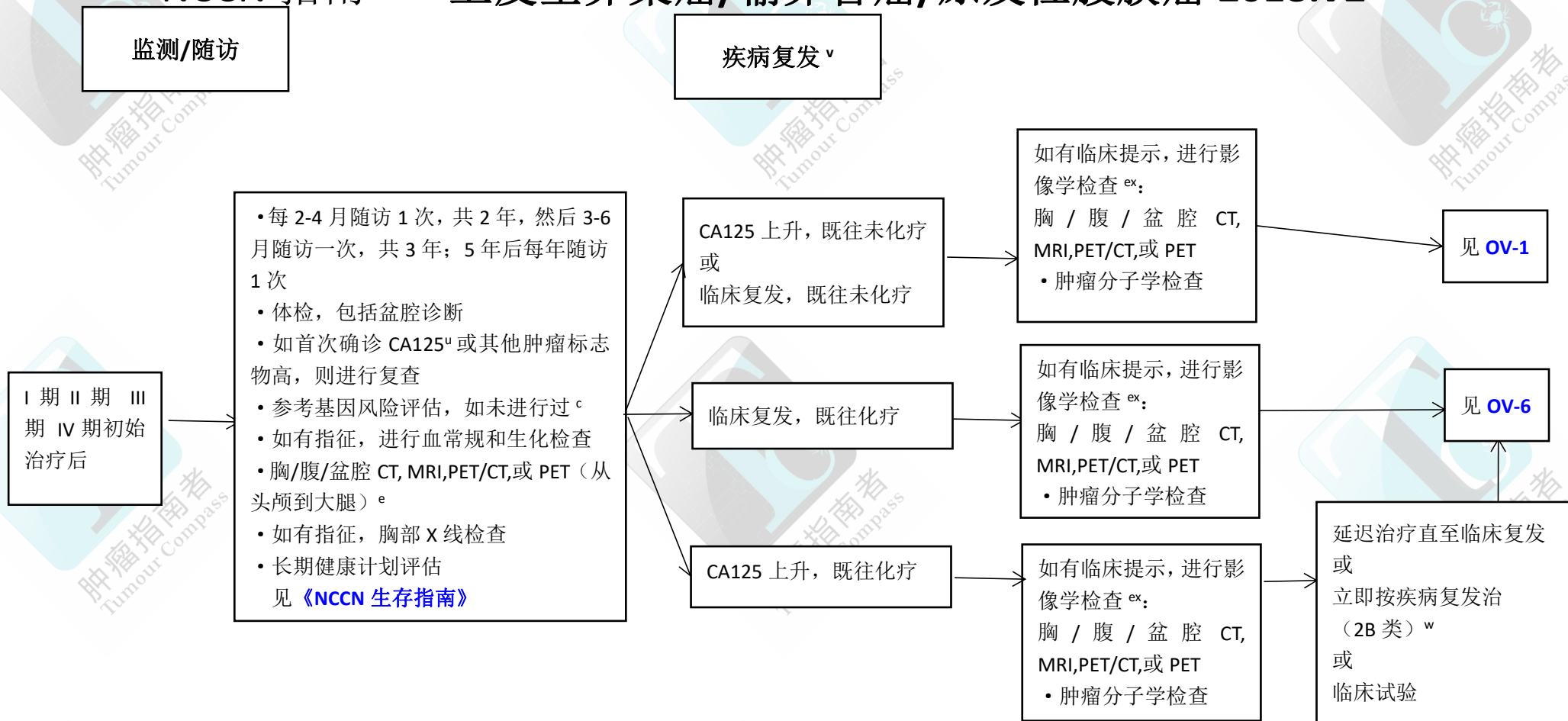
^s 有限制性证据支持缓解后帕唑帕尼可能在亚洲人种治疗卵巢癌上有效率较低

^t 剂量见“讨论”

译者提醒：上述知识无需通篇记忆，按照患者病期和治疗情况，选择“进入系统”开心使用吧！

OV-4

NCCN 指南——上皮型卵巢癌/输卵管癌/原发性腹膜癌 2018.V2



c 见《[NCCN 遗传/家族性高风险评估指南：乳腺和卵巢](#)》和《[NCCN 遗传/家族性高风险评估指南：结直肠](#)》

e 如有不明确病灶的指征，若结果可能改变治疗方案，可行 PET/CT 检查或 MRI

u 关于 CA125 在卵巢癌主要治疗结束后的监测中的已有数据。见妇科肿瘤科医师协会立场声明

v 考虑对症处理和最佳支持治疗。见《[NCCN 姑息治疗指南](#)》，如合适，转介姑息治疗评估

w 见 [可接受的同步治疗 OV-B 5/8](#)

x 当肿瘤标志物检测结果、体格检查结果不可靠，且较高的复发风险时，应考虑进行影像学检查。

n 分子诊断检测应该在 CLIA 认证的机构进行并使用新鲜的肿瘤组织，检查至少要包括：BRCA1/2，同源重组通路基因，和微卫星不稳定性或 DNA 错配修复

译者提醒：上述知识无需通篇记忆，按照患者病期和治疗情况，选择“进入系统”开心使用吧！

NCCN 指南——上皮型卵巢癌/输卵管癌/原发性腹膜癌 2018.V2



C 见《NCCN 遗传/家族性高风险评估指南：乳腺和卵巢》和《NCCN 遗传/家族性高风险评估指南：结直肠》

e 如有不明确病灶的指征，若结果可能改变治疗方案，可行 PET/CT 检查或 MRI

w 见可接受的同步治疗 OV-B 5/8

x 患者如接受 2 中治疗方案，疾病仍继续进展，无临床受益证据，则从附加治疗中获益的可能性减小。此时应主要根据个体情况考虑临床试验，仅支持治疗或附加治疗。

y 见手术原则 OV-A 3/3 z 有新药的临床试验应该强烈考虑 z 如果之前未做过肿瘤分子学检测，那么分子学检测应在肿瘤的持续或复发的治疗之前完成。

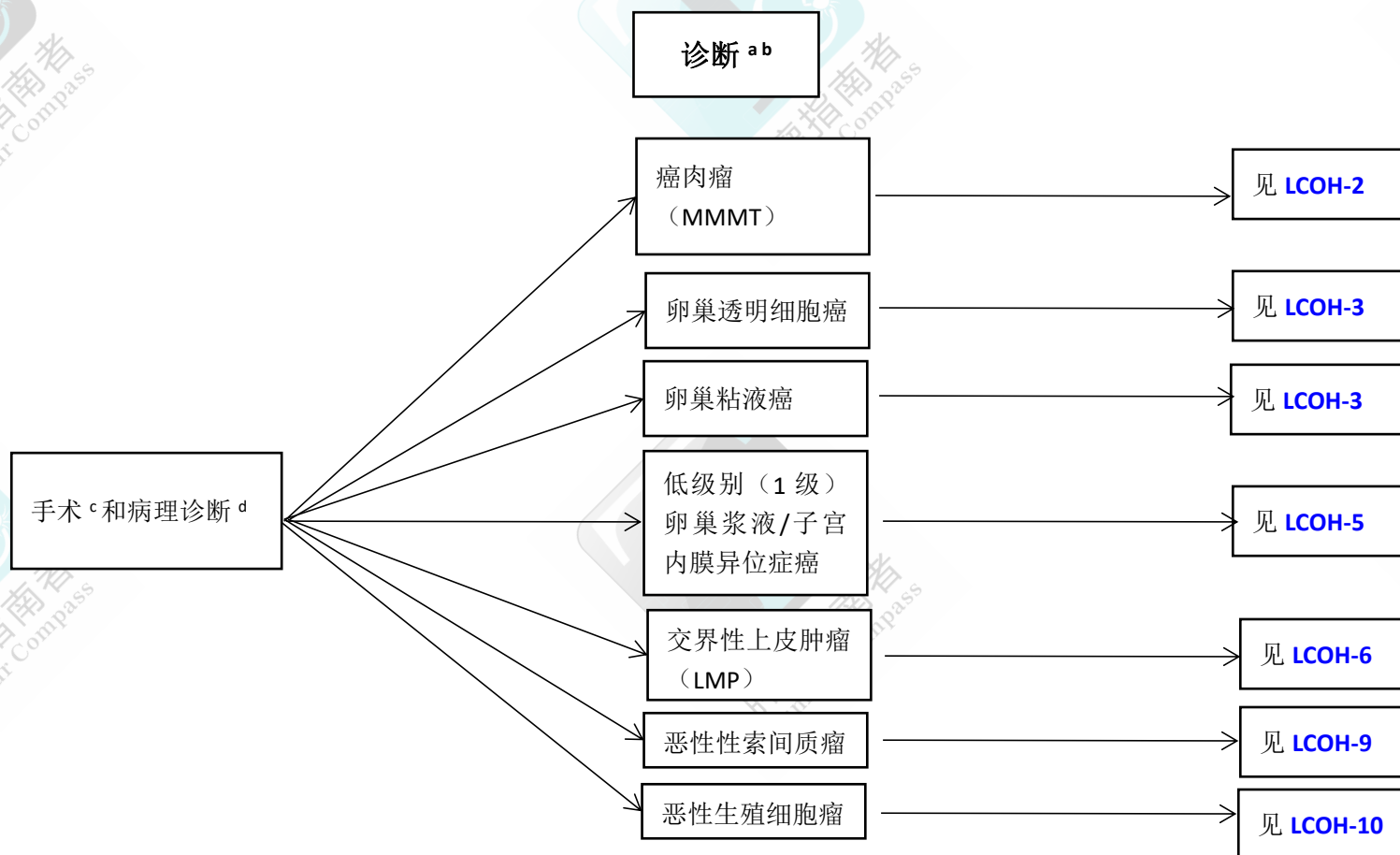
aa 对于那些已经进行 2 种或跟多铂类治疗的铂类敏感疾病 bb 治疗复发的过程中和之后，应规律的对病人进行肿瘤标记物的评估和反复的影像学检查（用之前使用过的检查方式）来记录治疗反应和疾病状态。

n 分子诊断检测应该在 CLIA 认证的机构进行并使用新鲜的肿瘤组织，检查至少应包括：BRCA1/2，同源重组通路基因，和微卫星不稳定性或 DNA 错配修复

ee 仅有有限的的数据证实了贝伐单抗在之前用过贝伐单抗的铂类敏感或铂类抵抗患者身上的有效性。

ff 对于已经完成了二线或以上的铂类为基础的治疗方案的铂类敏感患者。在使用 PARP 抑制剂进行维持治疗之前，停止使用贝伐单抗。

NCCN 指南——卵巢少见组织类型癌 2018.V2



a 见 [OV-D](#)

b 新治疗手段对于发现特殊病理类型潜在的治疗方式是有价值的，并且对临床试验的补充也是有用的。但是现在对于新治疗手段的使用是很罕见的，因而在收集前瞻性数据上有困难。个体化的治疗手段也许是最好的方式。

c 见 [OV-A](#)

d 少数病理类型的明确诊断需要在手术后进行，见 [OV-1](#)

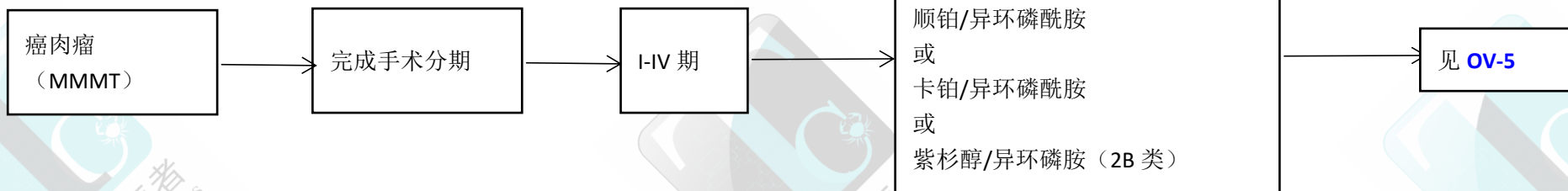
译者提醒：上述知识无需通篇记忆，按照患者病期和治疗情况，选择“进入系统”开心使用吧！

