

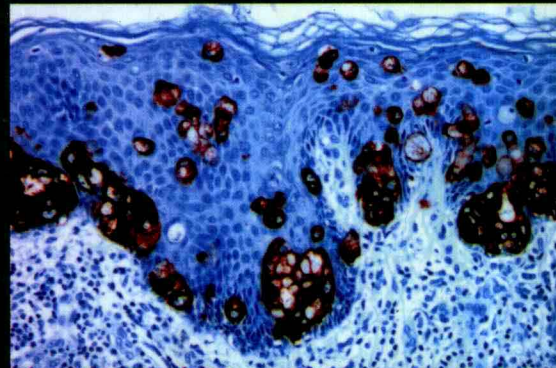
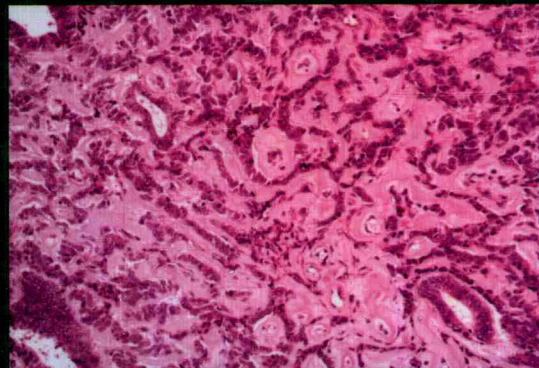
妇科病理学图谱

Atlas of Gynecologic Surgical Pathology

第 2 版

原著 Philip B. Clement Robert H. Young

主译 回允中



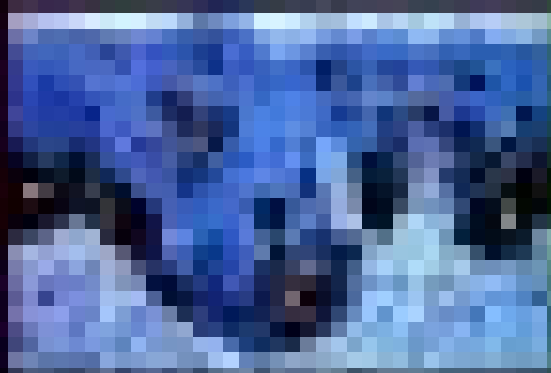
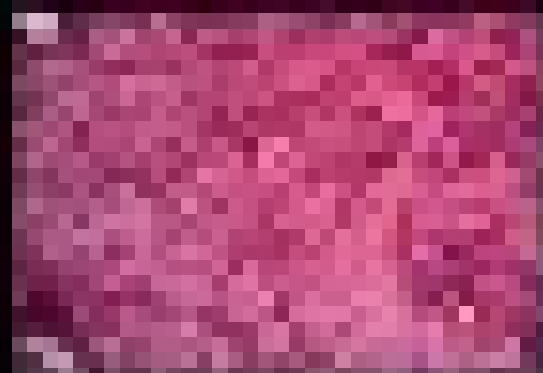
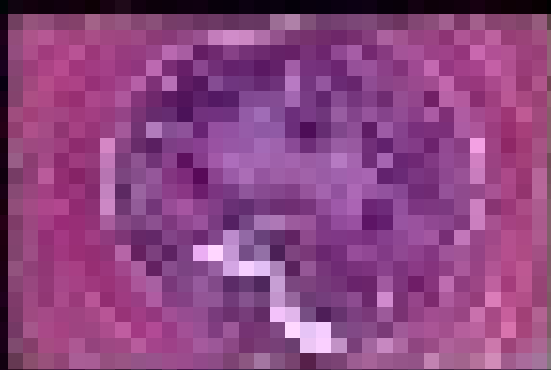
妇科病理学图谱

A Atlas and Color Atlas of Gynecological Pathology

第二版

主编 王景华 王景华 王景华 王景华

副主编 王景华



妇科病理学图谱

Atlas of Gynecologic Surgical Pathology

第2版

原著 Philip B. Clement Robert H. Young

主译 回允中

译者 (按姓氏笔画排序)

丁效蕙 北京五洲女子医院
王芳 昆明医学院病理学教研室
石峥 北京五洲女子医院
吕申 大连医科大学病理学教研室
回允中 北京大学人民医院、北京五洲女子医院病理科
刘巨英 北京五洲女子医院
李连宏 大连医科大学病理学教研室
杜金荣 哈尔滨医科大学附属第二医院病理科
杨丽娟 昆明医学院病理学教研室
邹英鹰 昆明医学院病理学教研室
宋一村 哈尔滨医科大学附属第二医院病理科
陈定宝 北京大学人民医院病理科
周红 北京五洲女子医院
武莹 北京大学肿瘤医院病理科
胡成乙 哈尔滨医科大学附属第四医院病理科
唐建武 大连医科大学病理学教研室
郭小荣 哈尔滨医科大学附属第二医院病理科
钱利华 北京大学人民医院病理科
嵇晶晶 哈尔滨医科大学附属第四医院病理科
谢大鹤 北京大学人民医院病理科
鲍冬梅 北京大学人民医院病理科
薛卫成 北京大学肿瘤医院病理科
戴林 北京大学人民医院病理科

Atlas of Gynecologic Surgical Pathology, second edition

Philip B. Clement, Robert H. Young

ISBN: 978-1-4160-2972-4

Copyright © 2008 by Elsevier. All rights reserved.

Authorized Simplified Chinese translation from English language edition published by the Proprietor.

ISBN-13: 978-981-272-798-5

ISBN-10: 981-272-798-1

Copyright © 2011 by Elsevier (Singapore) Pte Ltd. All rights reserved.

Elsevier (Singapore) Pte Ltd.

3 Killiney Road

#08-01 Winsland House I

Singapore 239519

Tel: (65) 6349-0200

Fax: (65) 6733-1817

First Published 2011

2011年初版

Printed in China by People's Medical Publishing House under special arrangement with Elsevier (Singapore) Pte Ltd. This edition is authorized for sale in China only, excluding Hong Kong SAR and Taiwan. Unauthorized export of this edition is a violation of the Copyright Act. Violation of this Law is subject to Civil and Criminal Penalties.

本书简体中文版由Elsevier (Singapore) Pte Ltd.授权人民卫生出版社在中国大陆境内独家发行。本版仅限在中国境内（不包括中国香港特别行政区及台湾省）出版及标价销售。未经许可之出口，视为违反著作权法，将受法律之制裁。

图书在版编目 (CIP) 数据

妇科病理学图谱 / (美) 克莱门特 (Clement, P. B.) 著; 回允中等译. —北京: 人民卫生出版社, 2011. 7

ISBN 978-7-117-14298-4

I. ①妇… II. ①克… ②回… III. ①妇科病: 病理学—图谱
IV. ①R711.02-64

中国版本图书馆CIP数据核字 (2010) 第083030号

门户网: www.pmph.com	出版物查询、网上书店
卫人网: www.ipmph.com	护士、医师、药师、中医师、卫生资格考试培训

版权所有，侵权必究！

图字：01-2011-0394

妇科病理学图谱

主 译：回允中

出版发行：人民卫生出版社（中继线 010-59780011）

地 址：北京市朝阳区潘家园南里19号

邮 编：100021

E-mail: pmph@pmph.com

购书热线：010-67605754 010-65264830

010-59787586 010-59787592

印 刷：北京铭成印刷有限公司

经 销：新华书店

开 本：889×1194 1/16 印张：30

字 数：942 千字

版 次：2011年7月第1版 2011年7月第1版第1次印刷

标准书号：ISBN 978-7-117-14298-4/R·14299

定 价：199.00元

打击盗版举报电话：010-59787491 E-mail: WQ@pmph.com

（凡属印装质量问题请与本社销售中心联系退换）

作者

仅以本书献给Robert E. Scully, M.D.



