



· 指南与共识 ·

妇科恶性肿瘤多学科诊疗中国专家共识 (2022年版)

中国抗癌协会妇科肿瘤专业委员会, 中国抗癌协会肿瘤多学科诊疗(MDT)专业委员会,
中国医师协会肿瘤多学科诊疗专业委员会

[摘要] 近年来,随着妇科恶性肿瘤综合治疗新策略的不断涌现,以及生殖肿瘤学和遗传肿瘤理念的演进,传统的“单学科诊疗”模式已难以以最优的方案解决患者的诊疗问题。多学科诊疗(multidisciplinary team, MDT)可以使患者获得最科学、最合理的诊疗,有利于改进和完善现有的治疗方式,从而提高医疗效率及质量。基于MDT领域国内外最新研究进展及临床实践经验,中国抗癌协会妇科肿瘤专业委员会组织国内妇科肿瘤及相关领域的专家,针对妇科恶性肿瘤MDT运行流程、监测评估及质量控制,制订了《妇科恶性肿瘤多学科诊疗中国专家共识(2022年版)》,希望通过本共识,提高中国临床工作者对于妇科恶性肿瘤MDT的认识,以指导和规范MDT在妇科恶性肿瘤诊疗中的临床运用。

[关键词] 妇科;肿瘤;多学科综合治疗;共识

DOI: 10.19401/j.cnki.1007-3639.2022.08.010

中图分类号: R737.3 文献标志码: A 文章编号: 1007-3639(2022)08-0747-10

Consensus of Chinese experts on multidisciplinary team of gynecological malignant tumors (2022 edition) The

Society of Gynecological Cancer of China Anti-Cancer Association, Multidisciplinary Diagnosis and Treatment (MDT) Committee of China Anti-Cancer Association, Multidisciplinary Cancer Diagnosis and Treatment Committee of Chinese Medical Doctor Association

Correspondence to: WU Xiaohua (E-mail: docwuxh.@126.com), YU Jinming and WANG Jie.

[Abstract] Recently, new strategies for the integrated treatment of gynecological malignancies have been improved along with the development of reproductive oncology and hereditary tumors concepts. The traditional “single-disciplinary treatment” mode is difficult to optimally solve the diagnosis and treatment problems of patients. The application of multidisciplinary team (MDT) can provide the most scientific and reasonable diagnosis and treatment plan for patients and refine the existing therapies to improve the efficacy and quality of medical treatment. Based on the most recent advances and clinical practice experience in MDT of gynecological malignancies, The Society of Gynecological Cancer of China Anti-Cancer Association organized multidisciplinary experts in gynecologic oncology and related area to formulate “Consensus of Chinese experts on multidisciplinary team of gynecological malignant tumors (2022 edition)”, in order to improve the understanding of MDT among Chinese gynecologic oncologists and further standardize the application of MDT in gynecological malignancies.

[Key words] Gynecology; Tumor; Multidisciplinary team; Consensus

妇科恶性肿瘤患者占女性恶性肿瘤患者的15%~20%,宫颈癌、子宫内膜癌及卵巢癌为常见的妇科恶性肿瘤,总体发病率呈上升趋势^[1],其中宫颈癌发病率上升趋势最为明显,子宫内膜癌发病率紧随其后,并均呈现年轻化趋势,而卵巢癌早诊率低,晚期患者多,是死亡率最高的妇科恶性肿瘤。因此,早期发现、规范化

治疗是提高患者生存率的重要途径。

妇科恶性肿瘤的治疗手段包括手术、化疗、放疗和生物治疗等,但妇科恶性肿瘤的病理学类型繁多,表现各异,对治疗的敏感性存在较大差异,有些肿瘤即使处于晚期,通过放疗或化疗也能获得长期控制,而有些肿瘤只能获得姑息治疗效果,传统的“单学科诊疗”模

通信作者: 吴小华 (ORCID: 0000-0001-9226-9450), 主任医师, 复旦大学附属肿瘤医院肿瘤妇科主任, E-mail: docwuxh @126.com。

于金明 (ORCID: 0000-0001-7710-5466), 中国工程院院士, 山东省肿瘤医院院长, E-mail: sdyujinming @163.com。

王洁 (ORCID: 0000-0002-3432-8085), 主任医师, 中国医学科学院肿瘤医院内科主任, E-mail: zhluxi @163.com。

式已难于以最优的方案解决患者的诊疗问题。随着现代医学的不断发展,以及生殖肿瘤学和遗传肿瘤理念的推进,使患者有了更多的治疗选择^[2-5],从而使单维度的疾病治疗,上升到全流程的医疗决策及健康管理方案的制订。早在20世纪60年代,由梅奥诊所提出多学科诊疗(multidisciplinary team, MDT),1995年Calman-Heine建议在英国肿瘤治疗中心开展MDT,此后肿瘤MDT模式逐渐受到重视并应用于临床,目前已成为常规诊疗模式。欧美发达国家MDT模式运行结果显示,MDT能显著改善恶性肿瘤患者的预后,并提升患者治疗的依从性和满意度^[6-11]。中国的肿瘤MDT模式也已有20余年的发展历程,但至今尚未形成妇科恶性肿瘤MDT专家共识。