NCCN 指南——癌肉瘤 2018.V2

病理诊断^a

辅助治疗^e

监测/随访



a 见 OV-D

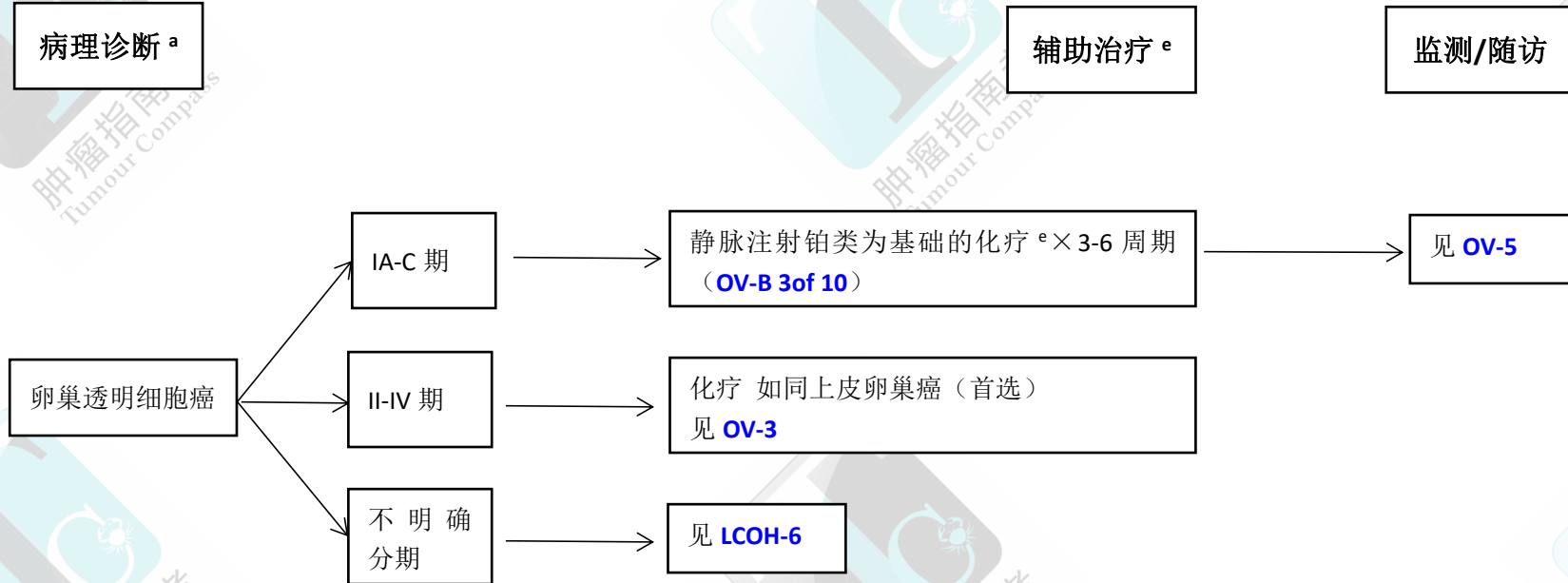
c 见 OV-A

e 见 OV-B 和 OV-C

译者提醒：上述知识无需通篇记忆，按照患者病期和治疗情况，选择“进入系统”开心使用吧！

LOCH-2

NCCN 指南——卵巢透明细胞癌 2018.V2

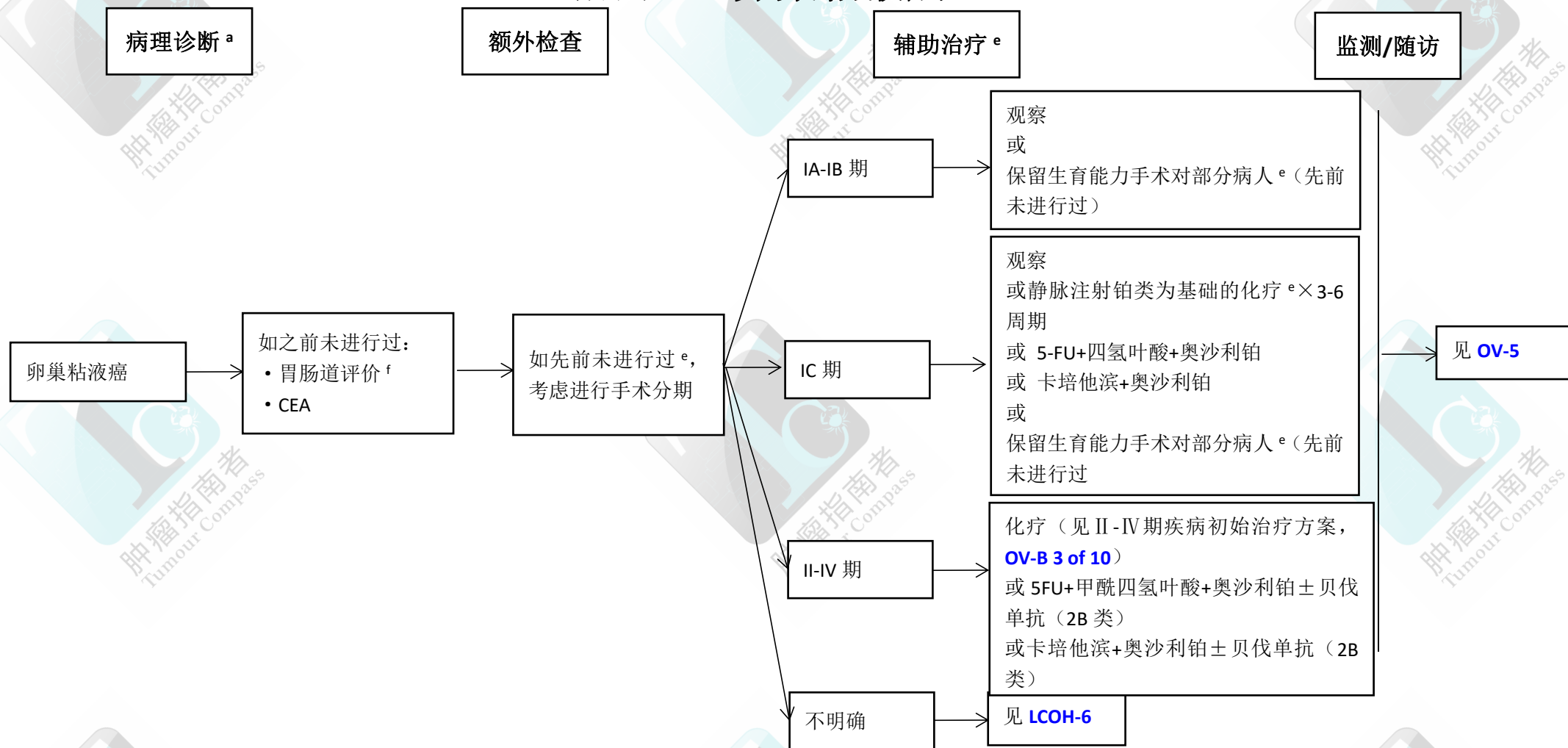


a 见 **OV-D**

e 见 **OV-B** 和 **OV-C**

译者提醒：上述知识无需通篇记忆，按照患者病期和治疗情况，选择“进入系统”开心使用吧！

NCCN 指南——卵巢粘液癌 2018.V2



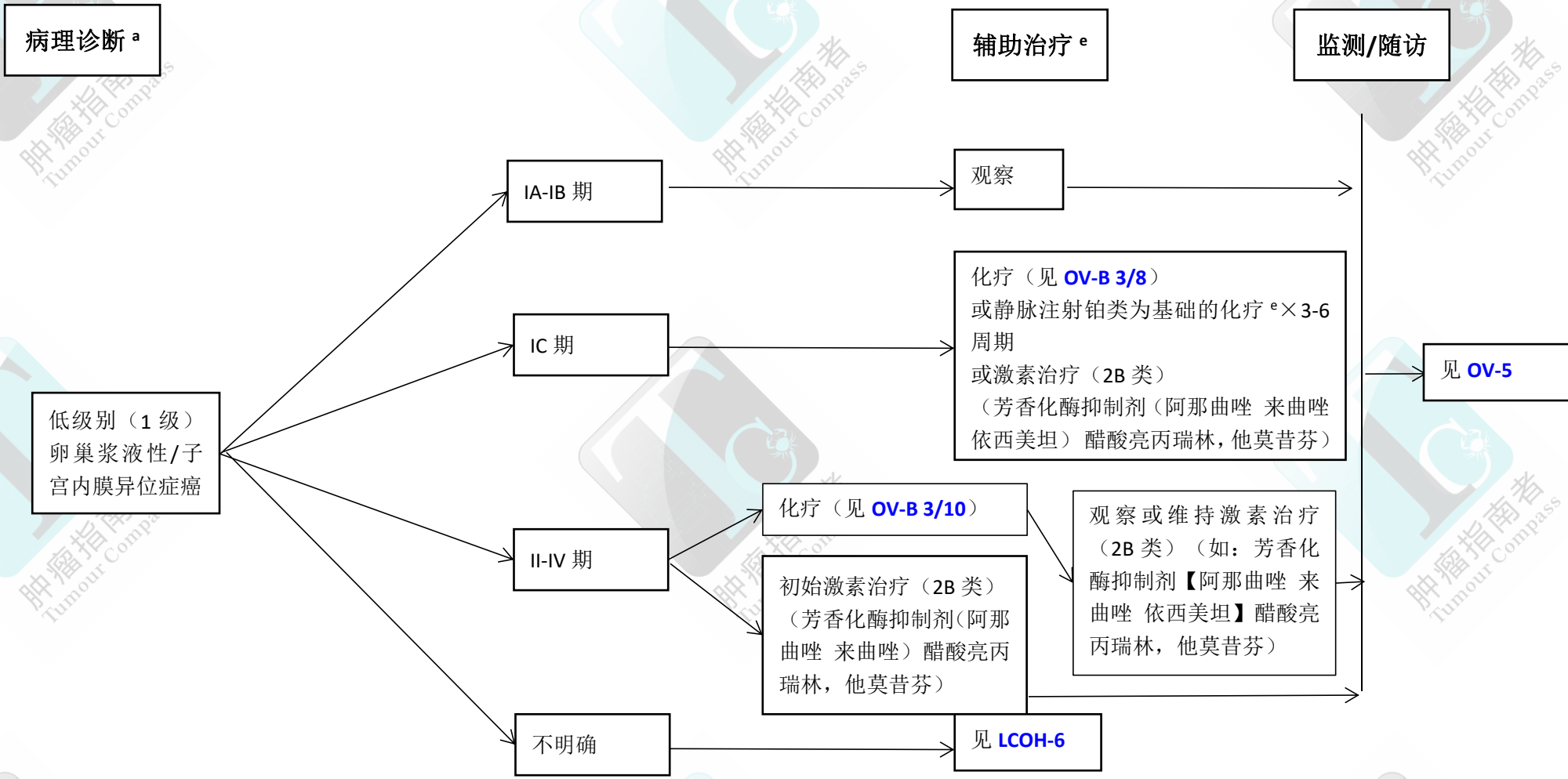
a 见 **OV-D**

c 见 **OV-A**

e 见 **OV-B** 和 **OV-C** f 考虑进行额外检查，包括但不限于上下消化道内镜评估，以用于鉴别转移性的消化道肿瘤以及原发性粘液性卵巢癌。

译者提醒：上述知识无需通篇记忆，按照患者病期和治疗情况，选择“进入系统”开心使用吧！

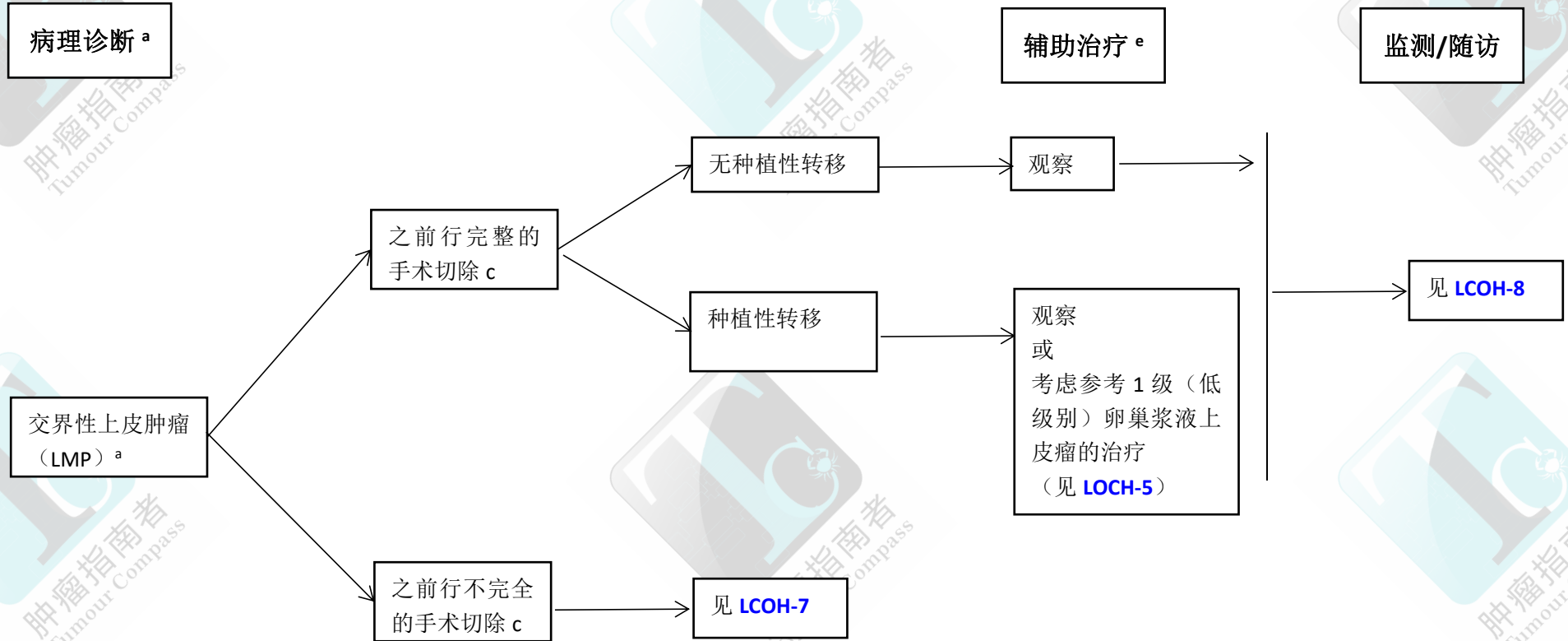
NCCN 指南——低级别卵巢浆液性/子宫内膜异位症癌 2018.V2



a 见 **OV-D**
 c 见 **OV-A**
 e 见 **OV-B** 和 **OV-C**

译者提醒：上述知识无需通篇记忆，按照患者病期和治疗情况，选择“进入系统”开心使用吧！

NCCN 指南——交界性上皮性肿瘤（低度恶性可能）2018.V2



a 见 [OV-D](#)