伟大的病理学家，卓越的学者，
我们的良师和益友

前言

第2版《妇科病理学图谱》与第1版的目的一样，希望能成为诊断女性生殖系统和腹膜病变的简单而又实用的指南。我们希望本书的编排有助于读者迅速汲取书中讨论和图示有关疾病所必需的信息。每一章均从一个标题概要开始，以便一眼就能看出它的内容。正文内容广泛，我们的目的是能让读者在这一章中找到大量的超出多数图谱所能提供的信息。

正文经过修订和更新，增加了近40%的内容。插图数量也有相应的增加，而且全部为彩色图片。由于利用空间比较合理，补充的材料并没有使本书篇幅增加过多，增加的内容反映了新发现的疾病并且重点着墨于鉴别诊断的诸多陷阱。虽然常规分析仍然是妇科病理诊断的基石，本书还是增加了有关免疫组化和新技术的篇幅，并且强调其在诊断方面的作用。第1版末尾附录中的多数内容已被合并到最合适的章节，可供相互参照。由于现今容易在线搜寻，除了某些经典的老文献以外，我们试图把引用的文献主要限制在过去20年内最重要的文献。在多数情况下，通过查阅原始描述可以增进我们的知识和理解能力，正是这些原始材料的积累才将我们的知识提高到了现今的水平。

本书的重点是肿瘤性和假瘤性病变的诊断，对于临床上、大体或显微镜下检查可能误诊为肿瘤的所有“假瘤性”病变进行了必要的解释。虽然主要讨论常见病变，但是也涉及了不常见的甚至是罕见的病变。在多数情况下疾病的诊断是通过仔细评估常规染色切片完成的，因此绝大多数照片也是这样制备的。大体检查在评估女性生殖道标本方面具有重要作用，尽管受篇幅限制不是每一种疾病都有大体照片，但是书中还是采用了许多大体照片。临床背景对于评估妇科肿瘤也很重要，诸如患者年龄和临床病史等基本特征对于鉴别诊断可能具有决定性作用，特别是探讨卵巢肿瘤时，因此必要时还是要强调临床背景。作为评估这个领域病理学改变的背

景，详细了解女性生殖道正常组织学非常重要。本书某些章节简要地提到了必要的组织学所见，但不做更详细的讨论，可以在教科书中查到^[1]。

本书共20章，按解剖学部位编写，正文编排成简要的点状形式，以便突出基本的临床、大体和显微镜下特征以及鉴别诊断。如上所述，免疫组化也包括在正文之内，强调在诊断上最有用的免疫组化所见，但是我们提醒注意不要过度依靠这种技术，因为它能提供的有意义的诊断帮助相对较少。本书还包括了每一个主要部位的FIGO（国际妇产科联合会）肿瘤分级系统。组织学分类一般是采用新近修订的女性生殖道肿瘤的WHO分类^[2,3]，有时应用做了某些修改的版本。

我们希望所有病理医师均能感到本书有助于评估在日常女性生殖道病理标本中可能遇到的许多令人迷惑的形态，这样的病例在本书中占有相当的比例。另外，对于本领域有兴趣的临床医师也有望从本书中找到有用的信息和参考资料。

谨以本书奉献给Dr. Robert E. Scully，非常感谢他能允许我们使用资料并有资格撰写本书。Dr. Scully退休前是马萨诸塞总医院资深的病理学家和哈佛医学院的病理学教授，他整整工作了55个年头。他的经历、旧式的忘我工作、对患者的关注、综合思考问题的方法（包括他认为必须了解临床和大体特征，但是现在往往不予重视），以及卓越的见解，都是需要我们学习并努力争取做到的。他履行了17世纪杰出的英国医师Thomas Sydenham的名言，即“观察和经验是医师的标准”^[4]。在为妇科病理学做出贡献的诸多杰出的专家中，Dr. Scully足以与传奇式人物 Dr. Robert Meyer 比肩，同为本领域中的巨匠^[5]。

Philip B. Clememt, MD
Robert H. Young, MD, FRCPath
回允中 译

目 录

第1章	外阴非肿瘤性病变和良性肿瘤	1
第2章	外阴恶性肿瘤	26
第3章	阴道	47
第4章	宫颈瘤样病变和良性上皮性肿瘤	67
第5章	宫颈浸润性鳞状细胞癌及其前体病变	92
第6章	宫颈腺癌，相关肿瘤及其前体病变	109
第7章	子宫体非肿瘤性病变	132
第8章	子宫内膜增生和癌	152
第9章	子宫体和宫颈间叶性和混合性上皮-间叶性肿瘤	183
第10章	滋养细胞病变，其他原发性子宫肿瘤，造血肿瘤和子宫转移性肿瘤	223
第11章	输卵管和阔韧带	247
第12章	卵巢瘤样病变	268
第13章	表面上皮-间质肿瘤：一般特征，浆液性肿瘤和黏液性肿瘤	288
第14章	表面上皮-间质肿瘤：子宫内膜样，透明细胞，移行细胞，鳞状细胞， 罕见的，未分化和混合细胞类型	316
第15章	卵巢生殖细胞肿瘤	339
第16章	性索-间质和类固醇细胞瘤	365
第17章	其他卵巢原发性肿瘤	394
第18章	卵巢转移性肿瘤（包括腹膜假黏液瘤、血液淋巴肿瘤和伴有功能性间质的肿瘤）	404
第19章	子宫内膜异位症和第二Müller系统病变病理学	431
第20章	腹膜瘤样病变和肿瘤（不包括Müller病变）	451

外阴非肿瘤性病变和良性肿瘤

病毒性感染 2

- 人乳头状瘤病毒 (HPV)
感染 (尖锐湿疣) 2
- 疱疹病毒感染 4
- 其他病毒感染 4

其他感染 4

- 梅毒 4
- 腹股沟肉芽肿 5
- 性病淋巴肉芽肿 5
- 软下疳 5
- 结核 5
- 坏死性筋膜炎和进行性细菌协
同性坏疽 5
- 其他细菌感染 5
- 真菌感染和寄生虫感染 6

非感染性炎症性和反应性 病变 6

- 反应性非典型性和多核角化
细胞 6
- 外阴前庭炎 7
- 浆细胞性外阴炎 (Zoon 外
阴炎) 7
- 肉芽肿性外阴炎和克罗恩病
累及外阴 8
- Behçet 病 8

- 淋巴瘤样病变 8
- 木样外阴炎 8

非肿瘤性上皮性疾病 9

- 硬化性苔藓 9
- 鳞状细胞增生, 非特异性 10
- 其他皮肤病 10

纤维上皮性息肉 11

囊肿 11

- 前庭大腺导管囊肿 11
- 黏液性和纤毛上皮前庭囊肿 12
- 其他囊肿 12

色素沉着性病变 12

- 着色斑和黑变病 12
- 黑色素细胞痣 13

鳞状上皮乳头状瘤病 13

异位组织 14

- 异位乳腺组织 14
- 其他异位组织 14

各种瘤样病变 14

- 儿童期不对称性大阴唇肥大 14
- 腺病 15
- 前庭大腺结节性增生 15
- 结节性筋膜炎 15

- 其他瘤样病变 16

良性上皮性肿瘤 17

- 乳头状汗腺腺瘤和其他顶泌
汗腺肿瘤 17
- 皮肤附件来源的其他良性
肿瘤 17
- 脂溢性角化症 18
- 良性乳腺型肿瘤 18
- 前庭大腺和前庭小腺良性
肿瘤 18
- 管状绒毛状腺瘤 19

部位特异性下生殖道良性 间叶性肿瘤 19

- 侵袭性血管黏液瘤 19
- 血管肌成纤维细胞瘤 20
- 富于细胞性血管纤维瘤 22
- 浅表性肌成纤维细胞瘤 22
- 青春期前外阴纤维瘤 23

非特异性良性间叶性肿瘤 24

- 平滑肌瘤和横纹肌瘤 24
- 纤维性、脂肪细胞性、血管
性和神经性肿瘤 24
- 浅表性血管黏液瘤 (皮肤黏
液瘤) 25
- 颗粒细胞瘤 25

病毒性感染

人乳头状瘤病毒 (HPV) 感染 (尖锐湿疣)

临床和大体特征 (图1-1)