MDT即通过固定时间和地点的会议,汇集各科室的最新发展动态,结合患者的疾病分期、家庭经济状况、身体状况及心理承受能力,权衡利弊后,制订出科学、合理、规范的诊疗方案^[12]。为进一步推动MDT在中国妇科恶性肿瘤诊疗中的运用,规范MDT模式,中国抗癌协会妇科肿瘤专业委员在广泛征求意见和充分讨论的基础上,组织国内妇科肿瘤及相关领域的专家制订本共识,以明确妇科恶性肿瘤MDT的目的、责任和义务,确立MDT的组织架构,制定相对统一的MDT运行流程、监测评估及质量控制机制,以提高临床医师对MDT的认知,促进各学科间的相互协作,推动MDT在妇科恶性肿瘤诊疗中的合理运用^[8, 13-15]。

1 MDT的目的、责任和义务

1.1 主要目的^[16-20]

MDT为妇科肿瘤患者提供全流程的医疗决策和健康管理方案,包括明确诊断、针对疾病各阶段制订治疗计划、管理诊疗过程相关的并发症、参与患者生育决策选择及后续激素替代治疗、健康生活指导,最终改善患者的预后及生活质量。同时,MDT将整合医疗资源,促进临床跨学科交流和融合,以及不同学科、不同医院医师之间的交流学习,提高医师的专业水平及学术水平,改善区域间的医疗水平不均衡局面。

1.2 责任和义务^[16, 21-22]

(1) 以患者为中心提供一站式医疗服务,充分考虑到患者个体差异、肿瘤异质性,保证治疗方案的科学性,以及治疗方案实施的完整性、公允性、实用性、可追溯性和时效性,从而有效地提高妇科肿瘤患者的生存预期和生活质量(quality of life, QOL),降低治疗费用。

(2) 以MDT为平台整合医疗资源,促进不同学科交流及跨学科团队合作,成为区域性诊疗的人才培养基地。开展高质量的临床及转化研究,成为各学科的新技术交流及学术推广平台。

(3) 参与全国性的MDT网络和服务模式的构建,与国际先进诊治服务及模式接轨,并将高水平的诊治服务落实到本地化的实施层面。

2 MDT制度管理

2.1 行政和临床共同管理

建议MDT在有相应资质的医院(如三甲医院)或妇科恶性肿瘤诊疗中心实施,由各医院医疗行政主管部门和指定的MDT主席共同管理。

2.2 MDT的运行制度

建议由医院层面确立,肿瘤MDT管理制度作为医院常规医疗管理制度之一,建议医疗行政管理部门予以协助和支持。

2.3 MDT运行中的质量管理

建议由首席专家制定单病种MDT质控标准,行政部门考核及管理MDT执行的关键绩效指标(key performance indicators, KPI)。

3 MDT团队的组织建设^[19, 23]

3.1 MDT组织架构

MDT团队由MDT主席、首席专家、MDT成员及协调员组成,MDT成员可分为核心成员和扩展成员,核心成员包括肿瘤妇科、放疗科、化疗科、外科(腹部、泌尿或胸部外科)、影像诊断科(放射科、超声影像科)、病理科及临床药剂科等。扩展成员即特殊病例需要邀请的相关专业人员(包括但不限于本单位),包括麻醉科、重症医学科,介入治疗科、生殖内分泌科、产科、临床研究机构、伦理机构、遗传学咨询专家团队、生物信息分析专家团队,以及护理、营养、康复、心理、中医等学科。

3.2 MDT团队成员基本要求^[16, 24]

(1) 核心团队成员应具备副主任医师及以上资格, 具备团队精神, 尊重同行发言, 善于合作、学习, 能够及时掌握本领域的最新进展和诊疗指南, 在临床及科研方面拥有较高水准。

(2) 如果相应学科尚不具备以上级别医师或人力资源有限时, 应推荐本学科的高年资主治医师暂行替代, 并督促相应学科落实核心团队成员的培养。

3.3 MDT团队的成员职责^[4, 18, 25-30]

(1) MDT主席: 一般由主任医师担任, 拥有妇科肿瘤领域丰富的诊疗经验, 具备组织能力、协调沟通能力和争议处理能力。可由多名符合上述条件的专家轮流担任。职责包括: ① 发起和主持会议, 决定需讨论的病例, 保障会议顺利进行; ② 分配会议任务, 确保每个病例被充分和及时讨论; ③ 把控全局, 合理控制病例讨论时间, 对于有争议问题给予总结和处理, 掌握讨论方向, 避免偏题, 确保以循证医学为依据、以患者为中心的最优化MDT方案; ④ 治疗方案产生后, 明确落实执行人员; ⑤ 对MDT会议讨论进行总结。

(2) 首席专家: 由同行认可的妇科肿瘤权威专家担任单病种首席专家, 首席专家可同时担任MDT主席。具体职责包括: ① 负责MDT团队的组建和管理, 制定MDT目标、制度和规范等; ② 确保MDT确定的诊疗方案的科学性和可行性, 审核医疗记录并签名负责; ③ 促进MDT成员的培训、交流, 带领团队不断提高MDT诊治的水平; ④ 负责MDT的质控和MDT决策的执行; ⑤ 对MDT团队的建设和资源分配提出必要的规划, 并保障实施。

(3) MDT成员: 由首席专家确定MDT讨论专家成员, 专家成员应当具备团队精神, 有良好的妇科肿瘤及相关学科诊治基础, 能够及时掌握本领域的最新进展和诊疗指南, 并热心从事该项工作。讨论专家职责: ① 核心成员应相对固定并按时参加MDT会议, 扩展成员根据需求参加MDT会议, 如日程冲突, 应指定本科室相应专家参与讨论; ② MDT参与成员对每个病例提前熟悉,