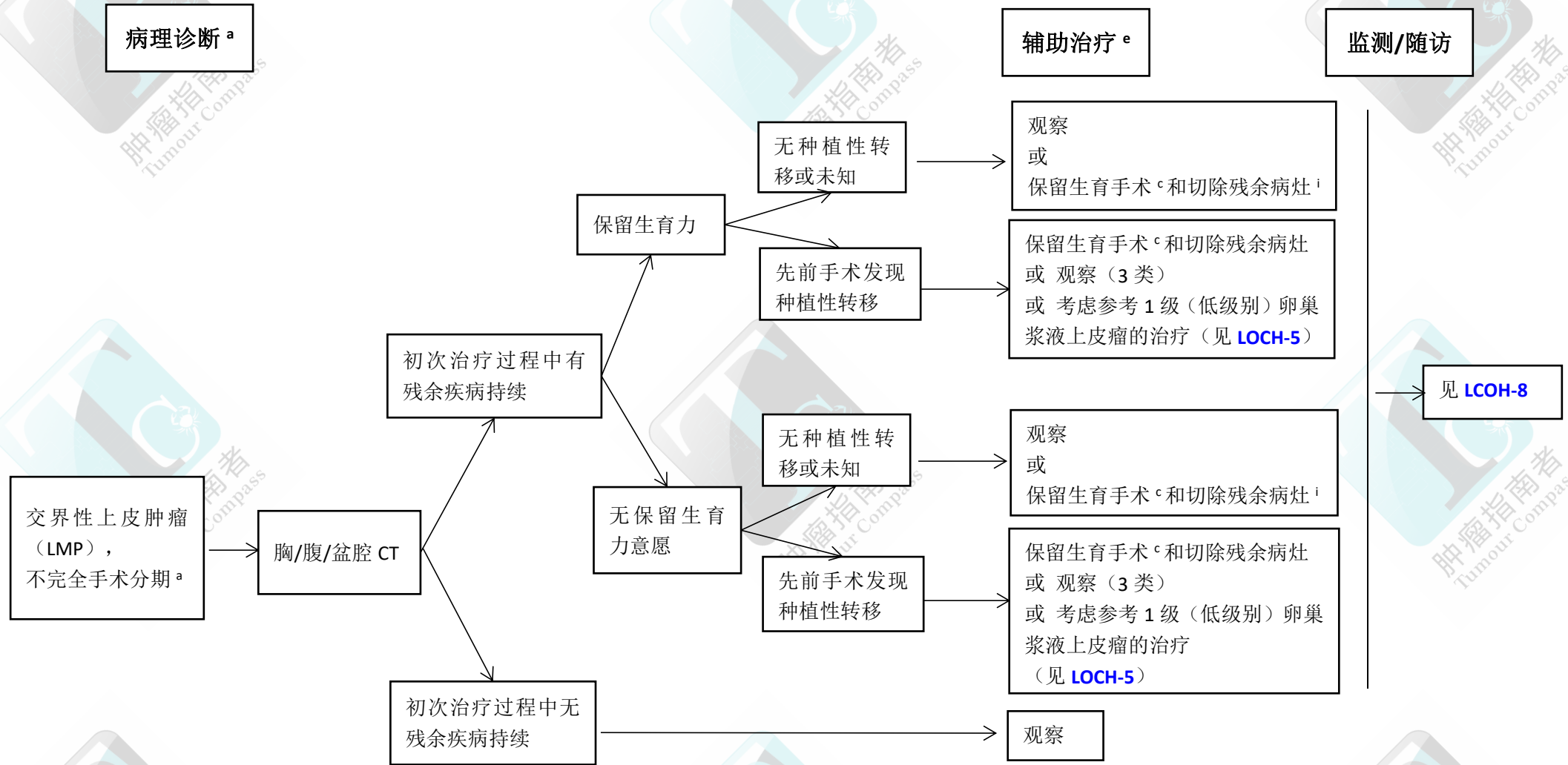
c 见 [OV-A](#)

g 标准的推荐包括妇科肿瘤学医生的评估

h 化疗 (iv/ip) 未被证实对卵巢交界性癌有效

译者提醒：上述知识无需通篇记忆，按照患者病期和治疗情况，选择“进入系统”开心使用吧！

NCCN 指南——交界性上皮性肿瘤（低度恶性可能）2018.V2



a 见 **OV-D**

g 标准的推荐包括妇科肿瘤学医生的评估

i 对于组织学证实的 LMP，淋巴结的分期应该依据实际情况进行具体分析。

c 见 **OV-A**

h 化疗 (iv/ip) 未被证实对卵巢交界性癌有效

译者提醒：上述知识无需通篇记忆，按照患者病期和治疗情况，选择“进入系统”开心使用吧！

NCCN 指南——交界性上皮性肿瘤（低度恶性可能）2018.V2

监测/随访

疾病复发

复发治疗

- 每 3-6 月随访 1 次，最多 5 年；后每年随访 1 次
- 体检，包括盆腔检查
- 如首次确诊 CA125 或其他肿瘤标志物升高，每次随访进行复查
- 单侧输卵管切除的患者完成生育后，考虑完全手术（2B 类）
- 如有指证，进行血常规局和生化检查
- 临床提示时，进行影像学检查：胸/腹/盆腔 CT MRI PET/CT 或 PET
- 如有指证，保留生育能力手术的患者可行超声检查

临床复发

如果条件合适，可行手术探查+减瘤

无浸润病灶

观察

LMP 种植性转移或低度浸润性癌

见 LCOH-5

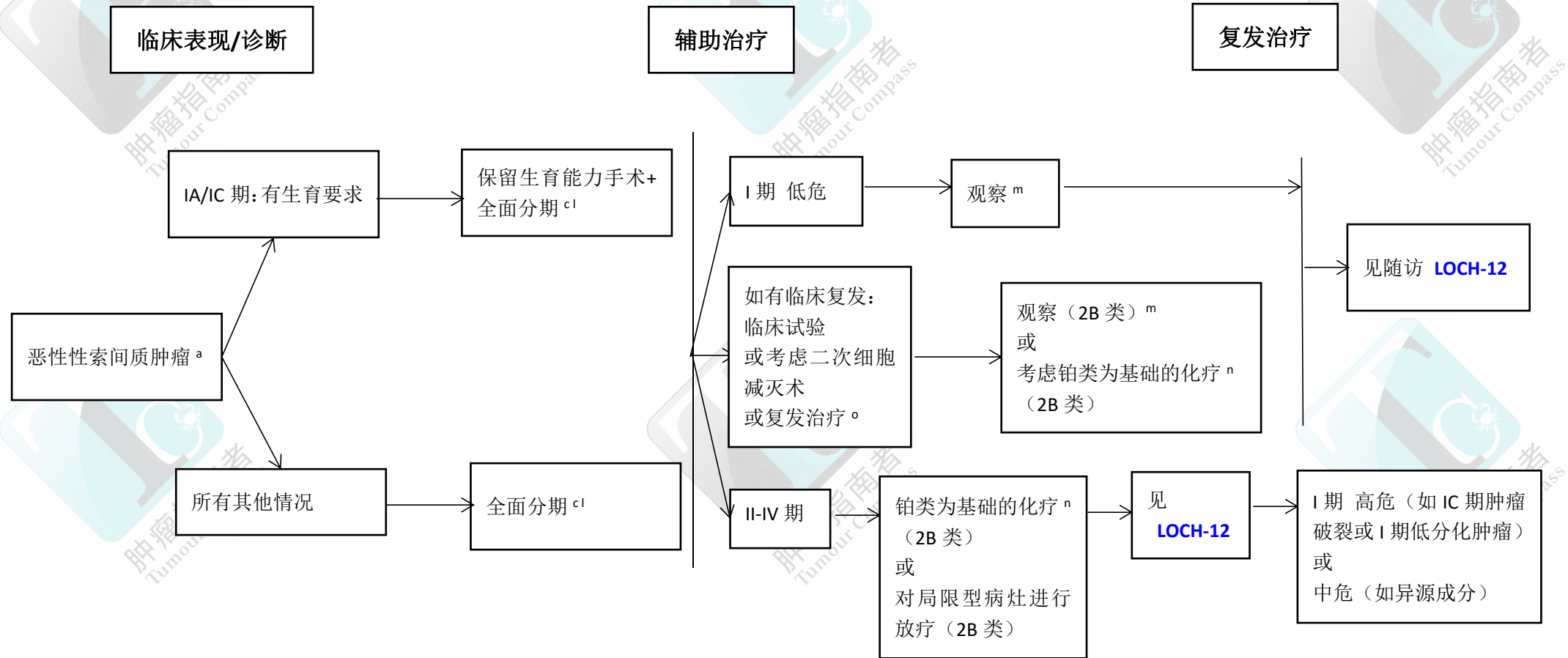
浸润性癌（高度）

作为上皮性卵巢癌治疗（见 OV-3）

h 化疗（iv/ip）未被证实对卵巢交界性癌有效
 j 关于 CA125 在卵巢癌主要治疗结束后的监测中的应用已有数据。见“[妇科肿瘤医师学会立场声明](#)”和“[讨论](#)”
 k 除非没有临床提示，则进行影像学检查

译者提醒：上述知识无需通篇记忆，按照患者病期和治疗情况，选择“进入系统”开心使用吧！

NCCN 指南——恶性性索间质瘤 2018.V2



a 见 **OV-D**

c 见 **OV-A**

l 可不进行淋巴结清扫术

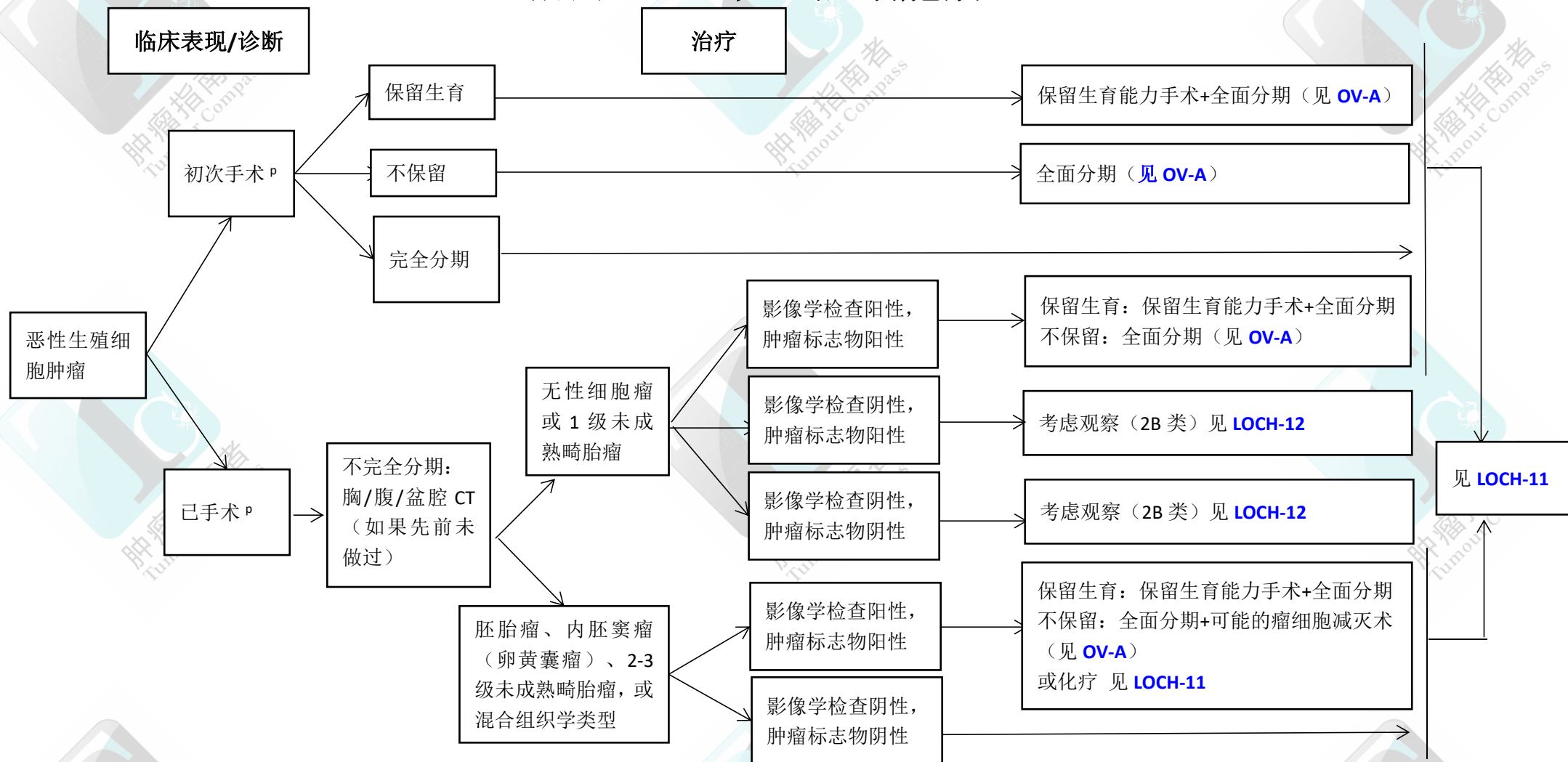
m 如果初始发现颗粒细胞瘤增多，随访可复查抑制素水平（2B 类）

n 可用的选择包括 BEP（博莱霉素，依托泊苷，顺铂）（2B 类）

o 见 **OV-B 7/8**

译者提醒：上述知识无需通篇记忆，按照患者病期和治疗情况，选择“进入系统”开心使用吧！

NCCN 指南——恶性生殖细胞瘤 2018.v2

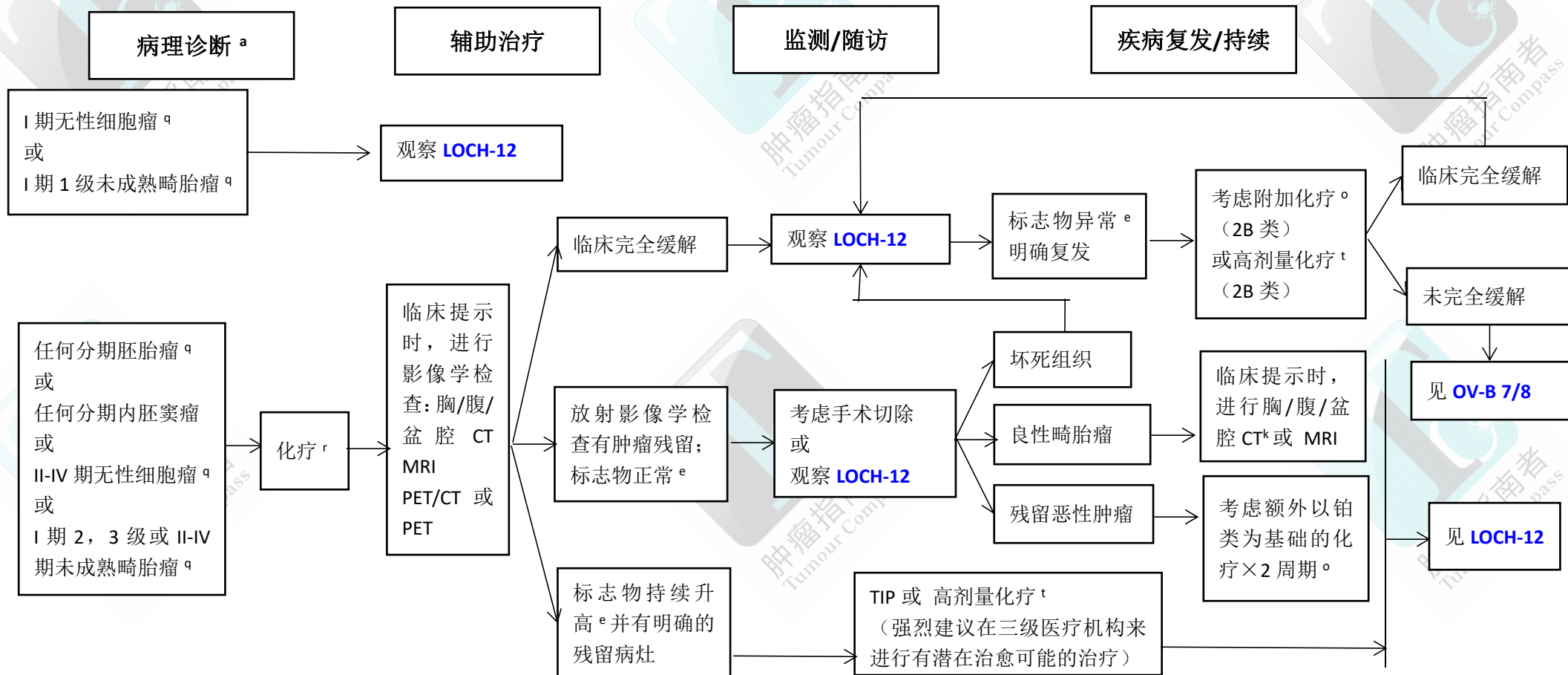


g 标准建议包括由妇科肿瘤科医生对患者所做的评估

p 儿童/青年患者的手术原则可能与成人患者不同。见 [OV-A](#)

译者提醒: 上述知识无需通篇记忆, 按照患者病期和治疗情况, 选择“进入系统”开心使用吧!