- 性传播性 HPV (通常为低危险性, 特别是 HPV6 或 HPV 11) 是普通尖锐湿疣的致病因子 (“性病疣” venereal wart)。在美国, 湿疣的发病率自 1966 年到 1981 年间增加 4 ~ 5 倍。
- 湿疣表现各异, 仅在阴道镜下检查可见的小赘生物, 到大的无蒂或有蒂的白色到红色的菜花样肿块, 常常为多发性, 偶尔融合。最常累及前庭和大阴唇的内侧。
- 外阴湿疣常常伴有这个局灶部位的湿疣, 癌前病变或浸润性鳞状细胞癌, 包括会阴和肛周皮肤以及肛门、尿道、阴道和宫颈黏膜。
- 经过临床变化, 除非切除或去除病变, 在妊娠期间病变可能增大, 数目可能增加, 但在产后可能消退。
- Srodon 等将典型的湿疣归入 VIN 1。他们的湿疣病例中 67% 含有低危险性 HPV, 而 42% 含有高危 HPV。某些湿疣存在高危 HPV, 这可能是偶尔进展为高级别 VIN 或浸润性鳞状细胞癌的原因。



图 1-1 尖锐湿疣。融合性湿疣的外阴切除标本

组织学特征 (图 1-2 ~ 图 1-4)

- 发育充分的湿疣以简单或复杂的分支状乳头为特征, 乳头由棘层增厚的鳞状上皮和纤维血管轴心组成, 而且常常为内生性, 或钉突向下增生。
- 具有病理学诊断意义的特征是在浅表层出现挖空细胞 (HPV 感染的角化细胞)。挖空细胞通常突出, 但是偶尔可能仅为局灶性甚或缺乏。具有湿

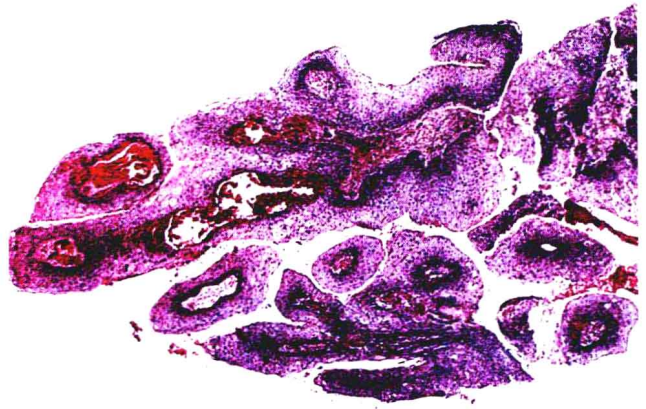


图 1-2 尖锐湿疣。低倍显微镜下显示典型的乳头状结构

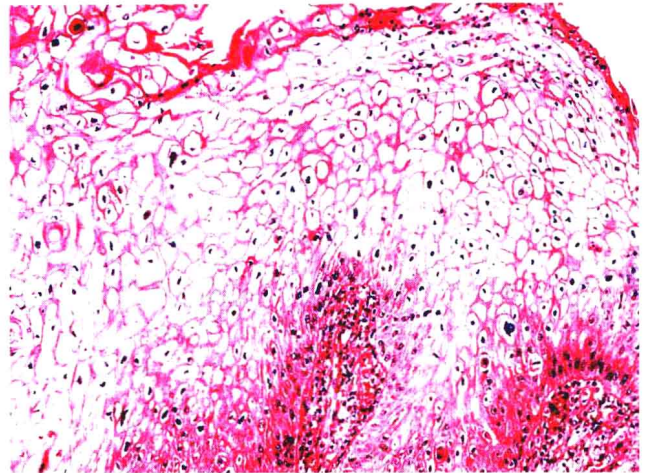


图 1-3 尖锐湿疣。显示挖空细胞非典型性的典型表现

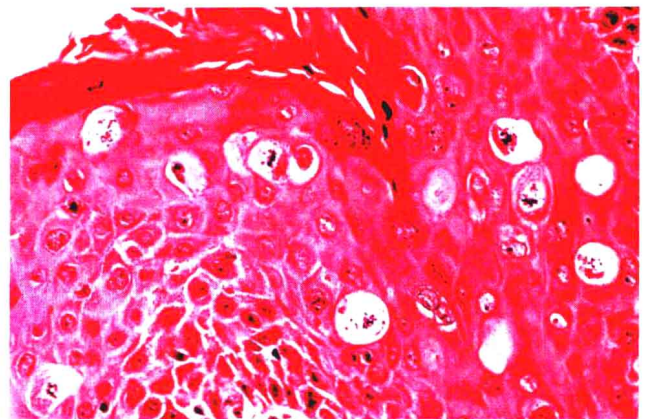


图 1-4 湿疣的假 Bowen 样改变 (见正文)

疣其他特征而缺乏挖空细胞形成的病变可以称为 “没有细胞病变效应的湿疣” (condyloma without cytopathic effect)。

- 挖空细胞大小不同, 核周有胞质透明带 (晕), 透明带周围一般绕以浓缩的两染色胞质。挖空细胞核深染, 颗粒状或模糊, 增大而皱缩, 外形不规则 (“挖空细胞非典型性”, koilocytotic

atypia)。常见双核或多核细胞。

- 偶尔可见核分裂象，但是通常局限于上皮的下1/3。
- MIB-1表达出现在上皮的上2/3，与存在HPV有关（通常为低危险亚型，例如HPV 6或HPV 11）。与高级别VIN不同（第2章），p16免疫反应呈局灶性胞质染色，而且局限于上皮的上半部分。
- 非特异性特征包括角化不全/正常角化，颗粒层增生，副基底层增生以及上皮浅层慢性炎症浸润。
- 不同的湿疣表型包括：
 - 扁平湿疣 (flat condyloma)：外阴扁平湿疣不如宫颈常见。
 - 脂溢性角化症样湿疣 (seborrheic keratosis-like condyloma)：类似于脂溢性角化症的外阴病变出现HPV的频率不同，从0 (Zhang等) 到72% (Bai等)。某些作者将HPV阳性的病变称为“伴有脂溢性角化症特征的湿疣” (condyloma with features of seborrheic keratosis)。
 - 伴有假Bowen样改变的湿疣 (condyloma with pseudo bowenoid change)：这种罕见的表现是浅表角化细胞明显凋亡的结果。染色质弥散或成块状，胞质凝聚和收缩形成致密的玻璃样小球（残留的死亡细胞），提示VIN。与VIN不同的是，上皮下层缺乏核的非典型性和核分裂活性。
- 应用鬼臼树脂 (podophyllin) 治疗湿疣，导致表皮下层核分裂停止，核碎裂以及细胞肿胀，但与VIN不同，核的非典型性轻微，而且局限于上层。近期应用鬼臼树脂治疗的病史对于这种病例的诊断特别有用。

鉴别诊断

- 寻常疣 (HPV 2) 感染 [verruca vulgaris (HPV type 2) infection]:
 - Aguilera-Barrentes发现，5岁以下女孩的外阴疣41%与HPV 2有关，其余的与HPV 6/11有关。相反，成人相应的数字是3% (HPV 2) 和94% (HPV 6/11)。
 - HPV 2相关性外阴病变可能不是性传播疾病，类似于典型的伴有明显角化过度的寻常疣。
 - 这项研究强调HPV试验对于诊断儿童外阴疣的价值，特别是当组织学改变符合寻常疣时。
- 湿疣性VIN和湿疣性浸润性鳞状细胞癌 (warty VIN and warty invasive squamous cell carcinoma):

与典型的湿疣不同，这些病变（第2章）上皮的下1/3有明显的核的非典型性和核分裂象，常常是异常核分裂象，而且通常也见于中层和上层。另外，湿疣性浸润性鳞状细胞癌还可见到浸润。与湿疣不同，p16染色一般呈弥漫强阳性。