应全程参加病例讨论, 解答其他专家的问题, 提出本专业领域的观点, 并达成共识。各科专家需负责对自己提交讨论的患者作出最终的解释, 并安排患者的下一步处理, 同时需审核医疗记录, 签名负责。

(4) MDT协调员包括会议秘书和记录员。MDT秘书一般由从事妇科肿瘤诊治的高年资住院医师或低年资的主治医师担任。具体负责:

① 协助主席(或首席专家)进行MDT的全程操作; ② 统一受理各专家推荐的患者预约, 审核并整理需讨论的病例, 安排讨论顺序; ③ 通知MDT成员会诊的时间地点、注意事项等, 协调各专家的出勤, 督促每位到会人员签名; ④ 布置会议室, 准备会议用品, 协调解决会议过程中可能出现的突发情况; ⑤ 负责随访、追踪MDT方案的落实情况和执行效果, 并定期向MDT专家组反馈, 对重点病例进行归纳总结和分享。MDT记录员负责对MDT会诊全程记录, 包括: ① 讨论专家的发言和最终建议; ② 打印最终讨论意见并提交专家审核确认; ③ 负责整理记录资料, 汇总MDT病例临床资料, 存档保存。MDT秘书可兼任记录员。

3.4 基础设施的配置

(1) 工作场地: 建议设立在相对固定的独立空间, 足够宽敞, 确保便于各科医师近距离讨论。

(2) 技术和设备: 建议会议室配备可连接医院内网的电脑和高清投影设备。常规配置打印机, 供打印会诊单及相关需要纸质保存的病历资料。

4 MDT的组织及实施

4.1 MDT会议时间安排及患者纳入标准

4.1.1 MDT会议时间安排

MDT会议应安排在医师的工作时间内定期举行, 建议MDT频率为每周1次或每2周1次, 尽可能避免与核心成员的其他必须参加的临床工作时间冲突。

4.1.2 MDT患者纳入标准^[28-29, 31]

建议已确诊并考虑进行治疗的妇科恶性肿瘤患者均纳入MDT讨论, 特别建议以下类型患者必须纳入MDT: ① 尚未明确诊断, 但可能从早期诊断中获益的患者; ② 因病情复杂导致治疗存在

较大分歧的患者，如多次治疗无效、可供选择的方案有限；③同时存在两种及两种以上不同类型肿瘤，或转移性癌等病情复杂疑难的患者；④出现严重的药物不良反应，合并症和并发症多，需要多学科参与诊治的患者；⑤临床少见疑难病例和特殊病例，如特殊病理学类型、遗传性妇科肿瘤综合征、要求保留生育功能的患者等。

4.2 MDT的标准化流程（图1、2）^{〔30, 32〕}

4.2.1 MDT会议前准备^{〔25〕}

(1) 预约：门诊或住院患者的基本资料分别由门诊或管床医师收集整理，完成必要的实验室、影像学及病理学等检查。至少提前1天经由高年资主治医师及以上职称的医师提交MDT申请表，报请MDT秘书统一安排。

(2) 病例筛选：秘书将收到的病例资料汇总并进行进一步整理，确保核心资料的准确性及完整性，经MDT主席审阅后确定最终讨论病例，进一步移交至行政管理部门，未被接受的病例由秘书逐一通知并告知原因。

(3) 准备：行政管理部门或MDT秘书将当次MDT讨论的时间安排、场地及病例资料等基本信息，通知并邀请MDT专家成员参与MDT会议，MDT专家成员应提前做好充分准备，保证MDT质量。

4.2.2 MDT会议的流程及讨论路线

(1) MDT会议的流程^{〔17, 19, 29, 33〕}：

① MDT主席及首席专家发言：MDT主席主持当次MDT会议，强调此次会议的宗旨，介绍参会人员、科室、病例讨论顺序、时长及会议秩序等。② 病例展示：原则上，门诊患者由提交讨论的医师汇报病情，住院患者由管床医师汇报病情，并明确提出本次MDT讨论的问题和目的。③ 影像学 and 病理学分析：影像科及病理科专家分别分析患者的影像学及病理学资料，解答临床各科医师的疑问。④ 专家讨论：在MDT主席及首席专家的主持下，由相关专科的专家针对管床医师提出的问题一一进行讨论，提出自己的诊断和治疗策略，综合专家的共识意见，由MDT首席专家最终确定个体化治疗方案，交由相关的专科具体实施。⑤ 会议记录：记录员记录会议讨论的内容并整理归纳，由各科专家审核后交由秘书统一保管，合并所在医院的病历格式存档（附录1）。

(2) MDT的讨论路线^{〔30〕}：① 诊断及鉴别诊断，讨论重点涉及肿瘤侵犯范围、有无远处转移及进行精准的分期，如未明确病理学诊断或分期检查，需对进一步的检查、取材及诊断给予建议，以期获得准确的分期和病理学诊断。② 治疗方案，各种治疗手段对该患者的适应证、禁忌