NCCN 指南——恶性生殖细胞瘤 2018.v2



a 见 **OV-D**

o 见 **OV-B 7/8**

q 儿童/青年有下列临床表现的患者需考虑观察或化疗: IA 期、IB 期的无性细胞瘤, IA、1 级的未成熟畸胎瘤, IA 期胚胎瘤, IA 期卵黄囊瘤

r 见 **OV-B 4/8**

s 见 **LOCH-1**

t 高剂量化疗药物与其传统用法变化很大。某些病人采用干细胞移植是有可能治愈的。对于有潜在复发可能的胚胎瘤患者应该在三级医疗机构来进行干细胞移植和潜在治愈可能的治疗

k 除非没有临床提示, 则进行影像学检查

译者提醒: 上述知识无需通篇记忆, 按照患者病期和治疗情况, 选择“进入系统”开心使用吧!

NCCN 指南——生殖细胞瘤/性索间质瘤 2018.V2

生殖细胞和性索间质瘤监测^u

	0-2 年	2 年后
体检 恶性生殖细胞瘤 恶性性索间质瘤	基于分期的基础上，参考临床指征，每 2-4 月一次。 （例如如果是早期，低风险的疾病 6-12 月一次；若是高风险疾病则 4-6 月一次）	基于分期的基础上，参考临床指征，每年一次。 （如，早期，低风险疾病 6-12 月一次；高风险疾病 4-6 月一次）
血清肿瘤标志物 恶性生殖细胞瘤 恶性性索间质瘤	2-4 月一次 <ul style="list-style-type: none"> • 有临床指征时监测 • 如果已经做过，复查的频率基于分期 （如早期，低风险疾病 6-12 月一次；若果为高风险疾病 4-6 月一次） 	可省略 <ul style="list-style-type: none"> • 有临床指征时监测 • 如果已经做过，复查的频率基于分期 （如早期，低风险疾病 6-12 月一次；若果为高风险疾病 4-6 月一次）
影像学检查 恶性生殖细胞瘤 恶性性索间质瘤	对于初始未有肿瘤标志物升高者，根据临床指征决定。 对于有症状，肿瘤标志物升高，或查体有可疑发现者时保守。	对于初始未有肿瘤标志物升高者，根据临床指征决定。 对于有症状，肿瘤标志物升高，或查体有可疑发现者时保守。

译者提醒：上述知识无需通篇记忆，按照患者病期和治疗情况，选择“进入系统”开心使用吧！

LOCH-12

NCCN 指南——卵巢癌 2018.V2

手术原则 1/4

一般性考虑

- 推荐由妇科肿瘤医生完成手术
- 腹腔镜有助于评估初治和复发病人的手术分期和减瘤术；如果经评估不能达到满意的减瘤术，可以考虑新辅助化疗
- 如果腹腔镜减瘤术不理想，必须中转开腹
- 对于某些患者，有经验的手术医生可以选择腹腔镜完成手术分期和减瘤术
- 术中冰冻病理检查有助于选择手术方案
- 下腹正中直切口的开腹手术可用于恶性卵巢肿瘤/输卵管癌/原发性腹膜癌的全面分期手术、初始减瘤术和间歇性减瘤术或二次减瘤术。

合理报告

- 外科医生应该在报道中描述下列内容：
 - ▶ 描述减瘤术前在盆腔、中腹部、上腹部原发病灶的范围
 - ▶ 描述减瘤术后盆腔、中腹部、上腹部残留病灶数量。
 - ▶ 描述完整或者不完整切除病灶；如果不完整切除，描述残留病灶的大小和数目。标明粟粒样或小病灶

译者提醒：上述知识无需通篇记忆，按照患者病期和治疗情况，选择“进入系统”开心使用吧！

NCCN 指南——卵巢癌 2018.V2

手术原则 2/4

新诊断明显局限于卵巢或骨盆的转移性上皮性卵巢癌：

通常而言，在初次肿瘤细胞减灭术时应当努力去实现最大化的减少盆腔内所有瘤细胞数目和评估上腹部和腹膜后的潜在疾病

- 进入腹腔后，抽吸腹水或腹腔冲洗液行细胞学检查
- 对腹膜表面进行全面诊视，可能潜在转移的腹膜组织或粘连组织都要切除病理活检；如果没有可疑病灶，则需进行腹膜随机活检并至少包括双侧盆腔、双侧结肠旁沟、膈下(也可使用细胞刮片进行膈下细胞学取样和病理学检查)
- 切除子宫和双附件，手术过程必须尽力完整切除肿瘤并避免肿瘤破裂
- 需要保留生育功能的患者，在符合适应症的前提下可考虑行单侧附件切除术
- 切除大网膜
- 行主动脉旁淋巴结切除术时，需将位于下腔静脉和腹主动脉表面及两侧的淋巴脂肪组织全部切除，上界至少达到肠系膜下动脉水平，最好达到肾血管水平
- 盆腔淋巴结切除术包括髂内外血管表面和内侧的淋巴脂肪组织、闭孔神经前方的闭孔窝淋巴脂肪组织，最好一起切除髂总血管周围的淋巴脂肪组织

新诊断累及骨盆或上腹部的转移性上皮性卵巢癌：

通常而言，在初次肿瘤细胞减灭术时应当努力去实现最大化的减少腹部、盆腔和腹膜后所有瘤细胞。肿瘤细胞减灭术力求使残余肿瘤病灶直径 $<1\text{ cm}$ ，最好切除所有肉眼可见病灶

- 取腹水或腹腔冲洗液进行细胞学检查，切除肿瘤累及的所有大网膜
- 切除能够切除的肿大或可疑淋巴结
- 盆腔外肿瘤病灶 $\leq 2\text{ cm}$ 者(即 IIIB 期)必须行双侧盆腔和主动脉旁淋巴结切除术
- 为达满意的减瘤术，可根据需要切除肠管、阑尾、脾脏、胆囊、部分肝脏、部分胃、部分膀胱、胰尾、输尿管及剥除膈肌和其他腹膜
- 部分上皮性卵巢癌或腹膜癌的患者经过减瘤术后残余小病灶，可以考虑在初次手术时放置腹腔化疗导管以便术后进行腹腔化疗

译者提醒：上述知识无需通篇记忆，按照患者病期和治疗情况，选择“进入系统”开心使用吧！

NCCN 指南——卵巢癌 2018.V2

手术原则 3/4

转移性上皮性卵巢癌新辅助化疗后间隔减瘤术

通常而言，在初次肿瘤细胞减灭术时应当努力去实现最大化的减少瘤细胞。最好切除腹部、盆腔和腹膜后所有肉眼可见病灶。推荐与妇科肿瘤学家会诊。

- 间隔减瘤术，包括经腹全子宫切除和双侧输卵管卵巢切除术，应该在 ≤ 4 周期新辅助化疗有效或肿瘤稳定的患者中进行。合理的手术时机尚未明确的提出但可依据患者为中心的情况进行选择
- 所有的腹膜表面应该是可视的，所有腹膜表面或转移灶潜在的粘附性可疑的部位应该被选择性切除或活检
- 切除大网膜
- 可疑或增大的淋巴结应该切除。在初次诊断时，应该考虑切除即使非当前可疑转移或增大的淋巴结
- 间隔减瘤术的操作过程应该包括肠道切除和/或阑尾切除，剥除横膈膜或其他腹膜表面，脾切除，部分膀胱切除和/或输尿管膀胱吻合术，部分肝脏切除，部分胃切除，部分胆囊切除，和/或胰体尾切除术。

BRCA/HBOC 综合征患者降低卵巢癌风险的附件切除方案：

- 关于何时行 RRSO，见 NCCN 遗传/家族性肿瘤高风险评估：乳腺和子宫。
- 行最小化入侵的腹腔镜探查术
- 探查上腹部、肠管表面、大网膜、阑尾和盆腔器官
- 对任何有异常的腹膜进行活检
- 抽取盆腔冲洗液进行细胞学检查(50 ml 生理盐水灌注后立即送检)
- 行双附件切除术，切除卵巢悬韧带 2 cm，完整切除输卵管达宫角部，切除卵巢和输卵管周围所有的腹膜，特别是在输卵管和/或卵巢与盆壁之间粘连的腹膜
- 使用仔细处理输卵管和卵巢，完整切除防止细胞剥落
- 使用取物袋将输卵管和卵巢从盆腔取出
- 卵巢和输卵管必须进行分段取材病理检查
- 如发现隐匿恶性疾病或确诊 STIC，转诊至妇科肿瘤专科医师
- 单独进行输卵管切除术的预防性效果尚未证实。如果进行，则需要切除输卵管伞至输卵管间质部。除此之外，需对输卵管进行上述处理评估。对这项

译者提醒：上述知识无需通篇记忆，按照患者病期和治疗情况，选择“进入系统”开心使用吧！

NCCN 指南——卵巢癌 2018.V2

手术的担忧是女性仍有患卵巢癌的可能。对于绝经前患者，卵巢切除术可减低乳腺癌发病风险达 50%。见 [《NCCN 基因/家族性高遗传风险评估指南：乳腺癌和卵巢癌》](#)

译者提醒：上述知识无需通篇记忆，按照患者病期和治疗情况，选择“进入系统”开心使用吧！

NCCN 指南——卵巢癌 2018.V2

手术原则 4/4

特殊情况

- 保留生育功能手术：希望保留生育功能的极早期患者或者低风险恶性肿瘤(早期上皮性卵巢癌、低度恶性潜能肿瘤、生殖细胞肿瘤或恶性性索间质细胞瘤)可行保留生育功能手术，即行单侧附件切除术，保留子宫和对侧卵巢。有临床指征时请求生殖内分泌专家会诊和评估。但需进行全面的手术分期以排除更晚期疾病，明确的儿童/青春期早期生殖细胞肿瘤可以不切除淋巴结
- 粘液性肿瘤：原发恶性粘液性卵巢并不常见。发现粘液性卵巢癌时必须对患者上下消化道进行全面评估以排除消化道转移癌。卵巢粘液性肿瘤患者必须切除阑尾
- 边界低度恶性潜能肿瘤(LMP)：淋巴结切除术可能提高分期，但并不影响总体生存率。大网膜切除和腹膜多点活检可使近 30%患者提高分期并可能影响预后
- 二次减灭术适应症：初次化疗结束后复发间隔时间大于 6-12 个月；病灶孤立可以完整切除；无腹水。鼓励病人参加临床试验评估二次减瘤术是否能真正获益

辅助性姑息手术

对接受姑息治疗的晚期卵巢癌患者，如有可能需要行以下辅助性手术：

- 腹腔穿刺术/留置腹膜透析导管
- 胸腔穿刺术/胸膜融合术/胸腔镜下留置胸腔导管
- 放置输尿管支架/肾造瘘术
- 胃造瘘术/放置肠道支架/手术缓解肠梗阻

译者提醒：上述知识无需通篇记忆，按照患者病期和治疗情况，选择“进入系统”开心使用吧！

NCCN 指南——卵巢癌 2018.V2

全身治疗原则 1/8

总则

- 应该在诊疗的各个方面鼓励卵巢癌、输卵管癌或腹膜癌的患者加入临床试验
- 开始任何治疗之前：
所有怀疑有 IIIc 或 IV 期侵袭性子宫内皮癌的女性都应在开始治疗前倾妇产科肿瘤学家进行评估是否适合行 PCS（初始减瘤手术）
有生育能力的患者并希望保留生育能力术式的患者，应将其转至合适的生育科医生（见《NCCN 青少年和年轻成人肿瘤学指南》）
应讨论全身治疗的目标
- 推荐化疗之前，要求患者而具备足够的脏器功能和体能状态
- 化疗期间需对患者进行密切观察，任何并发症均需处理。适时地进行血液生化检查。根据患者的毒性反应情况以及治疗目标，适当的减少化疗药物剂量并调整方案。
- 化疗完成后，需对患者在治疗期间及以后的缓解情况进行评估，并进行任何长期并发症的监测
- 在有多种相当的化疗药物可选择时，NCCN 的一些成员机构会采用化疗敏感性/耐药性和/或其他生物标记物检验来决定将来的化疗方案；但该做法目前的证据水平尚不足以支持其取代标准化疗方案。（3 类）

对于新诊断的卵巢癌、输卵管癌或原发性腹膜癌的患者：

- 如果符合化疗条件，需向患者告知现有的不同方案——即静脉化疗、腹腔和静脉联合化疗、或者临床试验——这样患者可决定那种方案最为合适（化疗方案的剂量和时间安排见 [OV-B 3/3](#)）
- 采用 IV 和 IP 联合给药方案之前，患者需被告知与单独的 IV 化疗相比，联合给药方案的毒性增加（骨髓抑制、肾毒性、腹痛、神经疾病、胃肠道毒性、代谢毒性和肝脏毒性的增加）
- 考虑采用顺铂 IP 和紫杉醇 IP/IV 方案的患者，基于 IP/IV 方案可能带来的毒性反应、在开始治疗前要求患者具有正常的肾功能，医学角度而言合适的体能状态，而没有化疗期间可能明显恶化的医疗问题（如已经存在的神经疾病）的既往证据
- 每个周期的顺铂 IP 之前和之后，需给患者大量 IV 补液以防止肾脏毒性。每周期的化疗完成后，需密切监测患者的骨髓抑制、脱水、电解质丢失、器官毒性（如肝肾损害）和所有其他毒性反应情况。门诊化疗的患者在化疗后常需要 IV 补液以预防或治疗脱水
- 所有毒性反应的数据。用药剂量和时间安排以及剂量调整请见原始参考文献。（见“[讨论](#)”）