- 疣状癌 (verrucous carcinoma) (第2章)：这种肿瘤罕见，在某些老的文献中被称为“巨大湿疣”，通常发生于老年妇女，为大的孤立性肿瘤，缺乏细的分支状乳头和湿疣的挖空细胞形成。深部边缘是界限清楚的宽大的球状钉突。疣状癌不同于湿疣，HPV常常阴性。
- 乳头状鳞状细胞癌，非特异性 (papillary squamous carcinoma, not otherwise specified)：这些病变在外阴罕见，将在第5章描述。乳头状鳞状细胞癌与湿疣不同，是由明显恶性的细胞组成的，缺乏挖空细胞形成。
- 前庭乳头状瘤病 (vestibular papillomatosis)：这种病变的鳞状上皮乳头状瘤一般局限于前庭区域，通常比湿疣要小的多，一般缺乏挖空细胞形成和角化过度。
- 梅毒湿疣 (condyloma lata)：见本章“梅毒”部分的内容。
- 表皮松解性角化过度症 (epidermolytic hyperkeratosis)：这种病变的特征是棘层增厚，致密的乳头状瘤性角化过度，以及上皮基底上方松解，导致核周出现透明带，可能类似于HPV感染。独特的所见包括透明角质凝聚和角化不良症，出现细胞内嗜酸性小体，有助于与湿疣区分。

参考文献

- Aguilera-Barrantes I, Magro C, Nuovo GJ. Verruca vulgaris of the vulva in children and adults: A non venereal type of vulvar wart. *Am J Surg Pathol* 2007; 31: 529-535.
- Bai H, Cviko A, Granter S, et al. Immunophenotype and viral (human papillomavirus) correlates of vulvar seborrheic keratosis. *Hum Pathol* 2003; 34: 559-564.
- Lynch PJ. Condylomata acuminata (anogenital warts). *Clin Obstet Gynecol* 1985; 28: 142-151.
- McLachlin CM, Kozakewich H, Craighill M, et al. Histologic correlates of vulvar human papillomavirus infection in children and young adults. *Am J Surg Pathol* 1994; 18: 728-735.
- Medeiros F, Nascimento AF, Crum CP. Early vulvar squamous neoplasia. *Advances in classification, diagnosis, and differential diagnosis. Adv Anat Pathol* 2005; 12: 20-26.
- Nucci MR, Genest DR, Tate JE, et al. Pseudobowenoid change of the vulva: A histologic variant of untreated condyloma. *Mod Pathol* 1996; 9: 375-379.
- Pirog EC, Chen Y-T, Isacson C. MIB-1 immunostaining is a beneficial adjunct test for accurate diagnosis of vulvar condyloma acuminatum. *Am J Surg Pathol* 2000; 24: 1394-1399.
- Quinn TR, Young RH. Epidermolytic hyperkeratosis in the lower female genital tract: An uncommon simulant of mucocutaneous papillomavirus infection - a report of two cases. *Int J Gynecol Pathol* 1997; 16: 163-168.
- Srodon M, Stoler MH, Baber GB, et al. The distribution of low and high-risk HPV types in vulvar and vaginal intraepithelial neoplasia

(VIN and VaIN). *Am J Surg Pathol* 2006; 30: 1513-1518.
Zhang H, Storthz K, Malpica A. Vulvar seborrheic keratosis. is it indeed related to HPV infection? [Abstract] *Mod Pathol* 2005; 18: 209A.

疱疹病毒感染 (图 1-5)

- 多数疱疹性外阴炎病例是由于2型单纯性疱疹病毒 (herpes simplex virus, HSV) 通过性传播引起的; 1型HSV作为病因并不常见。
- 典型的表现是外阴疼痛, 腹股沟淋巴结肿大, 不适和发热。随后出现水疱, 脓疱和疼痛性溃疡。会阴、肛周皮肤、宫颈、阴道和泌尿道常常同时受累。病变持续2~6周 (平均19天), 然后愈合, 不留瘢痕。
- 证实HSV感染最敏感的方法是通过检测2型HSV特异性抗体。许多没有感染病史的妇女也有这些抗体, 说明亚临床感染是常见的。
- 从新形成的水疱或溃疡的基底或边缘进行细胞学涂片或活检, 可见特征性的毛玻璃状细胞核或随后形成的嗜酸性核内包涵体。与1型HSV或带状疱疹感染的细胞具有类似的表现。
- 初次感染之后往往复发, 虽然病变非常轻微, 而且常常难以觉察, 随后倾向于不再发生。
- 继发于带状疱疹 (水痘) 感染的外阴炎罕见, 通常发生于绝经后的妇女, 表现为在水疱和溃疡出现之前发生外阴疼痛, 通常为单侧性。再次出现疼痛和一批新的水疱是常见的症状。

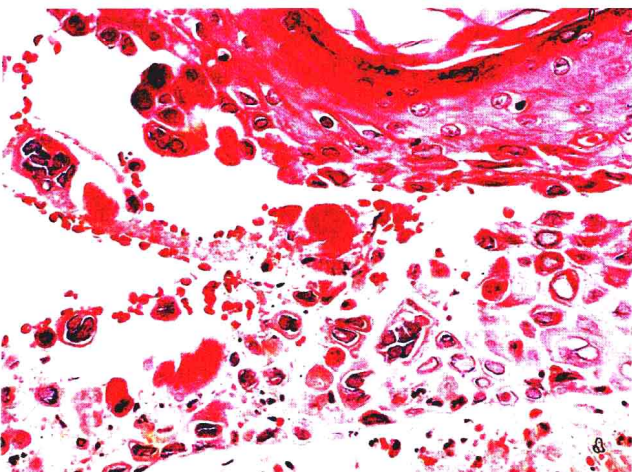


图 1-5 外阴疱疹性溃疡。注意多核细胞和典型的毛玻璃状细胞核

参考文献

- Brown D. Herpes zoster of the vulva. *Clin Obstet Gynecol* 1972; 15: 1010-1014.
Corey L, Adams HG, Brown ZA, et al. Genital herpes simplex virus infections: Clinical manifestations, course, and complications. *Ann Intern Med* 1983; 98: 958-972.

Kaufman RH, Faro S. Herpes genitalis: Clinical features and treatment. *Clin Obstet Gynecol* 1985; 28: 152-163.
Koutsky L, Stevens CE, Holmes KK, et al. Underdiagnosis of genital herpes by current clinical and viral-isolation procedures. *N Engl J Med* 1992; 326: 1533-1539.

其他病毒感染

- 巨细胞病毒 (CMV) 感染可以引起溃疡性外阴阴道炎, 类似于疱疹感染; HIV阳性的妇女似乎最易感。诊断依靠应用常规和免疫组化染色证实上皮和内皮细胞内有特征性的CMV包涵体, 培养或通过PCR辨认病毒。
- 接触性软疣可能是通过性传播的, 导致外阴和会阴病变。这种病变常常没有症状而被患者和医师忽略。组织学特征类似于发生在其他部位的这种病变。从HIV感染的女性生殖器溃疡偶尔可以培养出人类免疫缺陷病毒 (HIV), 虽然一项研究发现, 在这组人群中, 多数生殖器溃疡并不含有HIV。对于HIV感染的妇女, HIV在生殖器溃疡的形成和进展中可能具有一定的作用。
- 从人类免疫缺陷病毒 (HIV) 感染妇女的生殖器溃疡偶尔可以培养出HIV, 虽然一项研究发现在这一组人群中多数生殖器溃疡并不含有HIV。HIV在HIV感染妇女生殖器溃疡的成因或恶化过程中具有一定的作用。
- 已有报告EB病毒是女性疼痛性生殖器溃疡的一个罕见的原因。有患有典型的单核细胞增多症的病例出现。

参考文献

- Friedmann W, Schafer A, Kretschmer R. CM virus infection of vulva and vagina. *Geburtsh Frauenheilkd* 1990; 50: 729-730.
Hudson LB, Perlman SE. Necrotizing genital ulcerations in a premenarcheal female with mononucleosis. *Obstet Gynecol* 1998; 92: 642-644.
LaGuardia KD, White MH, Saigo PE, et al. Genital ulcer disease in women infected with human immunodeficiency virus. *Am J Obstet Gynecol* 1995; 172: 553-562.
Tyring SK. Molluscum contagiosum: the importance of early diagnosis and treatment. *Am J Obstet Gynecol* 2003; 189: S12-S16.