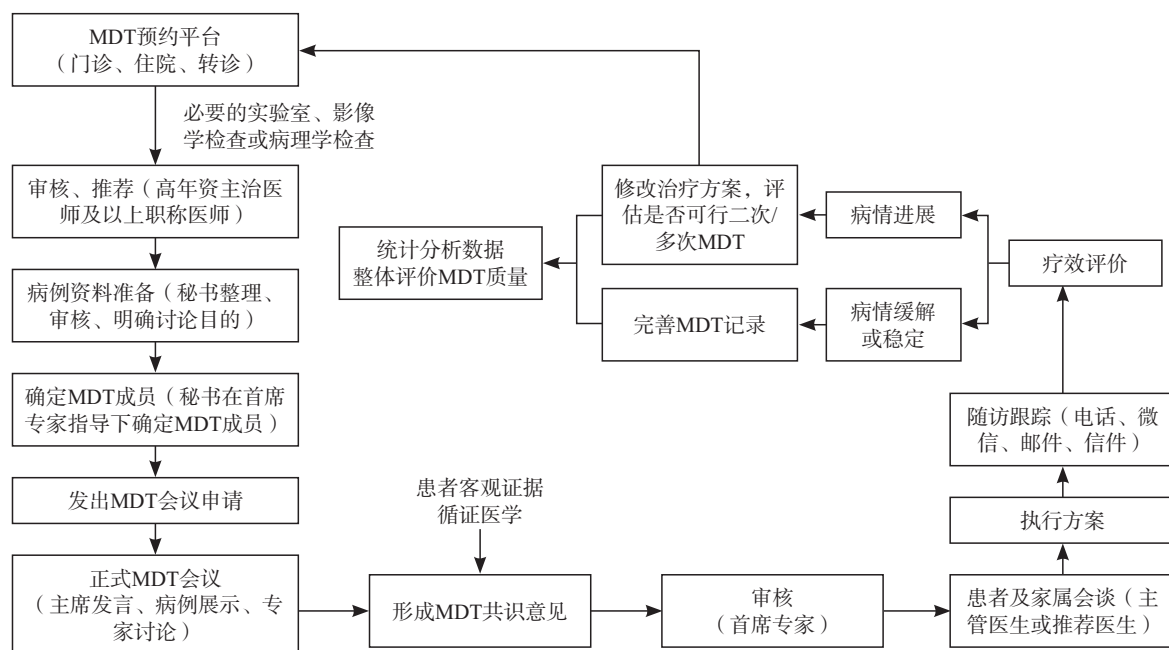


图1 线下MDT会议标准流程

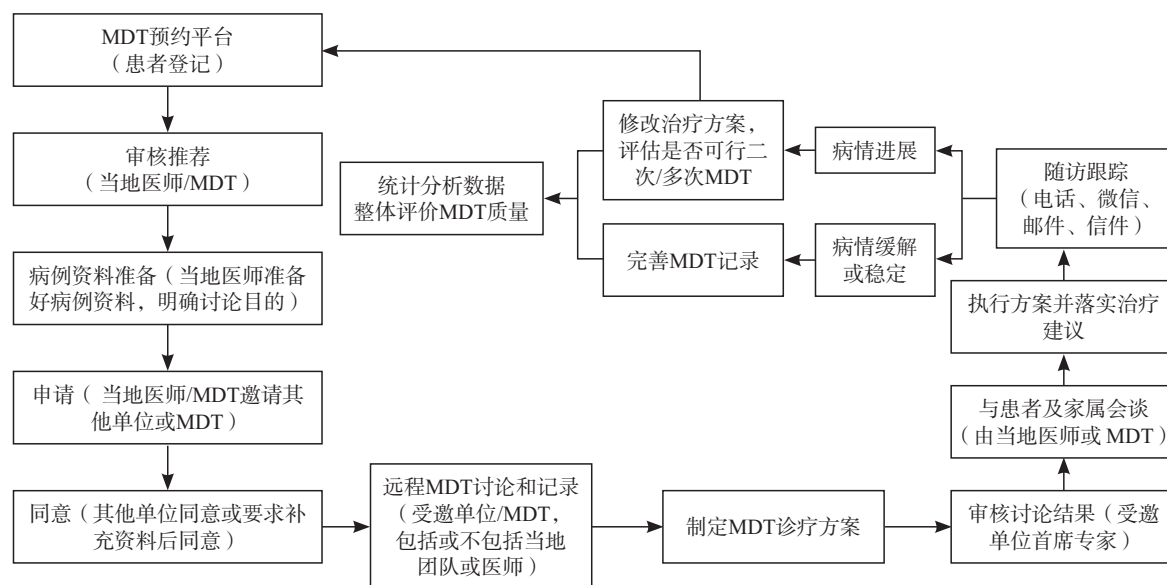


图2 线上MDT会议标准流程

证、预期疗效、可能的并发症和风险，结合患者情况，根据指南推荐选择合适的治疗模式和最优的诊疗方案。③ 康复随访，利用肿瘤标志物、CT、造影、超声、细胞学检查等方法进行密切监测，尽早发现复发，以便采取有效的补救治疗，随访频率应该平衡医疗费用、患者接受检查的焦虑程度和等待结果的时间等因素。

4.2.3 MDT讨论需要明确的问题

(1) 卵巢癌MDT需要明确的问题^[17, 28, 31, 34-35]：

① 无论初次治疗还是既往治疗过的患者，是否能够明确诊断，是否增加排除性诊断所需的进一步检查，术后罕见病理学类型和分期的确定；② 初次治疗选择是直接行肿瘤细胞减灭术还是新辅助化疗；③ 新辅助化疗的疗效评估及间歇性肿瘤细胞减灭术的手术时机；④ 选择手术路径、评估术中可能需要进行联合切除的器官、手术风险及可行性，术后特殊辅助治疗的选择及安全性等；⑤ 对于特殊人群，如合并妊娠期患者，需要与产科及妇科内分泌专家共同讨论终止妊娠或分娩方式、终止妊娠后肿瘤系统治疗的衔接及激素替代治疗等相关问题；⑥ 基因检测结果的解读及相关临床决策；⑦ 复发性卵巢癌的分类、部位，需更改治疗方案；⑧ 复杂合并症或并发症的处理，严重不良反应的识别和治疗。

