



中国医学临床百家·病例精解

中山大学孙逸仙纪念医院

逸仙妇瘤 病例精解

林仲秋 汪无云 主编



科学技术文献出版社
SCIENTIFIC AND TECHNICAL DOCUMENTATION PRESS



中国医学临床百家·病例精解

中山大学孙逸仙纪念医院

逸仙妇瘤病例精解

主 编 林仲秋 汪无云

副主编 蓝 洁 吴 澜

编 者 (按照姓氏汉语拼音排序)

范 莉 高 甜 黄纯娴 黄晓欣 李 惠



科学技术文献出版社
SCIENTIFIC AND TECHNICAL DOCUMENTATION PRESS

· 北 京 ·

图书在版编目 (CIP) 数据

中山大学孙逸仙纪念医院逸仙妇瘤病例精解 / 林仲秋, 汪无云主编. —北京: 科学技术文献出版社, 2018.1 (2018.10重印)

ISBN 978-7-5189-3774-5

I. ①中… II. ①林… ②汪… III. ①妇科病—肿瘤—案例 IV. ①R737.3

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2018) 第 010501 号

中山大学孙逸仙纪念医院逸仙妇瘤病例精解

策划编辑: 蔡霞 责任编辑: 蔡霞 责任校对: 文浩 责任出版: 张志平

出版者 科学技术文献出版社

地址 北京市复兴路15号 邮编 100038

编务部 (010) 58882938, 58882087 (传真)

发行部 (010) 58882868, 58882870 (传真)

邮购部 (010) 58882873

官方网址 www.stdp.com.cn

发行者 科学技术文献出版社发行 全国各地新华书店经销

印刷者 北京虎彩文化传播有限公司

版次 2018年1月第1版 2018年10月第3次印刷

开本 787×1092 1/16

字数 233千

印张 18.75

书号 ISBN 978-7-5189-3774-5

定价 128.00元



版权所有 违法必究

购买本社图书, 凡字迹不清、缺页、倒页、脱页者, 本社发行部负责调换

序

汪无云，是我一个在学的硕士研究生。

无云与本书结缘，源于微信“逸仙妇瘤”微信公众号。公众号由她申请和管理，每天花费了她不少的时间和精力。

“逸仙妇瘤”微信公众号自创办以来，短短一年时间用户数已超两万。板块之一“病例分享”选登来自全国各地同行通过微信或信息向我询问的真实病例，个别病例来自@我提问的其他微信群，一般我都会给出明确答案，读者反映良好。

然而，常常碰到重复提问的问题。也许是读者太多，没看到之前的答案，或者是读者“健忘”。更大的可能性是因为我日常工作较忙，常是利用时间碎片作答，答案往往只是只言片语。读者可能知其然而不知其所以然，知道了“要这么做”而不知道“为什么要这么做”。碰到类似的问题，不会“举一反三”。

老子曰：“授人以鱼不如授人以渔”。授鱼，可解决一时温饱；授渔，掌握技能益终身。遵古人训，把“病例分享”整理成书的念头应运而生，并改称之为“病例精解”。

我请无云邀请她的同学组成一个编写组，把刊登在“逸仙妇瘤”微信公众号上的病例进行分类整理，照片只保留图片，文字部分重新编写，再发给我逐个病例重新整理，除了保留原来的答案，还增加相关知识点。如下例：

病例：

患者 48 岁，诊刮病理为复杂性子宫内膜增生过长，患者担心会癌变要求手术，术前子宫内膜厚 17mm，行腹腔镜下全子宫切



除 + 双侧输卵管切除术，术后病理为子宫内膜样腺癌 2 级，癌灶局限于子宫内膜，需补充手术吗？

原来的回答是这样的：

做个腹部和盆腔 CT 或 MR，如果淋巴结不大可随访。

整理成书就变成这样：

做个腹部和盆腔增强 CT 或 MR，如果淋巴结不大可随访。

首先，本例术前检查不完善。诊断性刮宫容易漏诊，目前宫腔镜已经很普及，对于该类患者，术前应该做个宫腔镜检查，并在宫腔镜引导下取活检明确诊断。这样可能就不会出现目前这种情况。