其他感染

梅毒

- 梅毒 (syphilis) 是由性传播性梅毒螺旋体引起的。一期病变或下疳在最初接触后几天或几周内形成。到了6个月二期病变症状明显, 表现为黏膜皮肤出疹和丘疹 (梅毒湿疣), 外阴可能受累。三期梅毒树胶肿很少累及外阴。
- 下疳 (chancres) 是浅表性溃疡, 而梅毒湿疣是

非溃疡性病变，伴有明显的棘层增厚和乳头状瘤病，常常伴有表皮内中性粒细胞浸润。这两种病变的血管周围均有浆细胞浸润，伴有内皮细胞增生，这是诊断线索，可以通过 Warthin-Starry 染色检测螺旋体来确定诊断。

- 根据病变部位渗液进行暗视野显微镜检查或免疫荧光染色，以及血清学检查也可以帮助诊断。

腹股沟肉芽肿

- 腹股沟肉芽肿 (granuloma inguinale) 是由革兰染色阴性的肉芽肿荚膜杆菌引起的。原发病变 (外阴、阴道或宫颈) 是疼痛性丘疹或溃疡，出现在接触 (性接触或粪便污染) 之后一个月之内。
- 这种溃疡可以持续几年，而且可能类似于肿瘤，包括鳞状细胞癌。在晚期，淋巴播散可能导致外阴硬化性水肿，或累及宫旁或腹膜后。
- 与性病淋巴肉芽肿不同 (见下文)，腹股沟淋巴结对大并不常见，但是后期可能类似于腹股沟皮下脓肿，常常发生溃疡。
- 肉芽组织有嗜中性粒细胞，浆细胞和含有球菌到杆菌 (Donovan 小体) 的空泡状组织细胞浸润。组织切片 Giemsa 或 Warthin-Starry 染色可以发现空泡内的细菌，同样，病变印片染色或培养也能发现细菌。

性病淋巴肉芽肿

- 性病淋巴肉芽肿 (lymphogranuloma venereum) 这种性传播性疾病是由沙眼衣原体引起的。开始为溃疡，随后出现疼痛性腹股沟淋巴结炎，淋巴结可能破溃，引流到其上的皮肤。疾病后期，慢性淋巴管梗阻可能导致阴道和直肠纤维化 (有时伴有狭窄) 和非指凹性外阴水肿。
- 由于炎症浸润为非特异性 (淋巴细胞，浆细胞，组织细胞，包括巨细胞)，诊断依靠特征性的临床所见，培养，免疫组化染色和补体结合试验。

软下疳

- 软下疳 (chancroid) 这种性传播疾病是由革兰染色阴性的软下疳嗜血杆菌引起的，表现为单发或多发性，疼痛性，常常是化脓性的外阴溃疡，而且腹股沟淋巴结肿大，触痛。
- 溃疡由浅表区，具有特征性血管改变的中间区，以及伴有淋巴浆细胞浸润的深部区组成。组织切

片或涂片革兰染色可以显示浅表区内的微生物，但是确定诊断需要培养鉴定微生物。

结核

- 外阴结核罕见，通常是从女性生殖道其他部位的结核直接或经淋巴道播散而来，而这些部位的结核通常是肺结核血行播散的结果。
- 病变开始表现为结节，随后出现溃疡，而且可以通过多发性窦道引流干酪性物质和脓液。在少数病例，表皮增生形成大的疣状肿块 (肥大性结核)，可能类似于肿瘤。
- 典型的伴有干酪性坏死的肉芽肿性炎症，类似于其他部位的结核。诊断需要应用抗酸组织染色和 (或) 培养鉴定微生物 (结核杆菌，或偶尔为非典型性分枝杆菌)。
- 鉴别诊断包括非感染性肉芽肿性外阴炎和异物性肉芽肿性反应。

坏死性筋膜炎和进行性细菌协同性坏疽

- 这些疾病是混合性协同性细菌感染，偶尔累及外阴。本病常常与糖尿病和动脉粥样硬化有关。
- 坏死性筋膜炎的最初表现是外阴红斑，水肿和疼痛，随后迅速进展为黑色，大泡以及皮肤，皮下组织和筋膜坏死。少数外阴病例伴有中毒性休克综合征。不及时切除受累组织并行抗菌疗法，这种感染可能致死。
- 进行性细菌协同性坏疽不同于坏死性筋膜炎，它是一种缓慢进展的疾病，可以延伸到筋膜，全身表现不严重。它多半发生于手术后的妇女，而坏死性筋膜炎则容易发生在轻微损伤的部位。

其他细菌感染

- 前庭大腺细菌感染通常是由性传播微生物淋病双球菌和沙眼衣原体引起的；少数病例发生在外阴阴道手术之后。前庭大腺脓肿是一种常见的并发症，常常与继发性厌氧菌感染有关，在少数病例，还可合并中毒性休克综合征。
- 化脓性汗腺炎 (hidradenitis suppurativa) 是包括外阴和腹股沟在内的顶泌汗腺的一种慢性化脓性炎症性疾病，常常导致瘢痕和引流性窦道形成。显微镜下检查显示急性和慢性炎症以及顶泌汗腺扩张，伴有角化性物质。少数长期存在的病例可能发生鳞状细胞癌。
- 少数软化斑 (malakoplakia) 和杆菌性血管瘤病

(bacillary angiomatosis) 病例可以累及外阴。后一种病变的特征是分叶状上皮样血管增生和应用 Warthin-Starry 方法染色可以发现模糊的菌丛 (bartonnella henselae)。

- 红癣 (erythrasma) 是一种由微小棒状杆菌引起的外阴和肛周皮肤的慢性感染。这种病变一般通过 Wood 灯检查进行诊断。

真菌感染和寄生虫感染

- 外阴和肛周皮肤慢性真菌感染常常是由白色念珠菌和皮真菌引起的。外阴阴道念珠菌病可形成瘙痒性，湿润的红色病变，表现为皮肤棘细胞层水肿以及上皮内和真皮嗜中性粒细胞浸润。PAS 染色和培养可以证实诊断，但是由于微生物少，这些结果可能是阴性的。
- 外阴寄生虫感染罕见，包括蛲虫病、血吸虫病和蝇蛆病，后者是由于藓型蝇和麻蝇幼虫感染引起的。晚期外阴皮肤血吸虫病可以伴有显著的假上皮瘤性增生，伴有表皮内血吸虫卵。

参考文献

- Barnes R, Mahood S, Lammert N, et al. Extragenital granuloma inguinale mimicking a soft-tissue neoplasm: A case report and review of the literature. *Hum Pathol* 1990; 21: 559-561.
- Bhattacharya P. Hypertrophic tuberculosis of the vulva. *Obstet Gynecol* 1978; 51: 21s-22s.
- Farley DE, Katz VL, Dotters DJ. Toxic shock syndrome associated with vulvar necrotizing fasciitis. *Obstet Gynecol* 1993; 82: 660-662.
- Freinkel AL. Histologic aspects of sexually transmitted genital lesions. *Histopathology* 1987; 11: 819-831.
- Gallup DG, Freedman MA, Meguiar RV, et al. Necrotizing fasciitis in gynecologic and obstetric patients: A surgical emergency. *Am J Obstet Gynecol* 2002; 187: 305-311.
- Kogulan PK, Smith M, Seidman J, et al. Malakoplakia involving the abdominal wall, urinary bladder, vagina, and vulva: Case report and discussion of malakoplakia-associated bacteria. *Int J Gynecol Pathol* 2001; 20: 403-406.
- Long SR, Whitfield MJ, Eades C, et al. Bacillary angiomatosis of the cervix and vulva in a patient with AIDS. *Obstet Gynecol* 1996; 88: 709-711.
- Mattox TF, Rutgers J, Yoshimori RN, et al. Nonfluorescent erythrasma of the vulva. *Obstet Gynecol* 1993; 81: 862-864.
- McKee PH, Wright E, Hutt MSR. Vulval schistosomiasis. *Clin Exp Dermatol* 1983; 8: 189-194.
- Meltzer RM. Necrotizing fasciitis and progressive bacterial synergistic gangrene of the vulva. *Obstet Gynecol* 1983; 61: 757-760.
- Peters WA III. Bartholinitis after vulvovaginal surgery. *Am J Obstet Gynecol* 1998; 178: 1143-1144.
- Ramial PK. Transepithelial elimination of late cutaneous vulva schistosomiasis. *Int J Gynecol Pathol* 2001; 20: 166-172.
- Roberts DB. Necrotizing fasciitis of the vulva. *Am J Obstet Gynecol* 1987; 157: 568-571.
- Shearin RS, Boehike J, Karanth S. Toxic shock-like syndrome associated with Bartholin's gland abscess: Case report. *Am J Obstet Gynecol* 1989; 160: 1073-1074.
- Sobel JD, Faro S, Force RW, et al. Vulvovaginal candidiasis: Epidemiologic, diagnostic, and therapeutic considerations. *Am J Obstet Gynecol* 1998; 178: 203-211.
- Thomas R, Barnhill D, Bibro M, et al. Hidradenitis suppurativa: A case presentation and review of the literature. *Obstet Gynecol* 1985; 66: 592-595.