(2) 宫颈癌MDT需要明确的问题^[36-38]：①

是否能够明确诊断，确定分期；② 少见病理学类型是否需要补充特殊分子生物学标志物的检测；③ 对早期宫颈癌患者，需评估手术治疗与放疗的利弊，明确能否实施手术治疗；④ 对于拟保留生育功能的早期宫颈癌患者，需与生殖医学专家讨论保留生育功能的可能性（包括冻卵、人工辅助生殖技术的可行性）；⑤ 对于合并妊娠者，需与产科医师讨论肿瘤治疗对胎儿生长发育的影响，终止妊娠的时机及分娩方式等；⑥ 对晚期宫颈癌患者，是选择根治性放疗还是姑息性放疗，放疗技术的选择，内照射与外照射如何衔接，ⅣB期患者放疗与全身系统性治疗如何衔接；⑦ 放疗敏感性的评估；⑧ 复发患者再程放疗的意义及技术的选择；⑨ 对于特殊类型宫颈癌，如胃型腺癌患者，应与肿瘤遗传学专家讨论是否存在遗传性肿瘤综合征的可能性。

(3) 子宫内膜癌MDT需要明确的问题^[39-40]：

① 影像学检查拟诊断为子宫内膜癌，需明确是选择分段诊刮，还是宫腔镜检查，或是穿刺活检，是否需进一步影像学检查等，以期获得准确的分期和病理学诊断；② 是否实施手术治疗，手术方式，手术路径，术后是否需要辅助治疗；③ 根据分子分型和基因检测结果，确定个体化治疗方案；④ 对于拟保留生育功能的早期患者，与生殖医学专家讨论保留生育功能的可能性（包括冻

卵、人工辅助生殖技术的可行性），以及肿瘤治疗与自然妊娠或人工辅助生殖技术的时间衔接等问题，与肿瘤遗传学专家讨论是否存在林奇综合征等遗传性妇科肿瘤综合征的可能性；⑤对晚期及复发患者放疗与系统性治疗如何选择及衔接，放疗技术如何选择。

(4) 决策方案的制订^[29]：综合MDT的共识意见，由MDT首席专家最终确定合理的个体化治疗方案，并交由相关专科具体实施。临床决策制定需符合如下标准：①方案的制订需有证据支持，具体可参考国内外权威机构制订的指南与共识；②通常需选择标准诊治方案，在特殊情况下，因诊疗条件的限制，需有足够理由选择其他非标准治疗方案作为替代，并应将实际情况记录在案。③建议推荐两种及以上的治疗方案或可替代方案供患者及家属选择，充分告知每个方案的优劣，尊重患者的知情同意权，取得明确的知情同意并签字后方可执行。④了解所有当前正在进行的临床试验，评估患者能否参与临床试验，作为临床决策的一部分，必要时可请相关临床试验的协作者或研究者参加MDT会议。

4.2.4 MDT会议后的工作

(1) 患者及家属会谈：会议结束后由MDT发起科室的医师负责向患者和家属说明MDT的意见。

(2) 方案实施及修订：管床医师在获得患者及家属的明确知情同意后，严格执行治疗计划，期间如出现治疗效果不佳、疾病进展、2级以上不良反应时，需重新评估是否需要再次进行MDT讨论，并及时更新治疗方案，以上情况均需记录于MDT情况表中。

(3) 随访跟踪^[41-42]：定期组织专人对患者进行随访。根据患者病情变化和诊治需求，开展MDT患者健康教育活动。对每例MDT患者需建立完整、标准化的病历档案，有条件的单位可建立数据库，定期对数据进行分析 and 总结，逐步提高MDT水平和科研水平。

5 MDT监测评估及质量控制指标

根据国家卫生健康委员会制订的《肿瘤多学科诊疗试点工作方案》要求，监督妇科肿瘤规范

化治疗的实施，科学评估MDT运行情况、MDT病例治疗效果和卫生经济学效果。

5.1 肿瘤诊疗规范性指标

肿瘤诊疗规范性指标包括：①病理学诊断规范性；②医学影像学检查规范性；③放疗规范性；④药物治疗规范性；⑤手术和其他局部治疗手段选择的规范性。

5.2 MDT运行情况指标

MDT运行情况指标包括：①MDT病例年诊疗数量和占比（按年度统计开展MDT病例总数占全院当年肿瘤病例总数比例）；②MDT初诊病例占全部MDT病例比例；③MDT病例不同分期情况所占比例（分为早期、局部晚期和晚期）；④MDT治疗方案执行情况评估，包括及时性、连续性、完整性和序贯性4个方面，分为完全执行、部分执行、未执行，并说明部分执行、未执行的原因；⑤MDT病例数据库的建立和完善情况。

5.3 MDT病例疗效指标

MDT病例疗效指标包括：①MDT病例疗效达到MDT治疗方案预期的比例（分为完全达到、部分达到、未达到）；②MDT病例手术根治切除率和术后复发率；③MDT病例接受多种治疗手段的比例；④MDT病例预后情况评估，包括生存时间和术后复发情况。