译者提醒：上述知识无需通篇记忆，按照患者病期和治疗情况，选择“进入系统”开心使用吧！

NCCN 指南——卵巢癌 2018.V2

全身治疗原则 2/8

对于复发卵巢癌、输卵管癌或原发性腹膜癌患者：

- 所有毒性反应的数据、用药剂量和时间安排以及剂量调整请见原始参考文献（见“讨论”）
- 患者需要被告知如下内容：
 - 1) 可参加的临床试验，包括各种治疗方案的风险和受益，这些风险和受益主要取决于患者既往接受的化疗方案的数量，以及
 - 2) 患者的体能状态、终末器官状态和已经存在的既往化疗所致的毒性反应。如果合适，应当考虑将姑息治疗作为一种可能的治疗选择。（见《[NCCN 姑息治疗指南](#)》）
 - 3) 在进行针对持续存在或复发的肿瘤的治疗之前，应先进行肿瘤分子学检测。有效的检测应在 CLIA 批准的机构进行，并采用最新的肿瘤的组织进行。至少包括：“BRCA1/2，已经相应的重组基因，以及微卫星不稳定和 DNA 错配修复。
- 由于既往的铂类药物应用史，复发患者如使用任何骨髓毒性药物，骨髓抑制的发生概率较高。
- 对于反复应用卡铂和/或顺铂的患者，发生危及生命的超敏反应（也成为过敏反应）的风险上升。因此，需向患者说明存在发生超敏反应的风险和超敏反应相关症状、体征。患者需要由懂得超敏反应处理的医务人员负责治疗。并且，治疗场所需要有过敏反应发生时可供使用的合适医疗器械。（见[药物反应处理 OV-C](#)）
- 对于复发病例，临床医生在给患者实施任何化疗药物治疗之前，需对该药的代谢机制（即经肾脏、肝脏代谢）非常了解，并确保患者是使用这一化疗药物的合适人选（如患者具有合适的肝肾功能）
- 临床医生应熟悉毒性反应处理和适当的药物减量
- 需要与患者以及照护者全面讨论任何一种治疗的用药计划、毒性反应及其可能的获益。患者宣教也应该包括与患者讨论用以减轻并发症严重程度及缩短持续时间的注意事项及措施。

对于老年（>70 岁）和/或有合并症患者

- 老年患者以及有合并症的患者可能不耐受本《[NCCN 指南](#)》中推荐的联合化疗方案。根据临床判断以及对治疗耐受的估计，下列 IV 方案可用于有 I-IV 期卵巢上皮癌的年老患者（包括癌肉瘤，透明细胞癌，粘液性，低级浆液性）：卡铂 AUC5 每 3 周；紫杉醇 135mg/m²+卡铂 AUC5 每 3 周；紫杉醇 60mg/m² 1 小时静脉滴注后序贯卡铂 AUC2 静脉超过 30 分钟。每周一次持续 18 周。
- 已经制定出预测化疗毒性的算法。见《[NCCN 年长成人肿瘤学指南](#)》

《NCCN 卵巢癌指南》中使用的定义

译者提醒：上述知识无需通篇记忆，按照患者病期和治疗情况，选择“进入系统”开心使用吧！

NCCN 指南——卵巢癌 2018.V2

- 辅助治疗：癌症手术药物、照射或其他形式的补充治疗，目的在于手术细胞减灭术后降低疾病复发风险或根治残余病灶，无论肉眼还是镜下可见病灶
- 新辅助治疗：癌症手术药物、照射或其他形式的补充治疗，目的在于在手术准备中减低肿瘤负荷
- 复发治疗：初始治疗后存在临床、生化或影像学复发证据时用于治疗复发肿瘤、控制症状或延长寿命和/或生活质量的药物、照射或其他形式的治疗。

全身治疗原则 3/8

系统治疗主要方案^a（卵巢癌/输卵管癌/原发性腹膜癌）

I 期

- 紫杉醇 175mg/m² IV>3 小时，序贯卡铂 AUC 5-6>1 小时 第一天。每三周进行一次。共进行 3-6 个循环。（首选）
- 卡铂 AUC 5+聚乙二醇化脂质体多柔比星 30mg/m²，每四周一次，共 3-6 个循环。
- 多西他赛 60-75mg/m² >1 小时，序贯卡铂 AUC 5-6>1 小时。每三周一次，共 6 个循环。

II-IV 期

• IP/IV 方案

▶ 紫杉醇 175 mg/m² IV>3 小时或 24h^b 第 1 天；顺铂 75-100 mg/m² 第 2 天在紫杉醇 IV 后；紫杉醇 60mg/m² IP 第 8 天。每 3 周重复 1 次×6 周期（2A 类）

• IV 方案

▶ 紫杉醇 175 mg/m² IV>3 小时 序贯 卡铂 AUC 5-6 静脉滴注>1 小时.每 3 周重复 1 次×6 周期（2A 类）

▶ 剂量密集 紫杉醇 80 mg/m² 静脉滴注>1 小时 第 1, 8, 15 天各一次 序贯 卡铂 AUC 5-6 静脉滴注>1 小时.每 3 周重复 1 次×6 周期（2A 类）

▶ 紫杉醇 60 mg/m² 静脉滴注 1 小时 序贯 卡铂 AUC 2 静脉滴注>30min 每周 1 次共 18 周期（2A 类）

▶ 多西他赛 60-75 mg/m² 静脉滴注>1 小时 序贯 卡铂 AUC 5-6 静脉滴注>1 小时.每 3 周重复 1 次×6 周期（2A 类）

▶ 卡铂 AUC 5+聚乙二醇脂质体阿霉素 30mg/m² 每 4 周重复 1 次×6 周期

▶ ICON-7 和 GOG-218 推荐的包括贝伐单抗方案

紫杉醇 175 mg/m² 静脉滴注>3 小时 序贯 卡铂 AUC 5-6 静脉滴注>1 小时.

贝伐单抗 7.5 mg/kg 静脉滴注>30-90 分钟 第 1 天 .每 3 周重复 1 次×5-6 周期。贝伐单抗继续使用 12 个疗程（2A 类）

或

紫杉醇 175 mg/m² IV>3 小时 序贯 卡铂 AUC 6 静脉滴注>1 小时.第 1 天，每 3 周重复 1 次×6 周期

第 2 疗程第 1 天开始使用贝伐单抗 15 mg/kg 静脉滴注>30-90 分钟，每三周一疗程总共用 22 疗程（2A 类）

译者提醒：上述知识无需通篇记忆，按照患者病期和治疗情况，选择“进入系统”开心使用吧！

NCCN 指南——卵巢癌 2018.V2

新辅助化疗

- 当评估新辅助化疗时，考虑原始肿瘤的组织学以及初始化疗可能的反应。
- 任何 IV 方案可用于在 IDS 之前的新辅助化疗
- 如果在新辅助治疗中使用了贝伐单抗，治疗后至少应再使用 6 周后再进行 IDS。
- 贝伐单抗类方案在 IDS 之前的应用需要小心，其可能潜在干扰术后恢复
- 在 IDS 和新辅助化疗后，任何上述方案可用于辅助治疗
- 在 IDS 和新辅助化疗后，IP 类方案的应用其相关数据很少。还要一种 IP 方案：紫杉醇 135 mg/m² IV>3 小时 卡铂 AUC 6 IP 第 1 天，紫杉醇 60mg/m² IP 第 8 天
- 最小化的 6 周期治疗是推荐的，包括至少 3 周的 IDS 后辅助化疗。

译者提醒：上述知识无需通篇记忆，按照患者病期和治疗情况，选择“进入系统”开心使用吧！

NCCN 指南——卵巢癌 2018.V2

全身治疗原则 4/8

系统治疗主要方案^a（少见组织类型卵巢癌）

癌肉瘤

- ▶ IV 和 IP/IV 上皮方案（见上页）
- ▶ 卡铂/异环磷酰胺
- ▶ 顺铂/异环磷酰胺
- ▶ 紫杉醇/异环磷酰胺（2B 类）

透明细胞癌

- ▶ IV 和 IP/IV 上皮方案（见上页）

粘液瘤

- ▶ IV 和 IP/IV 上皮方案（见上页）
- ▶ 5-FU/四氢叶酸/奥沙利铂
- ▶ 卡培他滨/奥沙利铂

交界性和低级别（1 级）浆液/子宫内膜异位症癌

- ▶ IV 和 IP/IV 上皮方案（见上页）
- ▶ 激素治疗（芳香化酶抑制剂（阿那曲唑，来曲唑，依西美坦），醋酸亮丙瑞林，他莫昔芬）（2B 类）

恶性生殖细胞瘤

- BEP
- ▶ 博来霉素 30 单位 每周
- ▶ 依托泊苷 100mg/m² 每天，第 1-5 天，顺铂 20mg/m² 每天，第 1-5 天
- ▶ 21 天重复 1 次，高危病人共 4 周期。低危病人共 3 周期
- 依托泊苷/卡铂
- ▶ 对于某些已切除的无性细胞瘤 IB-III 期患者，最小化毒性是很重要的。可考虑 3 周期的依托泊苷/卡铂
- ▶ 卡铂 400mg/m² 第 1 天+依托泊苷 120mg/m² 第 1, 2,3 天.每 4 周 1 次，共 3 周期

恶性性索间质瘤

- BEP(2B)类
- 紫杉醇/卡铂（2B 类）

g 关于这些 LCOH 的初始系统治疗方案的数据还较少

h 交界性疾病伴有侵袭性植入可被当作低级浆液性级别治疗。见 LCOH

-6/7。

译者提醒：上述知识无需通篇记忆，按照患者病期和治疗情况，选择“进入系统”开心使用吧！

NCCN 指南——卵巢癌 2018.V2

全身治疗原则 5/8

合理的复发治疗（卵巢癌/输卵管癌/原发性腹膜癌）

	细胞毒性治疗（按照首字母顺序）		靶向治疗
首选治疗	<u>铂类-敏感疾病</u> 卡铂/吉西他滨 卡铂/吉西他滨/贝伐单抗 卡铂/脂质体多柔比星 卡铂/紫杉醇 卡铂/紫杉醇/贝伐单抗 顺铂/吉西他滨	<u>铂类-不敏感疾病</u> 多西他赛 依托泊苷，口服 吉西他滨 阿霉素脂质体 阿霉素脂质体/贝伐单抗 紫杉醇（每周）±帕唑帕尼 紫杉醇（每周）/贝伐单抗 拓扑替康 拓扑替康/贝伐单抗	<u>单药</u> 贝伐单抗 奥拉帕尼 Rucaparib

译者提醒：上述知识无需通篇记忆，按照患者病期和治疗情况，选择“进入系统”开心使用吧！

NCCN 指南——卵巢癌 2018.V2

全身治疗原则 6/8

复发治疗（卵巢癌/输卵管癌/原发性腹膜癌）

	细胞毒性治疗（字母表顺序）	激素治疗	靶向治疗	放疗
其他治疗	联合治疗（铂类敏感疾病） 卡铂/多西他赛 卡铂/紫杉醇（每周） 单药治疗 六甲蜜胺 卡培他滨 卡铂（对于铂类敏感疾病） 顺铂（对于铂类敏感疾病） 环磷酰胺 多柔比星 异环磷酰胺 伊立替康 美法仑 奥沙利铂 紫杉醇 紫杉醇，白蛋白结合 培美曲塞 长春瑞滨	芳香化酶抑制剂（阿那曲唑， 依西美坦，来曲唑） 醋酸亮丙瑞林 醋酸甲地孕酮 他莫昔芬	帕唑帕尼	局部姑息性放疗

译者提醒：上述知识无需通篇记忆，按照患者病期和治疗情况，选择“进入系统”开心使用吧！

NCCN 指南——卵巢癌 2018.V2

	方案（按字母顺序）	推荐使用
在某些情况下有用	5-FU/甲酰四氢叶酸/奥沙利铂±贝伐单抗（2B类）	粘液腺癌
	擦陪她斌+奥沙利铂±贝伐单抗（2B类）	粘液腺癌
	卡铂/蛋白微粒结合紫杉醇（铂类敏感疾病）	对于已经证明对紫杉烷类敏感性的病人，可用紫杉烷类替换蛋白微粒结合紫杉醇
	卡铂/紫杉醇	年长病人（>70岁）且铂类敏感
	哌姆单抗	已经确定为微卫星不稳定高以及错配修复缺陷的肿瘤

译者提醒：上述知识无需通篇记忆，按照患者病期和治疗情况，选择“进入系统”开心使用吧！

NCCN 指南——卵巢癌 2018.V2

全身治疗原则 7/8

复发治疗（恶性生殖细胞瘤/性索间质瘤）

	细胞毒性治疗	激素治疗	靶向治疗	放疗
恶性生殖细胞瘤	<p>治愈可能药物： 高剂量化疗 TIP（紫杉醇 异环磷酰胺 顺铂）</p> <p>姑息治疗： 卡铂/依托泊苷 多西他赛 多西他赛/卡铂 紫杉醇 紫杉醇/异环磷酰胺 紫杉醇/吉西他滨 VIP（依托泊苷 异环磷酰胺 顺铂） VeIP（长春花碱 异环磷酰胺 顺铂） VAC（长春新碱 放线菌素 D 环磷酰胺） TIP 最佳护理（见 NCCN 支持治疗指南）</p>			局部姑息性放疗
恶性性索间质瘤	<p>多西他赛 紫杉醇 紫杉醇/异环磷酰胺 紫杉醇/卡铂 VAC 最佳护理（见 NCCN 支持治疗指南）</p>	<p>芳香化酶抑制剂（如阿那曲唑，依西美坦，来曲唑） 醋酸亮丙瑞林（对于颗粒细胞肿瘤） 他莫昔芬</p>	贝伐单抗（单药治疗）	局部姑息性放疗