非感染性炎症性和反应性病变

反应性非典型性和多核角化细胞 (图 1-6、图 1-7)

- 外阴表皮可以显示非特异性反应性改变，其中可能包括上皮成熟过程丢失和某种程度的核的非典型性，这些表现有时可能与外阴上皮内肿瘤形成混淆 (见第2章)。
 - 明显的炎症，棘细胞层水肿，缺乏核分裂活性，MIB-1 染色局限于上皮的下 1/3，以及 HPV 和 p16 染色阴性，支持是反应性病变。然而，高分化 VIN 一般 HPV 和 p16 也呈阴性。
- 多核上皮非典型性 (multinucleated epithelial atypia) 是一种不常见的改变，发生在外阴和外阴外的皮肤，其特征为出现多核角化细胞。这种改变可能是核分裂的一种缺陷，发生在不断受到摩擦的皮肤。

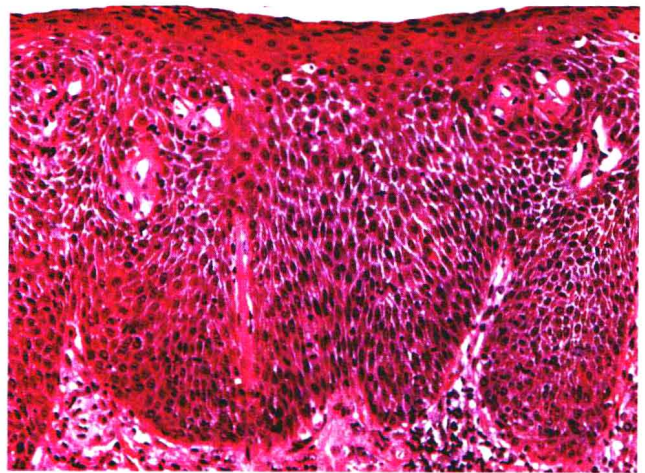


图 1-6 外阴表皮反应性非典型性

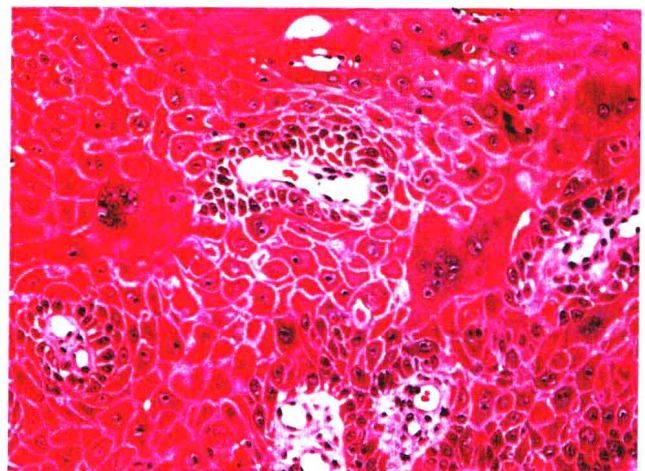


图 1-7 外阴多核角化细胞

参考文献

- LeBoit PE. Multinucleated atypia [letter]. *Am J Surg Pathol* 1996; 20: 507.
- McLaughlin CM, Mutter GL, Crum CP. Multinucleated atypia of the vulva. Report of a distinct entity not associated with human papillomavirus. *Am J Surg Pathol* 1994; 18: 1233-1239.

外阴前庭炎

临床特征

- 在普通妇科临床实践中，外阴前庭炎（vulvar vestibulitis）患者多达15%，典型的发生于生育年龄的妇女，一项研究发现其平均年龄为31岁。
- 具有诊断性的临床特征是，在缺乏其他明确原因的情况下，出现位于外阴前庭的触痛点；性交困难也是典型的表现。外阴红斑见于某些病例，但好像并不是具有诊断价值的特征。
- Munday等怀疑外阴前庭炎是一种独立的疾病，而且外阴前庭炎的部分临床特征是普通人群的表现，不能确定为明显的异常。
- 其病因尚不清楚，可能是多种因素造成的。多数研究没有发现HPV，或其出现的频率与对照患者相似。可能的致病因素包括外阴神经纤维数目增多，对于精液敏感，干扰素- α 缺乏，雌激素受体表达不足，以及促炎免疫反应缺陷。

病理学特征（图1-8）

- 显微镜下所见可以支持诊断，但组织学特征是非特异性的，诊断依靠典型的临床表现。
- 鳞状黏膜固有层内有轻到重度慢性炎症浸润（T淋巴细胞、浆细胞、偶见B淋巴细胞，肥大细胞和单核细胞），前庭腺和导管周围轻度纤维

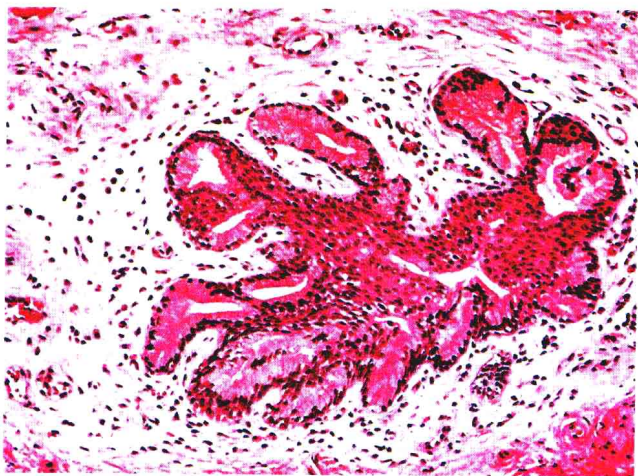


图1-8 外阴前庭炎。显示前庭小腺鳞状化生，周围间质有慢性炎症细胞

化。少数病例可见淋巴滤泡。

- 与上面描述的形成对比，Slone等发现，伴有和没有前庭炎的患者之间前庭腺的炎症程度没有显著不同。
- 前庭导管和腺体的鳞状化生见于不同数量的患者，虽然不能确定这种表现是不是本病固有的特征。
- 一项研究认为，前庭腺体和导管完全被鳞状上皮取代而产生内折或裂隙，是恒定的诊断性特征。然而，另外两项研究发现裂隙并不常见，而且难以与表面上皮的内折区分。

参考文献

- Babula O, Bongiovanni AM, Ledger WJ, et al. Immunoglobulin E antibodies to seminal fluid in women with vulvar vestibulitis syndrome: Relation to onset and timing of symptoms. *Am J Obstet Gynecol* 2004; 190: 663-667.
- Bergeron S, Binik YM, Khalife S, et al. Vulvar vestibulitis syndrome: Reliability of diagnosis and evaluation of current diagnostic criteria. *Obstet Gynecol* 2001; 98: 45-51.
- Chadha S, Gianotten WL, Drogendijk AC, et al. Histopathologic features of vulvar vestibulitis. *Int J Gynecol Pathol* 1998; 17: 7-11.
- Eva LJ, MacLean AB, Reid WMN, et al. Estrogen receptor expression in the vulvar vestibulitis syndrome. *Am J Obstet Gynecol* 2003; 289: 458-461.
- Gerber S, Bongiovanni AM, Ledger WJ, et al. A deficiency of interferon- α production in women with vulvar vestibulitis. *Am J Obstet Gynecol* 2002; 186: 361-364.
- Gerber S, Bongiovanni AM, Ledger WJ, et al. Defective regulation of the proinflammatory immune response in women with the vulvar vestibulitis syndrome. *Am J Obstet Gynecol* 2002; 186: 696-700.
- Munday P, Green J, Randall C, et al. Vulval vestibulitis: a common cause of dyspareunia? *BJOG* 2005; 112: 500-503.
- Prayson RA, Stoler MH, Hart WR. Vulvar vestibulitis. A histopathologic study of 36 cases, including human papillomavirus in situ hybridization analysis. *Am J Surg Pathol* 1995; 19: 154-160.
- Pyka RE, Wilkinson EJ, Friedrick EG Jr, et al. The histopathology of vulvar vestibulitis syndrome. *Int J Gynecol Pathol* 1988; 7: 249-257.
- Slone S, Reynolds L, Gall S, et al. Localization of chromogranin, synaptophysin, serotonin, and CXCR2 in neuroendocrine cells of the minor vestibular glands. *Int J Gynecol Pathol* 1999; 18: 360-365.
- Westrom LV, Willen R. Vestibular nerve fiber proliferation in vulvar vestibulitis syndrome. *Obstet Gynecol* 1998; 91: 572-576.