5.4 卫生经济学指标

卫生经济学指标包括：①MDT病例次均住院费用（按病种统计，多病种的单独统计）；②MDT病例围手术期治疗总费用（按病种统计，多病种的单独统计）。

肿瘤MDT模式的产生，既是医学技术发展的结果，也是顺应时代发展的产物。本共识旨在建立、健全和完善中国妇科肿瘤MDT标准，通过对MDT准备阶段、实施阶段和后期评估3个阶段进行管理，提升妇科肿瘤MDT方案制定的科学性和实用性，强化MDT方案实施阶段的可行性和有效性，完善后期评估阶段的可靠性和完整性，逐步建立完善中国妇科肿瘤MDT模式的运营闭环体系。

利益冲突声明：所有作者均声明不存在利益冲突。

附录1

附录1 ×××MDT标准化信息登记表

| | | | | |
|--------------|------------------------------|-------|----------|--|
| ×××MDT日志 | | | | |
| MDT地点 | | MDT时间 | | |
| 首席专家 | | 主持人 | | |
| 单位科室 | | 主管医师 | | |
| 参与科室 | | | | |
| 参与专家 | | | | |
| 患者 基线特征 | 患者姓名: | | MDT次数: | |
| | 年龄: | | ECOG评分: | |
| | 主诉 | | | |
| | 现病史 | | | |
| | 月经及婚育 | | | |
| | 既往史 | | | |
| | 个人史 | | | |
| | 家族史 | | | |
| 患者 临床特征 | 血压 (mmHg) | | 体温 (℃) | |
| | 心率 (次/分) | | 呼吸 (次/分) | |
| | 体格检查 | | | |
| | 实验室检查 | | | |
| | 影像学诊断 | | | |
| | 影像学检查时间 (填写检测日期, 非报告日期): | | | |
| | 病理学诊断 | | | |
| | 病理学检查时间 (填写活检的日期, 非报告日期): | | | |
| | 基因突变检测 | | | |
| | 基因检测时间 (填写活检的日期, 非报告日期): | | | |
| | 既往治疗&疗效评估 | | | |
| | 既往治疗: 填写治疗方案开始日期, 初始治疗者填写“无” | | | |
| 目前诊断 (分期): | | | | |
| MDT目的/拟讨论问题: | | | | |
| MDT专家意见 | | | | |
| 各科 专家意见 | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| 首席专家意见 | | | | |
| MDT共识及意见 | | | | |
| 循证医学证据 | | | | |
| 参考指南 | | | | |

续附录1 ×××MDT标准化信息登记表

| | | | | |
|-------------------|---------|---|---|------------|
| 参照临床试验 | | | | |
| 参考文献 | | | | |
| 执行反馈否全部完成 | | | | |
| 完全执行 | | 部分执行 | 未执行 | |
| 随访信息 | | | | |
| 随访时间 | | 是否死亡 | 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> | |
| 如果是则死亡日期 | | | 死亡原因 | |
| 肿瘤评价 | | <input type="checkbox"/> 好转; <input type="checkbox"/> 复发; <input type="checkbox"/> 转移; <input type="checkbox"/> 进展; <input type="checkbox"/> 稳定 | | |
| 复发情况 | 局部 | | | 目前诊断 |
| | 远处 | | | |
| 不良反应 | ≥3级不良反应 | | 发生时间 | |
| | 1级不良反应 | | | |
| | 2级不良反应 | | | |
| | 3级不良反应 | | | |
| 复发后治疗方式 | | | | |
| 外科 | | | | |
| 内科 | | | | |
| 放疗 | | | | |
| 疗效评价指标 | | | | |
| DFS: | 月 | PFS: | 月 | OS: 月 QOL: |
| 是否纳入临床试验 | | | | |
| 患者是否满足入排标准: | | 否 <input type="checkbox"/> | 是 <input type="checkbox"/> | |
| 如果“是”请填写入组临床试验注册号 | | | | |
| | | | | |

[参 考 文 献]

- [1] SUNG H, FERLAY J, SIEGEL R L, et al. Global cancer statistics 2020: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries [J]. CA Cancer J Clin, 2021, 71(3): 209–249.
- [2] LAMB B W, SEVDALIS N, TAYLOR C, et al. Multidisciplinary team working across different tumour types: analysis of a national survey [J]. Ann Oncol, 2012, 23(5): 1293–1300.
- [3] TABERNA M, GIL MONCAYO F, JANÉ-SALAS E, et al. The multidisciplinary team (MDT) approach and quality of care [J]. Front Oncol, 2020, 10: 85.
- [4] FALZONE L, SCANDURRA G, LOMBARDO V, et al. A multidisciplinary approach remains the best strategy to improve and strengthen the management of ovarian cancer (review) [J]. Int J Oncol, 2021, 59(1): 53.
- [5] BAERT T, FERRERO A, SEHOULI J, et al. The systemic treatment of recurrent ovarian cancer revisited [J]. Ann Oncol, 2021, 32(6): 710–725.
- [6] TAYLOR C, SHEWBRIDGE A, HARRIS J, et al. Benefits of multidisciplinary teamwork in the management of breast cancer [J]. Breast Cancer (Dove Med Press), 2013, 5: 79–85.
- [7] LICITRA L, KEILHOLZ U, TAHARA M, et al. Evaluation of the benefit and use of multidisciplinary teams in the treatment of head and neck cancer [J]. Oral Oncol, 2016, 59: 73–79.
- [8] ELNAHAL S M, PRONOVOST P J, HERMAN J M. More than the sum of its parts: how multidisciplinary cancer care can benefit patients, providers, and health systems [J]. J Natl Compr Canc Netw, 2013, 11(6): 738–742.
- [9] HUNG H Y, TSENG Y H, CHAO H S, et al. Multidisciplinary team discussion results in survival benefit for patients with stage III non-small cell lung cancer [J]. PLoS One, 2020, 15(10): e0236503.
- [10] KHALAFALLAH A M, JIMENEZ A E, ROMO C G, et al. Quantifying the utility of a multidisciplinary neuro-oncology tumor board [J]. J Neurosurg, 2020: 1–6.