译者提醒：上述知识无需通篇记忆，按照患者病期和治疗情况，选择“进入系统”开心使用吧！

NCCN 指南——卵巢癌 2018.V2

	方案	推荐使用
在某些情况下有用	帕唑帕尼	如果之前未使用过贝伐单抗，且 II-IV 期疾病初始治疗后获得临床完全缓解，则可进行单药维持治疗。
	贝伐单抗	如果之前曾用作联合治疗的一部分，且如果在：II-IV 期疾病初始治疗后/铂类敏感疾病的复发治疗后完全或部分缓解，则可将其作为单药维持治疗。
	尼拉帕尼	如果铂类敏感的疾病在二线或更高的铂类为基础治疗后完全或部分反应，可以采用单药维持治疗。
	奥拉帕尼	如果铂类敏感的疾病在二线或更高的铂类为基础治疗后完全或部分反应，可以采用单药维持治疗。
	Rucaparib	如果铂类敏感的疾病在二线或更高的铂类为基础治疗后完全或部分反应，可以采用单药维持治疗。

译者提醒：上述知识无需通篇记忆，按照患者病期和治疗情况，选择“进入系统”开心使用吧！

NCCN 指南——卵巢癌 2018.V2

全身治疗原则 8/8

参考文献

- 1 von Gruenigen VE, Huang HQ, Beumer JH, et al. Chemotherapy completion in elderly women with ovarian, primary peritoneal or fallopian tube cancer - An NRG oncology/ Gynecologic Oncology Group study. *Gynecol Oncol* 2017;144(3):459-467.
- 2 Pfisterer J, Plante M, Vergote I, et al. Gemcitabine plus carboplatin compared with carboplatin in patients with platinum-sensitive recurrent ovarian cancer: an intergroup trial of the AGO-OVAR, the NCIC CTG, and the EORTC GCG. *J Clin Oncol* 2006;24:4699-4707.
- 3 Aghajanian C, Blank SV, Goff BA, et al. OCEANS: A randomized, double-blind, placebo-controlled phase III trial of chemotherapy with or without bevacizumab in patients with platinum-sensitive recurrent epithelial ovarian, primary peritoneal, or fallopian tube cancer. *J Clin Oncol* 2012;30:2039-2045.
- 4 Pujade-Lauraine E, Wagner U, Aavall-Lundqvist E, et al. Pegylated liposomal doxorubicin and carboplatin compared with paclitaxel and carboplatin for patients with platinum-sensitive ovarian cancer in late relapse. *J Clin Oncol* 2010;28:3323-3329.
- 5 Parmar MK, Ledermann JA, Colombo N, et al. Paclitaxel plus platinum-based chemotherapy versus conventional platinum-based chemotherapy in women with relapsed ovarian cancer: the ICON4/AGO-OVAR-2.2 trial. *Lancet* 2003;361:2099-2106.
- 6 Coleman RL, Brady MF, Herzog TJ, et al. Bevacizumab and paclitaxel-carboplatin chemotherapy and secondary cytoreduction in recurrent, platinum-sensitive ovarian cancer (NRG Oncology/Gynecologic Oncology Group study GOG-0213): a multicentre, open-label, randomised, phase 3 trial. *Lancet Oncol* 2017;18(6): 779-791.
- 7 Rose PG. Gemcitabine reverses platinum resistance in platinum-resistant ovarian and peritoneal carcinoma. *Int J Gynecol Cancer* 2005;15:18-22.
- 8 Rose PG, Blessing JA, Ball HG, et al. A phase II study of docetaxel in paclitaxel-resistant ovarian and peritoneal carcinoma: a Gynecologic Oncology Group study. *Gynecol Oncol* 2003;88:130-135.
- 9 Rose PG, Blessing JA, Mayer AR, Homesley HD. Prolonged oral etoposide as second-line therapy for platinum-resistant and platinum-sensitive ovarian carcinoma: a Gynecologic Oncology Group study. *J Clin Oncol* 1998;16:405-410.
- 10 Mutch DG, Orlando M, Goss T, et al. Randomized phase III trial of gemcitabine compared with pegylated liposomal doxorubicin in patients with platinum-resistant ovarian cancer. *J Clin Oncol* 2007;25:2811-2818.
- 11 Ferrandina G, Ludovisi M, Lorusso D, et al. Phase III trial of gemcitabine compared with pegylated liposomal doxorubicin in progressive or recurrent ovarian cancer. *J Clin Oncol* 2008;26:890-896.
- 12 Pujade-Lauraine E, Hilpert F, Weber B, et al. Bevacizumab combined with chemotherapy for platinum-resistant recurrent ovarian cancer: The AURELIA open-label randomized phase III trial. *J Clin Oncol* 2014;32(13):1302-1308.
- 13 Markman M, Blessing J, Rubin SC, et al. Phase II trial of weekly paclitaxel (80 mg/m²) in platinum and paclitaxel-resistant ovarian and primary peritoneal cancers: a Gynecologic Oncology Group study. *Gynecol Oncol* 2006;101:436-440.
- 14 Pignata S, Lorusso D, Scambia G, et al. Pazopanib plus weekly paclitaxel versus weekly paclitaxel alone for platinum-resistant or platinum-refractory advanced ovarian cancer (MITO 11): a randomised, open-label, phase 2 trial. *Lancet Oncol* 2015;16:561-568.
- 15 Gordon AN, Tonda M, Sun S, Rackoff W. Long-term survival advantage for women treated with pegylated liposomal doxorubicin compared with topotecan in a phase 3 randomized study of recurrent and refractory epithelial ovarian cancer. *Gynecol Oncol* 2004;95:1-8.
- 16 Sehouli J, Stengel D, Harter P, et al. Topotecan weekly versus conventional 5-day schedule in patients with platinum-resistant ovarian cancer: A randomized multicenter phase II trial of the North-Eastern German Society of Gynecological Oncology Ovarian Cancer Study Group. *J Clin Oncol* 2011;29:242-248.
- 17 Burger RA, Sill MW, Monk BJ, et al. Phase II trial of bevacizumab in persistent or recurrent epithelial ovarian cancer or primary peritoneal cancer: a Gynecologic Oncology Group Study. *J Clin Oncol* 2007;25:5165-5171.
- 18 Cannistra SA, Matulonis UA, Penson RT, et al. Phase II study of bevacizumab in patients with platinum-resistant ovarian cancer or peritoneal serous cancer. *J Clin Oncol* 2007;25:5180-5186.
- 19 Kaufman B, Shapira-Frommer R, Schmutzler RK, et al. Olaparib monotherapy in patients with advanced cancer and a germline BRCA1/2 mutation. *J Clin Oncol* 2015;33:244-250.
- 20 Friedlander M, Hancock KC, Rischin D, et al. A Phase II, open-label study evaluating pazopanib in patients with recurrent ovarian cancer. *Gynecol Oncol* 2010;119:32-37.
- 21 Strauss HG, Henze A, Teichmann A, et al. Phase II trial of docetaxel and carboplatin in recurrent platinum-sensitive ovarian, peritoneal and tubal cancer. *Gynecol Oncol* 2007;104:612-616.
- 22 Kushner DM, Connor JP, Sanchez F, et al. Weekly docetaxel and carboplatin for recurrent ovarian and peritoneal cancer: a phase II trial. *Gynecol Oncol* 2007;105:358-364.
- 23 Katsumata N, Yasuda M, Takahashi F, et al. Dose-dense paclitaxel once a week in combination with carboplatin every 3 weeks for advanced ovarian cancer: a phase 3, open-label, randomised controlled trial. *Lancet* 2009;374:1331-1338.
- 24 Swisher EM, Lin KK, Oza AM, et al. Rucaparib in relapsed, platinum-sensitive high-grade ovarian carcinoma (ARIEL2 Part 1): an international, multicentre, open-label, phase 2 trial. *Lancet Oncol* 2017;18:75-87.
- 25 Varga A, Piha-Paul SA, Ott PA, et al. Pembrolizumab in patients (pts) with PD-L1-positive (PD-L1+) advanced ovarian cancer: Updated analysis of KEYNOTE-028 [abstract]. *J Clin Oncol* 2017;35: Abstract 5513.

译者提醒：上述知识无需通篇记忆，按照患者病期和治疗情况，选择“进入系统”开心使用吧！

NCCN 指南——卵巢癌 2018.V2

药物反应处理 1/7

概述

•事实上所有用于肿瘤治疗的药物在输注时都有引起药物不良反应的可能，可以分为输液反应或过敏反应。

- ▶输液反应的特点是通常情况下症状比较轻（例如潮热、皮疹）。
- ▶超敏反应（过敏反应）的特点是童话故事哪个情况下症状更为严重（例如气短、全身荨麻疹/瘙痒、血压改变）

•大多数的药物不良反应只是轻度反应，但更为严重的反应也有可能发生

- ▶铂类和紫杉类药物都可能导致过敏性休克（由其他药物引起者少见），这是一种罕见的严重过敏反应，可致使心血管衰竭并威胁生命

- ▶药物反应可以发生在药物输注的过程中或输注完成之后（甚至可能发生在输注完成之后数天）

•妇科肿瘤治疗中，比较容易不良反应的药物包括卡铂、顺铂、多西他赛、脂质体阿霉素、奥沙利铂和紫杉醇

- ▶与紫杉类药物（即多西他赛、紫杉醇）和生物药物有关的不良反应倾向于输注有关，常归因于紫杉醇中的氢化蓖麻油，并倾向于发生在治疗前几个周期（可以在任何输注时看到，不管既往给药几次）

- ▶铂类药物（即卡铂、顺铂）相关的不良反应是真正的过敏反应，倾向于在再次使用致敏药物时发生，或者说在初始化疗完成时（即6周期化疗计划的第6个周期）较少发生。

•对可能发生的药物反应的准备

- ▶应向患者及其家属告知发生药物反应的可能性，以及不良反应的症状和体征。需要告知患者，即使离开了医疗单位，也要报告药物反应的任何症状和体征（例如迟发性皮疹）

- ▶患者每次输注药物时，临床医生和护理人员都应该对可能发生的药物反应有所准备。应该事先写好紧急干预措施的处理程序以防万一严重药物反应发生，治疗区需要有合适的医疗设备已被万一危及生命的敏名反应的发生。

- ▶化疗过程中或化疗结束后短期内，任何患者出现血压过低（收缩压 $< 90\text{mmHg}$ ）伴/不伴过敏反应的其他症状，都应使用（肌肉注射 0.3ml 的 1mg/ml 溶液/Epipen）肾上腺素。如出现急性心跳呼吸骤停，应采用标准的心肺复苏程序。

•脱敏是使患者对某种致敏原的的可能降低的一种处理方式。可考虑作为发生过过敏反应患者的一种处理方式。

- 如果患者曾出现过非常严重的危及生命的反应，凡怀疑与反应发生有关的药物均不应该被再次使用，除非在有脱敏经验的变态反应专科医生或专家的指导下可考虑再次使用该药。

译者提醒：上述知识无需通篇记忆，按照患者病期和治疗情况，选择“进入系统”开心使用吧！

OV-C 1/7

NCCN 指南——卵巢癌 2018.V2

药物反应处理 2/7

输液反应

- 症状包括：潮热、皮疹、发热、胸闷、轻度血压改变、背痛以及寒战。
 - 通常可以通过减慢给药速率、停药后迅速干预等措施治疗以上症状。但是，对卡铂、顺铂或奥沙利铂有轻度反应史的患者，即使铂类药物缓慢注射，仍可能发生过敏反应，需要咨询过敏专科医生。
 - 更常见于应用紫杉醇者（见于 27% 的患者）；然而，接受脂质体阿霉素治疗者也可能出现轻度反应。
 - 如果以前应用紫杉类时曾出现过输液反应：
 - ▶ 对于轻度输液反应（例如面色潮红、皮疹、寒战），如果具备下述条件患者可以考虑再次应用紫杉类
- 1) 患者、医生以及医护人员均认为再次应用该药物再次使用可行
 - 2) 已向患者做了适当说明
 - 3) 在临床治疗区域内备有可用的急救设施
- ▶ 通常情况下，紫杉类的再次输注可以比前次用药时慢的多得速率开始，并根据治疗主管医师的判断，在可耐受情况下缓慢增加滴速。注意：缓慢输注不同于脱敏治疗。
 - ▶ 许多医疗机构的护理制度规定了如何对曾发生过输液反应的患者再次给药。

过敏反应

- 症状包括：皮疹、水肿、气短（支气管痉挛）、晕厥或先兆晕厥、胸痛、心动过速、麻疹/瘙痒、血压改变、恶心、呕吐、寒战以及胃肠道功能改变，偶有濒死感。

译者提醒：上述知识无需通篇记忆，按照患者病期和治疗情况，选择“进入系统”开心使用吧！

- 停止输液和/或干预治疗之后，症状仍有可能持续存在
 - 更多见于铂类药物，例如卡铂（见于 16% 的患者），顺铂和奥沙利铂。
- #### 铂类药物可发生轻度反应
- 容易出现过敏反应的高危患者包括以下几类：
 - ▶ 初次和后续化疗中经过多周期化疗，停药一段时间后再次使用该药
 - ▶ 与口服和腹腔给药相比，静脉给药更容易发生过敏
 - ▶ 对其他药物过敏
 - ▶ 先前有药物反应的患者
 - 如患者有过敏反应史：
 - ▶ 有铂类过敏史（如卡铂超敏反应）的患者，需考虑过敏症专科医生（或有资质的内科或妇产科肿瘤医师）会诊，并进行皮肤测试
 - ▶ 对卡铂、顺铂或奥沙利铂有轻度反应史的患者，即使铂类药物缓慢输注，仍可能出现更严重的反应
 - ▶ 对于更严重的反应，如引起血压变化、呼吸困难、心动过速、广泛的风疹和缺氧的反应，除非是在有脱敏经验的专家的指导下，否则引起过敏的药不应再使用。
 - ▶ 如患者的情况适合再次给药，即使症状消失，也需要继续化疗前脱敏治疗。如果患者有既往过敏史，在每次用药时均需脱敏治疗