浆细胞性外阴炎（Zoon外阴炎）（图1-9）

- 浆细胞性外阴炎亦称Zoon外阴炎，它具有典型的临床特征，表现为瘙痒、烧灼、呈红色，有时为多发性斑点。病因尚不清楚。
- 有以浆细胞为主的苔藓样浸润，表皮变薄，网嵴扁平，缺乏颗粒/角质层，棘细胞层水肿，副基底角化细胞核呈梭形，杂乱排列（“菱形角化细胞”），真皮血管突出，伴有真皮出血和含铁血黄素沉着。
- 鉴别诊断包括梅毒、扁平苔藓和其他慢性皮肤病。

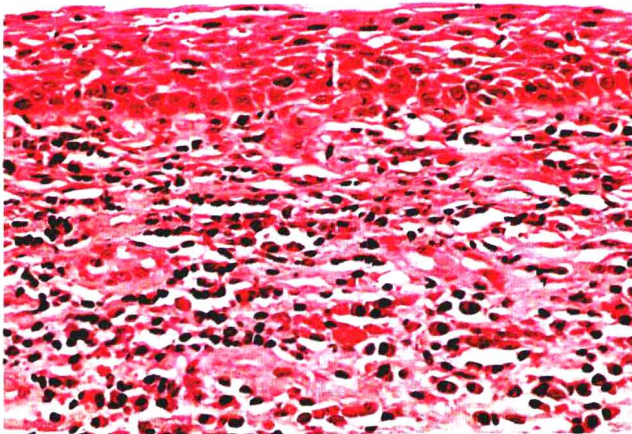


图 1-9 浆细胞性外阴炎

参考文献

Souteyrand P, Wong E, MacDonald DM. Zoon's balanitis (balanitis circumscripta plasmacellularis). *Br J Dermatol* 1981; 105: 195-199.

肉芽肿性外阴炎和克罗恩病累及外阴 (图 1-10)

- 肉芽肿性外阴炎 (granulomatous vulvitis) 指的是外阴特异性肉芽肿性炎症，可能是肉芽肿性唇炎的外阴对应病变；少数患者患有两种病变。
- 本病年龄分布广泛，通常表现为阴唇肿块或阴唇肥大。组织学检查显示水肿、纤维化、淋巴管扩张，单核细胞浸润以及伴有巨细胞的非坏死性肉芽肿。
- 克罗恩病累及外阴比孤立性肉芽肿性外阴炎常见，两者组织学表现相同。这些病例通常有肠克罗恩病史，或伴肠克罗恩病同时发作；然而，少数病例外阴受累发生于肠受累之前。因此，表现为肉芽肿性外阴炎的患者需要随访，因为有发生克罗恩病的可能。

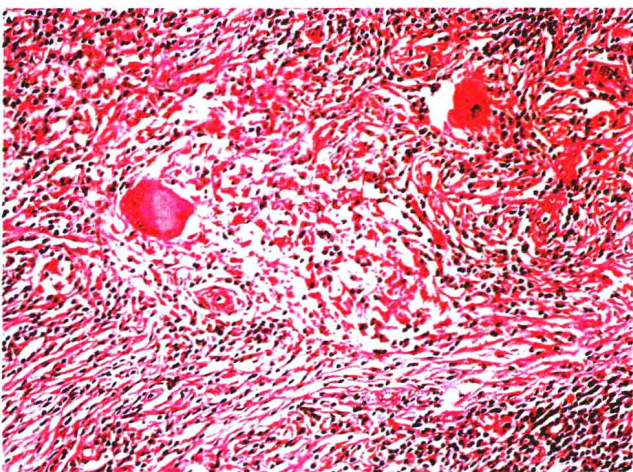


图 1-10 肉芽肿性外阴炎

参考文献

Guerrieri C, Ohlsson E, Ryden G, et al. Vulvitis granulomatosa: A cryptogenic chronic inflammatory hypertrophy of vulvar labia related to cheilitis granulomatosa and Crohn's disease. *Int J Gynecol Pathol* 1995; 14: 352-359.

Behçet病

- Behçet病是一种系统性血管病，最常见于日本和东地中海国家。发作时的平均年龄是20~30岁，男性发病略多。
- Behçet病通过出现口腔溃疡和下述任何两项表现作出诊断：生殖器溃疡，皮肤病变（脓疱和红斑、结节样病变）和眼的病变（葡萄膜炎或视网膜血管炎）。少数患者发生滑膜炎和脑膜炎。
- 外阴（和口腔）溃疡是轻型或重型口疮型或疱疹样型。重型口疮型溃疡可能导致坏疽，通过形成瘢痕得以愈合。愈合后常常形成新的溃疡。
- 显微镜下检查显示坏死性血管炎，可能累及真皮和皮下所有口径和类型的血管。血管炎可以是淋巴细胞性或嗜中性粒细胞性，而且可能伴有血管壁纤维素沉积，血管壁坏死和血栓形成。

参考文献

Magro CM, Crowson AN. Cutaneous manifestations of Behçet's disease. *Int J Dermatol* 1995; 34: 159-165.

Mangelsdorf HC, White WL, Jorizzo JL. Behçet's disease. Report of twenty-five patients from the United States with prominent mucocutaneous involvement. *J Am Acad Dermatol* 1996; 34: 745-750.

淋巴瘤样病变

- 外阴淋巴瘤样病变 (lymphoma-like lesions) 非常罕见；其临床和病理学特征类似于发生于宫颈的淋巴瘤样病变。在Young等的系列报告中，唯一的外阴病例伴有传染性单核细胞增多症，表现为小阴唇的1cm的结痂性病变。

参考文献

Young RH, Harris NL, Scully RE. Lymphoma-like lesions of the lower female genital tract: A report of 16 cases. *Int J Gynecol Pathol* 1985; 4: 289-299.

木样外阴炎 (见第4章)

非肿瘤性上皮性疾病

分类*

1. 硬化性苔藓（硬化萎缩性苔藓）
2. 鳞状细胞增生（以前称为增生性营养不良）
3. 其他皮肤病

硬化性苔藓（图 1-11）

临床和大体特征

- 硬化性苔藓（lichen sclerosus, LS）占非肿瘤性上皮性外阴病变的30%~40%。可以发生于任何年龄，包括儿童，但是最常见于绝经后。
- 病因尚不清楚，但是新近有证据显示LS是一种慢性淋巴细胞介导性疾病。
 - 某些患者有自身免疫抗体和自身免疫疾病，提示自身免疫是其发病机制。此外，20%~50%的外阴（阴茎）LS病例有T细胞受体 γ 链基因单克隆性重排。这些单克隆性T细胞有代表抗原介导性免疫反应的免疫谱。
 - 未经治疗的患者血清二氢睾酮，自由睾酮和雄烯二酮水平低，而且表面应用睾酮常常有效，提示在发病机制中激素因素可能具有一定的作用。
 - 某些病例为家族性发生，并有HLA class II DQ抗原限制性，提示存在遗传性因素。
- 本病可能没有症状，但是常常引起瘙痒，烧灼和性交困难。病变可能累及外阴的任何部分，表现为不规则形界限不清的白色斑块。毛细血管扩张和黑色素失禁可能分别导致局灶变红和出现棕色区域。
- Hart等的研究发现，68%的病例小阴唇受累、60%大阴唇受累、51%阴蒂受累、41%会阴受累，以及36%累及阴唇系带后方。几乎90%的病变为多发性。双侧性病变发生在80%的病例，有时为对称性。
- 少数病例可能累及阴道。患有外阴硬化性苔藓的儿童，2/3发生生殖器外病变，但在成人大约仅有10%。
- 成年妇女疾病后期，受累的皮肤光泽而又起皱，阴唇萎缩，而且阴道入口狭窄。阴蒂包皮和系带愈合和结疤时阴蒂可能变得不甚明显。并发症包括肛裂以及肛周和生殖器溃疡，特别是在儿童。