- [11] PRABHAKAR C N, FONG K M, PEAKE M D, et al. The effectiveness of lung cancer MDT and the role of respiratory physicians [J] . *Respirology*, 2015, 20(6): 884–888.
- [12] HAWARD R A. The Calman–Hine report: a personal retrospective on the UK’s first comprehensive policy on cancer services [J] . *Lancet Oncol*, 2006, 7(4): 336–346.
- [13] JUNOR E J, HOLE D J, GILLIS C R. Management of ovarian cancer: referral to a multidisciplinary team matters [J] . *Br J Cancer*, 1994, 70(2): 363–370.
- [14] COHEN P, TAN A L, PENMAN A. The multidisciplinary tumor conference in gynecologic oncology: does it alter management? [J] . *Int J Gynecol Cancer*, 2009, 19(9): 1470–1472.
- [15] CARLSON J W, STOJADINOVIC A, ENNIS W, et al. Multidisciplinary panel discussion of a gynecologic oncology patient: preventing wound complications [J] . *Gynecol Oncol*, 2008, 111(2 Suppl): S98–S100.
- [16] PILLAY B, WOOTTEN A C, CROWE H, et al. The impact of multidisciplinary team meetings on patient assessment, management and outcomes in oncology settings: a systematic review of the literature [J] . *Cancer Treat Rev*, 2016, 42: 56–72.
- [17] ALETTI G D, GARBI A, MESSORI P, et al. Multidisciplinary approach in the management of advanced ovarian cancer patients: a personalized approach. Results from a specialized ovarian cancer unit [J] . *Gynecol Oncol*, 2017, 144(3): 468–473.
- [18] SCOTT R, HAWARDEN A, RUSSELL B, et al. Decision-making in gynaecological oncology multidisciplinary team meetings: a cross-sectional, observational study of ovarian cancer cases [J] . *Oncol Res Treat*, 2020, 43(3): 70–77.
- [19] SELBY P, POPESCU R, LAWLER M, et al. The value and future developments of multidisciplinary team cancer care [J] . *Am Soc Clin Oncol Educ Book*, 2019, 39: 332–340.
- [20] SPECCHIA M L, FRISCALE E M, CARINI E, et al. The impact of tumor board on cancer care: evidence from an umbrella review [J] . *BMC Health Serv Res*, 2020, 20(1): 73.
- [21] FUNG–KEE–FUNG M, KENNEDY E B, BIAGI J, et al. An organizational guideline for gynecologic oncology services [J] . *Int J Gynecol Cancer*, 2015, 25(4): 551–558.
- [22] RAUSEI S, UCCELLA S, D’ALESSANDRO V, et al. Aggressive surgery for advanced ovarian cancer performed by a multidisciplinary team: a retrospective analysis on a large series of patients [J] . *Surg Open Sci*, 2019, 1(1): 43–47.
- [23] EL SAGHIR N S, CHARARA R N, KREIDIEH F Y, et al. Global practice and efficiency of multidisciplinary tumor boards: results of an American Society of Clinical Oncology international survey [J] . *J Glob Oncol*, 2015, 1(2): 57–64.
- [24] 中国医师协会神经外科医师分会脑胶质瘤专业委员会. 胶质瘤多学科诊治(MDT)中国专家共识 [J] . *中华神经外科杂志*, 2018, 34(2): 113–118.
Professional Committee of Brain Glioma, Branch of Neurosurgeons, Chinese Medical Doctor Association. Consensus of Chinese experts on multidisciplinary team (MDT) of brain glioma [J] . *Chin J Neurosurg*, 2018, 34(2): 113–118.
- [25] JALIL R, LAMB B, RUSS S, et al. The cancer multidisciplinary team from the coordinators’ perspective: results from a national survey in the UK [J] . *BMC Health Serv Res*, 2012, 12: 457.
- [26] OSAROGIACBON R U, FREEMAN R K, KRASNA M J. Implementing effective and sustainable multidisciplinary clinical thoracic oncology programs [J] . *Transl Lung Cancer Res*, 2015, 4(4): 448–455.
- [27] 张建栋, 李梁和, 陈忠胜, 等. 多学科团队协作在中晚期结直肠癌诊疗价值的研究 [J] . *贵州医药*, 2021, 45(3): 355–358.
ZHANG J D, LI L H, CHEN Z S, et al. Study on the value of multidisciplinary teamwork in the diagnosis and treatment of advanced colorectal cancer [J] . *Guizhou Med J*, 2021, 45(3): 355–358.
- [28] 中国医师协会妇产科医师分会妇科肿瘤学组. 卵巢恶性肿瘤多学科团队协作诊治的中国专家共识 [J] . *中华妇产科杂志*, 2021, 56(12): 825–830.
Gynecological Oncology Group, Branch of Obstetricians and Gynecologists, Chinese Medical Doctor Association. Chinese consensus on multi-disciplinary team treatment of ovarian malignancies [J] . *Chin J Obstet Gynecol*, 2021, 56(12): 825–830.
- [29] 钟文昭, 中国胸部肿瘤研究协作组, 中国抗癌协会肺癌专业委员会, 等. 肺癌多学科团队诊疗中国专家共识 [J] . *中华肿瘤杂志*, 2020, 42(10): 817–828.
ZHONG W Z, China Thoracic Cancer Research Collaborative Group, Lung Cancer Committee of Chinese Anti-Cancer Association, et al. Chinese expert consensus on the multidisciplinary team diagnosis and treatment of lung cancer [J] . *Chin J Oncol*, 2020, 42(10): 817–828.
- [30] 叶定伟, 秦晓健, 朱 耀, 等. 泌尿男生殖系统肿瘤多学科团队诊治组织与实施规范中国专家共识 (2020年版) [J] . *中国癌症杂志*, 2020, 30(4): 313–320.
YE D W, QIN X J, ZHU Y, et al. Consensus of Chinese experts on the organization and implementation of the multidisciplinary team for diagnosis and treatment of genitourinary system tumors (2020 edition) [J] . *China Oncol*, 2020, 30(4): 313–320.
- [31] HEUDEL P E, DEVOUASSOUX–SHISHEBORAN M, TAIEB S, et al. Multidisciplinary management of advanced ovarian cancer for an optimal therapeutic strategy [J] . *Eur J Gynaecol Oncol*, 2017, 38(2): 175–180.
- [32] 王成锋, 杨尹默, 傅德良, 等. 中国胰腺癌多学科综合治疗模式专家共识 (2020版) [J] . *临床肝胆病杂志*, 2020, 36(9): 1947–1951.
WANG C F, YANG Y M, FU D L, et al. Expert consensus on the MDT model of pancreatic cancer in China (2020 version) [J] . *J Clin Hepatol*, 2020, 36(9): 1947–1951.
- [33] DE FELICE F, TOMBOLINI V, DE VINCENTIIS M, et al. Multidisciplinary team in head and neck cancer: a management