NCCN 指南——卵巢癌 2018.V2

药物反应处理 3/7

参考文献

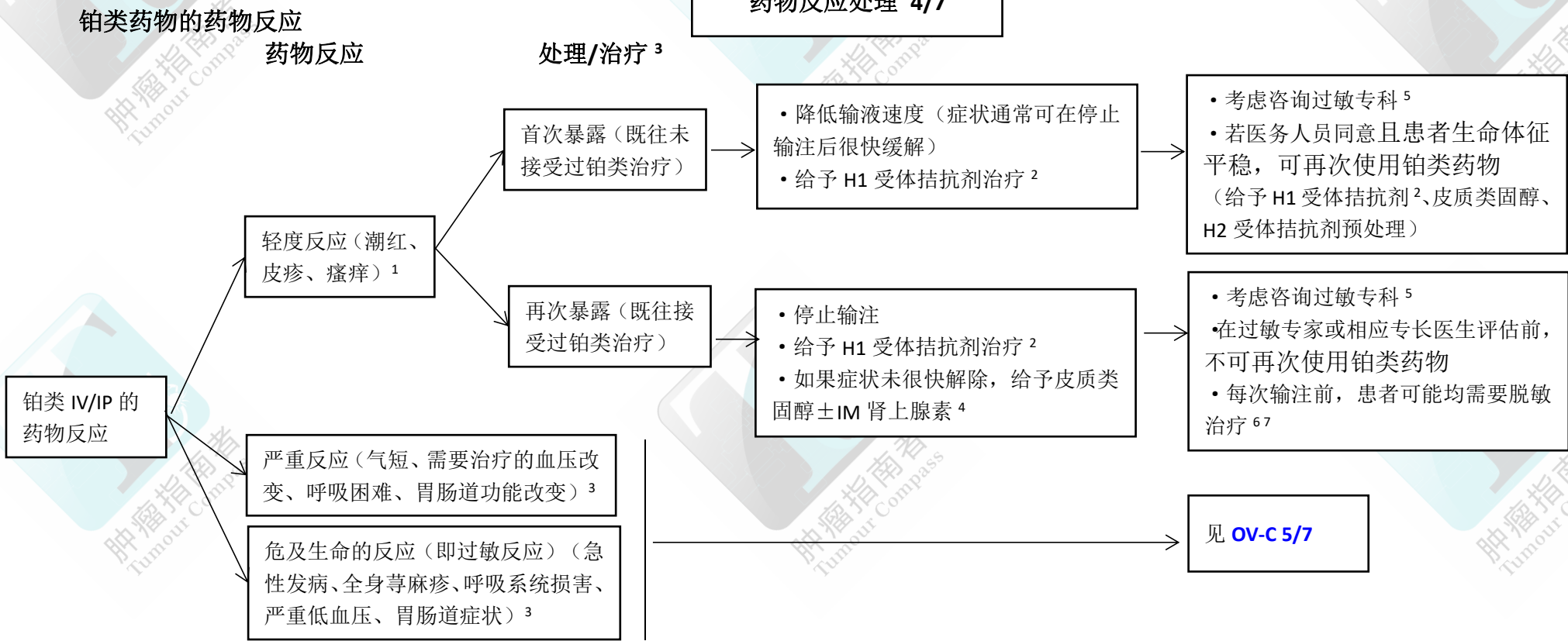
- ¹Castells MC, Tennant NM, Sloane DE, et al. Hypersensitivity reactions to chemotherapy: Outcomes and safety of rapid desensitization in 413 cases. *J Allergy Clin Immunol* 2008;122:574-580.
- ²Dizon DS, Sabbatini PJ, Aghajanian C, et al. Analysis of patients with epithelial ovarian cancer or fallopian tube carcinoma retreated with cisplatin after the development of a carboplatin allergy. *Gynecol Oncol* 2002;84:378-382.
- ³Markman M, Kennedy A, Webster K, et al. Clinical features of hypersensitivity reactions to carboplatin. *J Clin Oncol* 1999;17:1141-1145.
- ⁴Manivannan V, Decker WW, Stead LG, et al. Visual representation of National Institute of Allergy and Infectious Disease and Food Allergy and Anaphylaxis Network criteria for anaphylaxis. *Int J Emerg Med* 2009;2:3-5.
- ⁵Oswalt ML, Kemp SF. Anaphylaxis: office management and prevention. *Immunol Allergy Clin North Am* 2007;27:177-191.
- ⁶Sampson HA, Muñoz-Furlong A, Campbell RL, et al. Second symposium on the definition and management of anaphylaxis: summary report--second National Institute of Allergy and Infectious Disease/Food Allergy and Anaphylaxis Network symposium. *Ann Emerg Med* 2006;47:373-380.
- ⁷Lee CW, Matulonis UA, Castells MC. Rapid inpatient/outpatient desensitization for chemotherapy hypersensitivity: standard protocol effective in 57 patients for 255 courses. *Gynecol Oncol* 2005;99:393-397.
- ⁸Lee CW, Matulonis UA, Castells MC. Carboplatin hypersensitivity: A 6-hour 12 step protocol effective in 35 desensitizations in patients with gynecological malignancies and mast cell/IgE-mediated reactions. *Gynecol Oncol* 2004;95:370-376.
- ⁹Markman M, Hsieh F, Zanotti K, et al. Initial experience with a novel desensitization strategy for carboplatin-associated hypersensitivity reactions. *J Cancer Research Clin Oncol* 2004;130:25-28.
- ¹⁰Gabizon AA. Pegylated liposomal doxorubicin: metamorphosis of an old drug into a new form of chemotherapy. *Cancer Invest* 2001;19:424-436.
- ¹¹Lenz HJ. Management and preparedness for infusion and hypersensitivity reactions. *Oncologist* 2007;12:601-609.
- ¹²Markman M, Zanotti K, Peterson G, et al. Expanded experience with an intradermal skin test to predict for the presence or absence of carboplatin hypersensitivity. *J Clin Oncol* 2003;21:4611-4614.
- ¹³Zanotti KM, Rybicki LA, Kennedy AW, et al. Carboplatin skin testing: A skin-testing protocol for predicting hypersensitivity to carboplatin chemotherapy. *J Clin Oncol* 2001;19:3126-3129.

译者提醒：上述知识无需通篇记忆，按照患者病期和治疗情况，选择“进入系统”开心使用吧！

OV-C 3/7

NCCN 指南——卵巢癌 2018.V2

药物反应处理 4/7



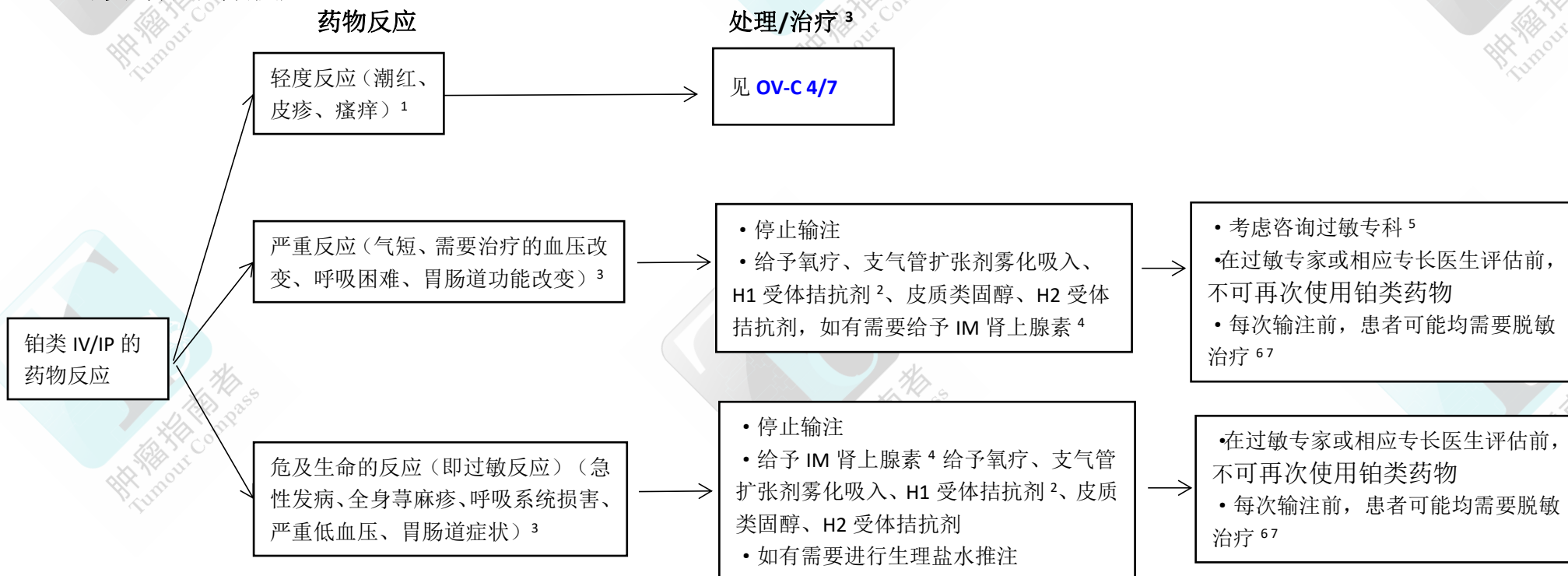
1 最轻度的反应是输液反应，更常见由紫杉类（即多西他赛、紫杉醇）引起，但使用铂类药物（如卡铂、顺铂）也可能发生
 2 H1 受体拮抗剂抗组胺药物（如苯海拉明或羟嗪）；H2 受体拮抗剂（如西咪替丁、法莫替丁）；皮质类固醇（例如甲基泼尼松、氢化可的松、地塞米松）
 3 最严重的反应是过敏反应，通常由铂类药物引起 4 如出现急性心跳呼吸骤停，应该进行心肺复苏
 5 轻度反应有可能通过反复暴露加重。过敏专科咨询可皮试并评估致敏性和进一步更严重反应的风险
 6 首选转到具有脱敏经验的学术中心
 7 Castells MC, Tennant NM, Sloane DE, et al. Hypersensitivity reactions to chemotherapy: Outcomes and safety of rapid desensitization in 413 cases. J Allergy Clin Immunol 2008;122:574-580.

译者提醒：上述知识无需通篇记忆，按照患者病期和治疗情况，选择“进入系统”开心使用吧！

NCCN 指南——卵巢癌 2018.V2

药物反应处理 5/7

铂类药物的药物反应



1 最轻度的反应是输液反应，更常见由紫杉类（即多西他赛、紫杉醇）引起，但使用铂类药物（如卡铂、顺铂）也可能发生

2 H1 受体拮抗剂抗组胺药物（如苯海拉明或羟嗪）；H2 受体拮抗剂（如西咪替丁、法莫替丁）；皮质类固醇（例如甲基泼尼松、氢化可的松、地塞米松）

3 最严重的反应是过敏反应，通常由铂类药物引起

4 如出现急性心跳呼吸骤停，应该进行心肺复苏

⁷Castells MC, Tennant NM, Sloane DE, et al. Hypersensitivity reactions to chemotherapy: Outcomes and safety of rapid desensitization in 413 cases. J Allergy Clin Immunol 2008;122:574-580.

6 首选转到具有脱敏经验的学术中心

8 对于紫杉类和铂类类似物，如药物仍视为一线治疗，药物反应危及生命的任何患者均首选进行评估并转至学术中心

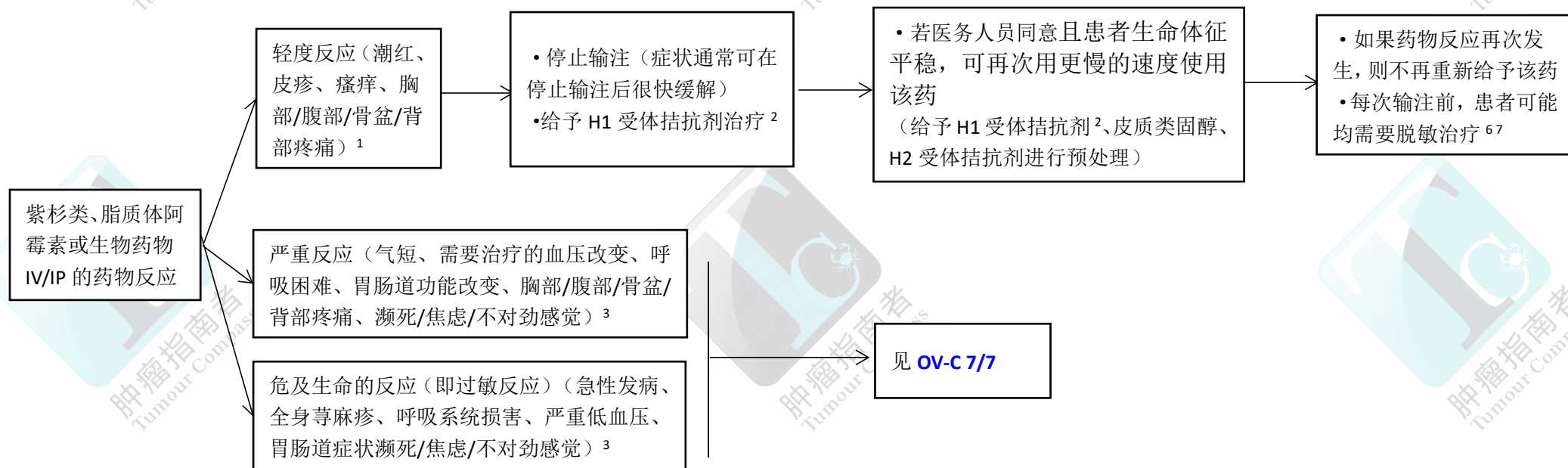
译者提醒：上述知识无需通篇记忆，按照患者病期和治疗情况，选择“进入系统”开心使用吧！

NCCN 指南——卵巢癌 2018.V2

药物反应处理 6/7

紫杉类、脂质体阿霉素或生物药物的药物反应 药物反应

处理/治疗³



1 最轻度的反应是输液反应，更常见由紫杉类（即多西他赛、紫杉醇）引起，但使用铂类药物（如卡铂、顺铂）也可能发生

2 H1 受体拮抗剂抗组胺药物（如苯海拉明或羟嗪）；H2 受体拮抗剂（如西咪替丁、法莫替丁）；皮质类固醇（例如甲基泼尼松、氢化可的松、地塞米松）

3 最严重的反应是过敏反应，通常由铂类药物引起

⁷Castells MC, Tennant NM, Sloane DE, et al. Hypersensitivity reactions to chemotherapy: Outcomes and safety of rapid desensitization in 413 cases. J Allergy Clin Immunol 2008;122:574-580.