显微镜下特征（图 1-12）

- 形成充分的病变以上皮下出现均匀一致的从水肿性到玻璃样变不一的区域为特征，伴有弹力纤维

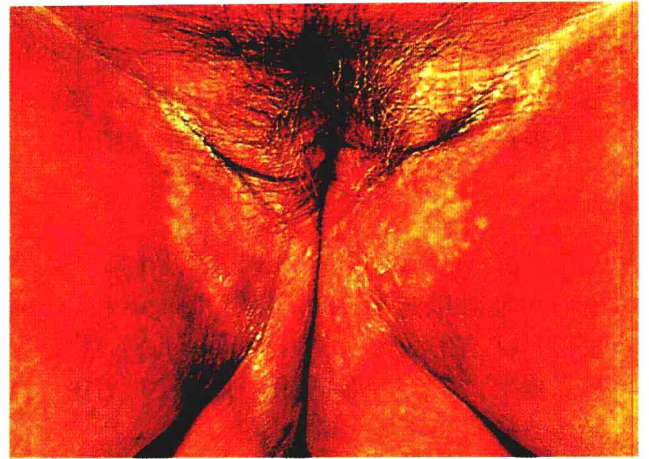


图 1-11 硬化性苔藓



图 1-12 硬化性苔藓

丧失。这个区域的下方通常有带状淋巴细胞。

- 其他所见可能包括棘细胞层水肿，基底角化细胞空泡变和鳞状细胞化，上皮内淋巴细胞，基底膜明显增厚以及真皮血管硬化和（或）扩张。
- Regauer等发现，在外阴LS病例中2/3有血管周围淋巴细胞浸润，1/2有淋巴细胞性血管炎。这些改变可能为局灶性而且轻微。
- 与外阴外LS不同，外阴LS常常出现重叠的慢性单纯性苔藓或鳞状细胞增生的特征。在这样的病例，真皮内分离的鳞状细胞巢可能提示早期浸润性鳞状细胞癌，但与后者不同的是这种鳞状细胞巢缺乏非典型性，局限于异常的胶原中，而且不伴有分化性VIN（第2章）。
- 早期LS的表现可能轻微，容易累及附件结构，显示棘层增厚，腔面角化过度 and 颗粒层增生。可见基底膜增厚，特别是应用PAS染色。淋巴细胞可能稀少。
- Chiesa-Vottero等发现，伴有浸润性鳞状细胞癌的

*由国际外阴疾病研究学会（ISSVD）和国际妇科病理医师学会（ISGP）制定

LS病例，半数以上显示基底细胞非典型性。

- 基底细胞p53染色一般阳性，通常（不同于分化性VIN）呈现间断的阳性。在肥大性LS，基底细胞上方p53染色也可阳性，p16染色一般阴性。

鉴别诊断

- 扁平苔藓（lichen planus, LP）：累及生殖器的LP有时可能难以与早期LS鉴别。Fungus和LeBoit发现，LP有细胞状小体（cytoid bodies），楔形颗粒层增生，基底鳞状细胞化，以及尖形钉突，但是这些特征在LS罕见或缺如。

行为

- 在青春期或产后LS可能自行消退。某些病例局部应用睾酮（或皮质类固醇）治疗有效。
- 有越来越多的证据显示LS是癌前病变。纵向研究表明，1%~5%的LS病例进展为外阴鳞状细胞癌。
 - Carlisle等估计，与正常人群相比，LS女性发生外阴鳞状细胞癌的危险性增加15倍。
 - 多达65%的高分化VIN和浸润性角化性鳞状细胞癌病例同时伴有LS。
 - 某些LS病例为单克隆性，LS等位基因失衡频率增加。
 - Regauer等发现，LS有单克隆性 γ -T细胞受体重排，而且浸润性鳞状细胞癌可以发生于LS，但不是无并发症的LS，提示LS的局部免疫调节障碍可以促进鳞状细胞癌的发生。
 - 在发生鳞状细胞癌之前，或在浸润性角化性鳞状细胞癌的附近，LS基底细胞核可以出现非典型性。
 - 伴有浸润性角化性鳞状细胞癌的LS病例出现p53突变和非整倍体的频率比无并发症的LS高。
 - LS病例，特别是伴有棘层增厚或非典型性的LS，应该予以监测，注意发生浸润性鳞状细胞癌。

鳞状细胞增生，非特异性（图1-13）

- 提出“鳞状细胞增生（SCH）”这一术语用以取代“增生性营养不良（hyperplastic dystrophy）”，指的是不能归因于较为特异的皮肤病的表皮增生。
- 已经发现，大约40%的鳞状细胞癌的附近，20%~50%的因临床诊断为外阴营养不良的活检患者以及1/3的硬化性苔藓患者有SCH。

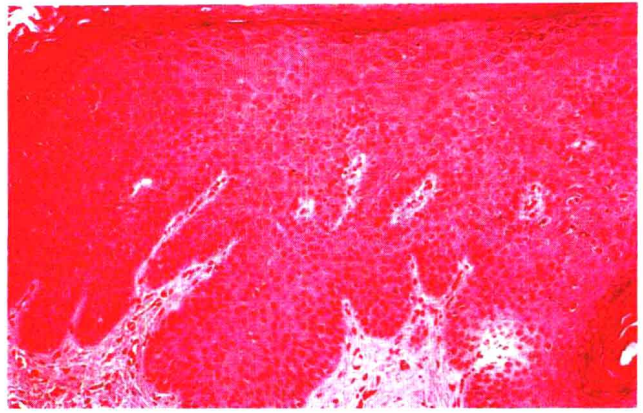


图1-13 鳞状细胞增生，非特异性

- 临床上受累皮肤呈白斑样增厚。增厚的表皮可能显示角化过度或角化不全。从基底到浅表层成熟正常。通常缺乏非典型性，出现非典型性应该提示分化性VIN（第2章）。如果出现核分裂象，也是局限于基底和副基底层。
- 有某些证据提示，SCH即使不直接是癌前病变，也可能是外阴癌发生的早期阶段：
 - 这种病变可能毗邻分化性VIN和（或）浸润性角化性鳞状细胞癌，或与之并存（第2章）。
 - 已经发现，某些病变为单克隆性，而且有p53突变增加和等位基因失衡，特别是同时有鳞状细胞癌的病例。少数病变含有HPV，然而Santos等研究的所有SCH病例p16阴性。
 - 如同硬化性苔藓一样，SCH患者需要随访，注意可能发生分化性VIN或浸润性鳞状细胞癌。
- 与分化性VIN的鉴别诊断将在下面讨论（第2章）。

其他皮肤病（图1-14）

- 几乎任何皮肤病均可累及外阴（Lynch）。最常见的外阴皮肤病包括慢性单纯性苔藓、棘细胞层水肿性皮炎、牛皮癣和扁平苔藓。
- 慢性单纯性苔藓（lichen simplex chronicus）是一种常见的外阴皮肤病，它可以由各种刺激性和感染性因素引起，或与之共存。
 - 临床表现可能包括瘙痒和烧灼，皮肤呈皮革样，伴带有鳞屑的斑块，皮肤标记明显。
 - 显微镜下检查发现牛皮癣样增生，伴有钉突增厚，钉突长度差异比牛皮癣明显，颗粒层增生，角化过度，偶尔出现局灶性角化不全。真皮乳头增厚，胶原束可能垂直排列，与钉突平行。