其次，子宫内膜癌术后组织分级升级是常见的，达 15% ~ 20%。即术前刮宫标本为不典型增生，术后常规病理诊断为癌，或术前为 G1，术后为 G2 或 G3。

最后，这是不全分期手术病例。根据术后病理，没有侵犯宫颈，不需做广泛全子宫切除。没有切卵巢，按逸仙推荐，有两个地方不符：G2 和 48 岁。没有切淋巴结，病例 9 讨论了淋巴结切除指征问题，本例如果没有增大的淋巴结，属于允许不切除的范围。故需要做个腹部和盆腔增强 CT 或 MR，看看淋巴结有没有增大。影像学结果如果有淋巴结增大，建议再次手术切除淋巴结，同时切除卵巢。如果影像学没有发现淋巴结增大，只是因为不符合“G2 和 48 岁”这两个条件，而且其中“48 岁”是相对条件，实际上就是只有“G2”这个条件去切卵巢而再次手术，似乎意义不大，故推荐随访。

增加的知识点首先指出术前检查不完善并提出解决办法，其次解答术前术后组织学分级不一致的疑惑，进而试图说明“推荐随访”这个临床决策是如何做出的。实际上，这就是一个临床思

维的过程。只要读者掌握这些知识和临床思维方法，日后碰到类似病例时，就会举一反三，自己做出正确的决策。

全书收集的病例内容涵盖了诊断和治疗，包括了生殖道所有部位的肿瘤，按女性生殖道解剖从外向内排列。从外阴癌到腹膜癌，到妊娠滋养细胞肿瘤，最后是并发症。读完本书，相信对妇科肿瘤的诊断和治疗的相关临床知识有个基本、全面的了解，也许对年轻医生的成长更有益。

如无意外，“逸仙妇瘤”微信公众号将持续存在，“病例分享”栏目也会继续保留。当病例积累到一定数量时，就会出“第二辑”“第三辑”……

最后，要感谢汪无云等编者的辛勤劳动，更要感谢提供病例的全国同行，还有来自其他微信群的病例讨论，为滋养细胞肿瘤问题作答的王丽娟副主任医师和为本书把关的北京协和医院冯凤芝教授，书中汇集了各位专家的智慧，为本书增添了光彩。

林仲秋

前言

说“万事开头难”的人一定没有开始，不然他会知道，不只开头难，中间更难，结局我还不知道，因为还没到。

建立“逸仙妇瘤”微信公众号纯粹是李晶师兄的一句“要不你给科室申请个公众号吧”，这句以“吧”字结尾的话，没想到已经引起了近两万人的兴趣。

“欢迎关注逸仙妇瘤”，一句话打开了一个小世界。

“逸仙妇瘤”的标签贴是“临床、医疗、指南、文献”，和这四个主题都挨边的是每天的病例分享，这也是我们的三大板块之一。建号初期，林仲秋老师说：“病例可以天天发，反正发不完”。当时我对这句话持怀疑态度，真有那么多病例？不过现在我信了——我每天发病例发到手软。大家对病例分享兴趣颇高，随便看下浏览量，每个病例分享浏览量都过千，没有例外。

公众号发布近一年，积累的病例已过千。然而，病例随机来源于全国各地群友向林仲秋老师的提问，病例较杂、较散。林仲秋老师临床、教学、科研任务繁重，回答多是直截了当、片言只语。慢慢发现，重复提问的病例不少。究其原因，一是后来提问者可能没看过曾经微信公众号发布过的类似病例的答案，而且手机刷屏查找确实不便。二是即使看过，但知其然而不知其所以然。自己遇到类似的病例，也不会举一反三。

这些病例，既讲基础、又讲疑难，从诊断、治疗、手术三个方面对不同的病种进行分析，将这些宝贵的经验编辑成册，相信



应该是一本不错的临床实用书。于是，林仲秋老师有了把病例重新整理、汇集成书的想法。交代我牵头组织几个同学，把病例归类梳理。“编辑成册”不是简单的复制粘贴，每一个病例，都经过林仲秋老师重新整理、补充扩展。遵循“授人以鱼不如授人以渔”的理念，从回答“怎么做”到“为什么这样做”。

就这样，《中山大学孙逸仙纪念医院逸仙妇瘤病例精解》诞生了，在这本书中，你可以看到最新的指南解读、最前沿的学科进展、最实用的临床决策和最实际的沟通技巧，甚至还指出了某些提问者临床处理的不足。本书糅合了林仲秋老师 30 多年宝贵临床经验和最新研究进展的结晶，总之就是：非常精彩，物超所值。

感谢林仲秋老师把主编的头衔安在我这个还未毕业的硕士研究生头上。原本以为编书是一件好玩的事情，其实它很严肃、认真、谨慎，还夹杂着责任感。编这本书，我看到了很多人的坚持，这个很重要，我也因此在坚持。