9 考虑转化成多西他赛；但是没有数据支持转换成紫杉类。曾发生过交叉反应，并危及生命。紫杉醇发生的某些药物反应可能是因为稀释剂发生的。

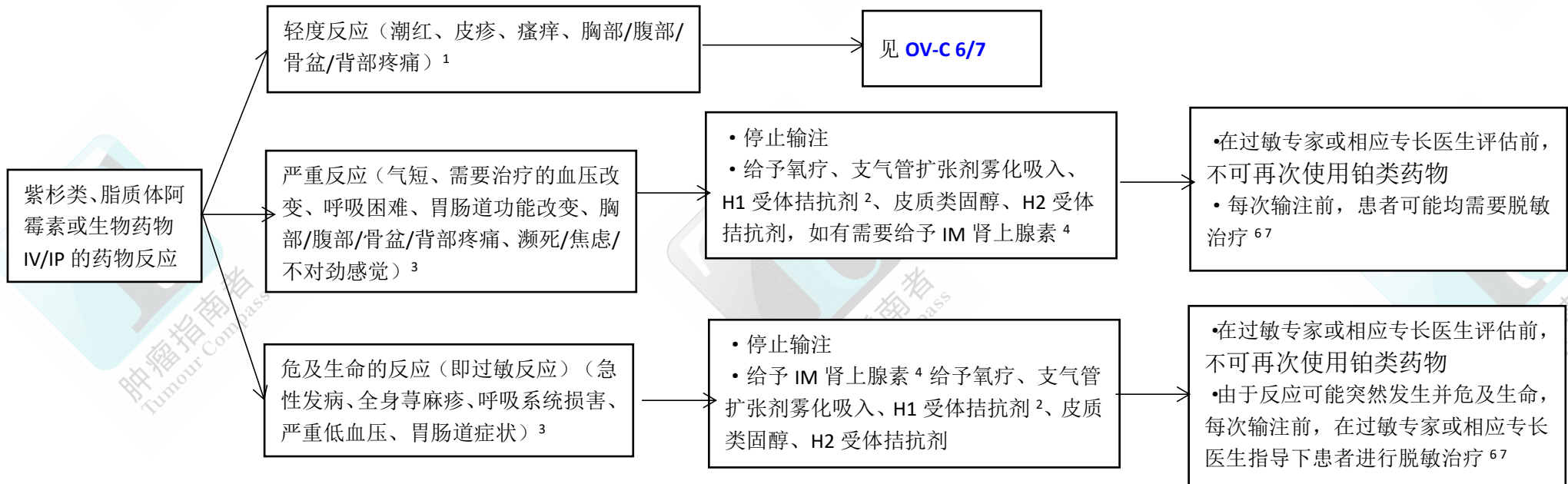
译者提醒：上述知识无需通篇记忆，按照患者病期和治疗情况，选择“进入系统”开心使用吧！

NCCN 指南——卵巢癌 2018.V2

药物反应处理 7/7

紫杉类、脂质体阿霉素或生物药物的药物反应 药物反应

处理/治疗³



1 最轻度的反应是输液反应，更常见由紫杉类（即多西他赛、紫杉醇）引起，但使用铂类药物（如卡铂、顺铂）也可能发生

2 H1 受体拮抗剂抗组胺药物（如苯海拉明或羟嗪）；H2 受体拮抗剂（如西咪替丁、法莫替丁）；皮质类固醇（例如甲基泼尼松、氢化可的松、地塞米松）

3 最严重的反应是过敏反应，通常由铂类药物引起

⁷Castells MC, Tennant NM, Sloane DE, et al. Hypersensitivity reactions to chemotherapy: Outcomes and safety of rapid desensitization in 413 cases. J Allergy Clin Immunol 2008;122:574-580.

9 考虑转化成多西他赛；但是没有数据支持转换成紫杉类。曾发生过交叉反应，并危及生命。紫杉醇发生的某些药物反应可能是由于稀释剂发生的。

译者提醒：上述知识无需通篇记忆，按照患者病期和治疗情况，选择“进入系统”开心使用吧！

NCCN 指南——卵巢肿瘤组织学分类 2018.V2

组织学分类 1/3

浆液性肿瘤 <ul style="list-style-type: none"> 浆液性囊腺瘤 浆液性纤维腺瘤 浆液性表层乳头状瘤 浆液性交界性瘤/非典型增生浆液性瘤 浆液性交界性-变异性微乳头状瘤 /非浸润性低级别浆液性瘤 <ul style="list-style-type: none"> 低级别浆液性瘤 高级别浆液性瘤 	良性 良性 良性 交界性 原位瘤 /III级上皮内瘤变 恶性 恶性
粘液性肿瘤 <ul style="list-style-type: none"> 粘液性囊腺瘤 粘液性纤维腺瘤 粘液性交界性瘤/非典型增生粘液性瘤 粘液性癌 	良性 良性 交界性 恶性
子宫内膜样肿瘤 <ul style="list-style-type: none"> 子宫内膜样囊肿 子宫内膜样囊腺瘤 子宫内膜样纤维腺瘤 子宫内膜样交界性瘤/非典型增生子宫内膜样瘤 子宫内膜样癌 	良性 良性 良性 交界性 恶性
透明细胞肿瘤 <ul style="list-style-type: none"> 透明细胞囊腺瘤 透明细胞纤维腺瘤 透明细胞交界性瘤/非典型增生透明细胞瘤 透明细胞癌 	良性 良性 交界性 恶性

布伦纳瘤 <ul style="list-style-type: none"> 布伦纳瘤 交界性布伦纳瘤/非典型增生布伦纳瘤 恶性布伦纳瘤 	良性 交界性 恶性
浆液粘液性肿瘤 <ul style="list-style-type: none"> 浆液粘液性囊腺瘤 浆液粘液性纤维腺瘤 浆液粘液性交界性瘤/非典型增生浆液粘液性瘤 浆液粘液性癌 	良性 良性 交界性 恶性
未分化癌	恶性
间叶性肿瘤 <ul style="list-style-type: none"> 低级别子宫内膜样间质肉瘤 高级别子宫内膜样间质肉瘤 	恶性 恶性
混合型上皮&间质性肿瘤 <ul style="list-style-type: none"> 腺肉瘤 癌肉瘤 	恶性 恶性

译者提醒：上述知识无需通篇记忆，按照患者病期和治疗情况，选择“进入系统”开心使用吧！

NCCN 指南——卵巢肿瘤组织学分类 2018.V2

组织学分类 2/3

<p>性索间质瘤：单纯间质瘤</p> <ul style="list-style-type: none"> 纤维瘤 细胞性纤维瘤 卵泡膜细胞瘤 黄素化卵泡细胞瘤相关硬化性腹膜炎 纤维肉瘤 硬化性间质瘤 印戒细胞间质瘤 微囊性间质瘤 睾丸间质细胞瘤 类固醇细胞瘤 恶性类固醇细胞瘤 	<p>良性 交界性 良性 良性 恶性 良性 良性 良性 良性 恶性</p>	<p>生殖细胞瘤</p> <ul style="list-style-type: none"> 无性细胞瘤 卵黄囊瘤 胚胎性癌 非妊娠期绒毛膜癌 成熟畸胎瘤 未成熟畸胎瘤 混合生殖细胞瘤 	<p>恶性 恶性 恶性 恶性 良性 恶性 恶性</p>
<p>性索间质瘤：单纯性索瘤</p> <ul style="list-style-type: none"> 成人颗粒细胞瘤 青少年颗粒细胞瘤 支持细胞瘤 伴环形小管的性索细胞瘤 	<p>恶性 良性 良性 良性</p>	<p>单胚层畸胎瘤&体细胞型皮样囊肿</p> <ul style="list-style-type: none"> 卵巢甲状腺瘤，良性 卵巢甲状腺瘤，恶性 良性肿瘤 <ul style="list-style-type: none"> ▶ 甲状腺肿类癌 ▶ 粘液瘤 神经外胚层型肿瘤 皮脂腺肿瘤 <ul style="list-style-type: none"> ▶ 皮脂腺瘤 ▶ 皮脂腺癌 其他少见单胚层畸胎瘤 癌 <ul style="list-style-type: none"> ▶ 鳞状细胞癌 ▶ 其他 	<p>良性 恶性 恶性 交界性 恶性 良性 恶性 恶性</p>
<p>混合性索间质瘤：</p> <ul style="list-style-type: none"> 支持细胞-睾丸间质细胞瘤 <ol style="list-style-type: none"> 分化良好 中度分化 伴异源性成分 未分化 伴异源性成分 网状的 伴异源性成分 <ul style="list-style-type: none"> 性索间质瘤， NOS 	<p>良性 交界性 恶性 交界性 交界性</p>	<p>生殖细胞-性索间质瘤</p> <ul style="list-style-type: none"> 性腺胚细胞瘤，包括伴恶性生殖细胞瘤性腺胚细胞瘤 混合生殖细胞-性索间质瘤，未分类 	<p>交界性 交界性</p>

译者提醒：上述知识无需通篇记忆，按照患者病期和治疗情况，选择“进入系统”开心使用吧！

NCCN 指南——卵巢肿瘤组织学分类 2018.V2

组织学分类 3/3

混合性肿瘤 <ul style="list-style-type: none"> • 卵巢网腺瘤 • 卵巢网腺癌 • 沃尔费氏瘤 • 小细胞癌 高钙型 • 威尔默氏瘤 • 副神经节瘤 • 假乳头状瘤 	良性 恶性 交界性 恶性 恶性 交界性 交界性
间皮瘤 <ul style="list-style-type: none"> • 腺瘤样瘤 • 间皮瘤 	良性 恶性
软组织瘤 <ul style="list-style-type: none"> • 粘液瘤 • 其他 	良性
类瘤样病变 <ul style="list-style-type: none"> • 卵泡囊肿 • 黄体囊肿 • 单独的黄体卵泡囊肿 • 高反应黄素化 • 妊娠黄体 • 间质增生 • 间质泡沫增值症 • 纤维瘤病 • 严重水肿 • 睾丸间质细胞增生 • 其他 	
淋巴/骨髓瘤 <ul style="list-style-type: none"> • 淋巴瘤 • 浆细胞瘤 • 骨髓瘤 	恶性

译者提醒：上述知识无需通篇记忆，按照患者病期和治疗情况，选择“进入系统”开心使用吧！

NCCN 指南——上皮性卵巢癌/输卵管癌/原发性腹膜癌 2018.V2

分期
表 1

美国癌症联合委员会（AJCC）

卵巢癌，输卵管癌，原发性腹膜癌 TNM 和 FIGO 分期系统（第八版2017）

T 原发肿瘤

TNM FIGO

TX 原发肿瘤不能评估

T0 没有原发肿瘤证据

T1 I 肿瘤局限于卵巢（单侧或双侧）或局限于输卵管

T1a IA 肿瘤局限于单侧卵巢（包膜完整），或局限于输卵管，卵巢表面和输卵管表面没有肿瘤，腹水或腹腔冲洗液未发现恶性细胞

T1b IB 肿瘤局限于双侧卵巢（包膜完整）或局限于双侧输卵管，卵巢表面和输卵管表面没有肿瘤，腹水或腹腔冲洗液未发现恶性细胞

T1c IC 肿瘤局限于单侧或双侧卵巢或输卵管，并有以下情况之一：

T1c1 IC1：术中包膜破裂

T1c2 IC2：术前包膜破裂或肿瘤位于卵巢或输卵管表面

T1c3 IC3：腹水或腹腔冲洗液发现恶性细胞

T2 II 肿瘤累及单侧或双侧卵巢或输卵管，并延伸至盆腔

T2a IIA 蔓延和/或种植到子宫和/或输卵管或卵巢

T2b IIB 蔓延和/或种植到其他盆腔组织

T3 III 肿瘤位于单侧或双侧卵巢和/或输卵管或原发的额腹膜癌，有镜下证实的盆腔外腹膜转移和/或腹膜后淋巴结的转移

T3a IIIA2 显微镜下的骨盆外（超过骨盆上缘）腹膜转移，伴或不伴腹膜后淋巴结阳性

T3b IIIB 盆腔外腹膜内肉眼可见转移，最大径不超过 2cm，伴或不伴腹膜后淋巴结阳性

T3c IIIC 盆腔外腹膜内肉眼可见转移，最大径超过 2cm 伴或不伴腹膜后淋巴结转移（包括侵犯肝脏、脾脏包膜，但不伴任何实质器官的侵犯 k）

译者提醒：上述知识无需通篇记忆，按照患者病期和治疗情况，选择“进入系统”开心使用吧！

ST-1

NCCN 指南——上皮性卵巢癌/输卵管癌/原发性腹膜癌 2018.V2

N 区域淋巴结

NX 区域淋巴结无法评估

N0 无区域淋巴结转移

N0 (i+) 孤立的肿瘤细胞再区域淋巴结中不大于 0.2mm

N1 IIIA1 仅有腹膜后淋巴结阳性（组织学证实）

N1a IIIA1i 转移最大径 \leq 10mm

N1b IIIA1ii 转移最大径 $>$ 10mm

M 远处转移

M0 无远处转移

M1 IV 远处转移，包括胸腔积液细胞学阳性；肝脏脾脏的实质转移；转移至腹外器官（包括腹股沟淋巴结以及腹腔之外的淋巴结）；肠道的透壁侵犯

M1a IVA 胸腔积液细胞学阳性

M1b IVB 肝脏脾脏的实质转移；转移至腹外器官（包括腹股沟淋巴结以及腹腔之外的淋巴结）；肠道的透壁侵犯

译者提醒：上述知识无需通篇记忆，按照患者病期和治疗情况，选择“进入系统”开心使用吧！

ST-1

NCCN 指南——上皮性卵巢癌/输卵管癌/原发性腹膜癌 2018.V2

表 1 (续)

美国癌症联合委员会 (AJCC)

卵巢癌, 输卵管癌, 原发性腹膜癌 TNM 和 FIGO 分期系统 (第八版 2017)

I 期	T1	N0	M0
IA 期	T1a	N0	M0
IB 期	T1b	N0	M0
IC 期	T1c	N0	M0
II 期	T2	N0	M0
IIA 期	T2a	N0	M0
IIB 期	T2b	N0	M0
IIIA1 期	T1/T2	N1	M0
IIIA2 期	T3a	NX/N0/N1	M0
IIIB 期	T3b	NX/N0/N1	M0
IIIC 期	T3c	NX/N0/N1	M0
IV 期	任何 T	任何 N	M1
IVA 期	任何 T	任何 N	M1a
IVB 期	任何 T	任何 N	M1b

译者提醒: 上述知识无需通篇记忆, 按照患者病期和治疗情况, 选择“进入系统”开心使用吧!