- model [J]. Med Oncol, 2018, 36(1): 2.
- [34] QUARANTA M, NATH R, MEHRA G, et al. Surgery of benign ovarian masses by a gynecological cancer surgeon: a cohort study in a tertiary cancer centre [J]. Cureus, 2020, 12(7): e9201.
- [35] TOOKMAN L, KRELL J, NKOLOBE B, et al. Practical guidance for the management of side effects during rucaparib therapy in a multidisciplinary UK setting [J]. Ther Adv Med Oncol, 2020, 12: 1758835920921980.
- [36] RASPOLINI M R, LAX S F, MCCLUGGAGE W G. The central role of the pathologist in the management of patients with cervical cancer: ESGO/ESTRO/ESP guidelines [J]. Virchows Arch, 2018, 473(1): 45–54.
- [37] KOH W J, ABU-RUSTUM N R, BEAN S, et al. Cervical cancer, version 3 2019, NCCN clinical practice guidelines in oncology [J]. J Natl Compr Canc Netw, 2019, 17(1): 64–84.
- [38] MINIG L, PADILLA-ISERTE P, ZORRERO C. The relevance of gynecologic oncologists to provide high-quality of care to women with gynecological cancer [J]. Front Oncol, 2015, 5: 308.
- [39] COLOMBO N, CREUTZBERG C, AMANT F, et al. ESMO–ESGO–ESTRO consensus conference on endometrial cancer: diagnosis, treatment and follow-up [J]. Radiother Oncol, 2015, 117(3): 559–581.
- [40] SPOOR E, CROSS P. Audit of endometrial cancer pathology for a regional gynecological oncology multidisciplinary meeting [J]. Int J Gynecol Pathol, 2019, 38(6): 514–519.
- [41] TRIMBLE E L. The NIH consensus conference on ovarian cancer: screening, treatment, and follow-up [J]. Gynecol Oncol, 1994, 55(3 Pt 2): S1–S3.
- [42] NEWTON C, NORDIN A, ROLLAND P, et al. British Gynaecological Cancer Society recommendations and guidance on patient-initiated follow-up (PIFU) [J]. Int J Gynecol Cancer, 2020, 30(5): 695–700.

（收稿日期：2022-07-14 修回日期：2022-08-22）

《妇科恶性肿瘤多学科诊疗中国专家共识（2022年版）》专家组

名誉组长：

于金明 山东省肿瘤医院

组长：

吴小华 复旦大学附属肿瘤医院

王 洁 中国医学科学院肿瘤医院

执笔人：

蔡红兵 武汉大学中南医院

温 灏 复旦大学附属肿瘤医院

审阅专家组成员（按姓氏笔画排序）：

王丹波 辽宁省肿瘤医院

王 崑 北京大学肿瘤医院

王 莉 河南省肿瘤医院

丛明华 中国医学科学院肿瘤医院

刘继红 中山大学肿瘤防治中心

刘再毅 广东省人民医院

吴令英 中国医学科学院肿瘤医院

张师前 山东大学齐鲁医院

张元珍 武汉大学中南医院

张福泉 中国医学科学院北京协和医院

张国福 复旦大学附属妇产科医院

曾宪涛 武汉大学中南医院

杨文涛 复旦大学附属肿瘤医院

周 琦 重庆大学附属肿瘤医院

林仲秋 中山大学孙逸仙纪念医院

金 丽 复旦大学附属妇产科医院

姜 争 中国医学科学院肿瘤医院

蒋 晨 上海交通大学医学院附属仁济医院

谢 鹏 山东省肿瘤医院

高 阳 武汉大学中南医院