这本书，真的很好。

以后会更好。

汪无云

目 录

妇科肿瘤诊断和分期	1
子宫肿瘤	1
卵巢肿瘤	17
外阴上皮内瘤变和外阴癌	24
阴道上皮内瘤变和阴道癌	36
子宫颈鳞状上皮内病变	47
子宫颈恶性肿瘤	56
子宫颈鳞癌·早期子宫颈癌	56
子宫颈鳞癌·子宫颈癌新辅助化疗	65
子宫颈鳞癌·子宫颈癌术后辅助治疗	70
子宫颈鳞癌·意外发现的子宫颈浸润癌	73
子宫颈鳞癌·子宫颈癌保留卵巢	76
子宫颈鳞癌·子宫颈癌保留生育功能	78
子宫颈鳞癌·子宫颈癌合并妊娠	80
子宫颈鳞癌·晚期和复发子宫颈癌	85
子宫颈腺癌	91
子宫颈神经内分泌癌和其他类型子宫颈肿瘤	97
子宫内腺增生	104
子宫体肿瘤	111
子宫肌瘤及子宫腺肌症	111
子宫内腺癌·子宫内腺样腺癌（Ⅰ型）	116
子宫内腺癌·高危组织类型子宫内腺癌	142
子宫肉瘤·子宫平滑肌肉瘤	152
子宫肉瘤·子宫内腺间质肉瘤	157
子宫肉瘤·子宫癌肉瘤	172
子宫肉瘤·子宫腺肉瘤	176



卵巢肿瘤	179
卵巢上皮性肿瘤·卵巢良性肿瘤	179
卵巢上皮性肿瘤·卵巢交界性肿瘤	181
卵巢肿瘤·卵巢恶性肿瘤	200
卵巢生殖细胞肿瘤	225
卵巢性索间质肿瘤	240
其他少见病理类型卵巢肿瘤和转移性卵巢癌	244
输卵管癌和原发腹膜癌	254
妊娠滋养细胞肿瘤	262
乳腺癌内分泌治疗中妇科问题的处理	271
生殖道瘘及手术并发症	278
妇科良性疾病及其他	286

妇科肿瘤诊断和分期

子宫肿瘤

病例 1

患者，52岁，因发现颈部肿块2月余入院。检查：左侧锁骨上可扪及一肿大淋巴结，直径约1.5cm，边界尚清，质硬。外阴已婚已产型，阴道通畅；右侧穹隆缩窄，宫颈下唇见一直径约0.5cm鲜红色区域，质中，触血。宫颈质中。宫体后位，稍大，质中，无压痛；双附件区未扪及明显肿块，无压痛。三合诊：右侧宫旁韧带短缩，弹性尚可。左侧宫旁韧带无增粗。直肠黏膜光滑，指套无血迹。





辅助检查：左锁骨上穿刺涂片中找到转移性癌细胞，大致为低分化鳞癌。PET-CT 示：①子宫体及宫颈内结节状异常放射性浓聚影，考虑子宫颈癌可能性大；②盆腔内、宫体旁左侧囊实性密度团块影，PET 于相应部位见异常放射性浓聚影，考虑恶性肿瘤可能性大；③宫体旁右侧囊性密度团块影，PET 于相应部位呈放射性缺损，考虑卵巢囊肿可能性大；④左侧锁骨上、左侧膈脚后、腹膜后淋巴结转移；⑤盆腔少量积液，脂肪肝，肝内钙化灶；⑥右上肺后段钙化灶；⑦全身其他部位未见明显异常。目前已完善宫颈 TCT，HPV 无异常。分段诊刮提示宫颈宫腔浆液性乳头状腺癌。

请问下一步诊疗方案，是否需要行左锁骨淋巴结活检？如也为腺癌，原发部位考虑子宫，还是左卵巢（PET 提示左侧宫旁肿块有异常浓聚影）。治疗方案是姑息手术？还是化疗？如果左锁骨上仍是鳞癌，应该如何诊治？

答：本例考虑为子宫原发。

目前子宫和左锁骨上淋巴结有病理结果，其他部位病灶只是影像学证据。子宫的病理为诊刮标本的大体病理结果，取材较多，结果较可靠。左锁骨上淋巴结为穿刺细胞学抹片结果，因取材少，组织类型并不肯定，应以子宫病理结果为主要依据。

从临床经验上判断，左锁骨上淋巴结不应该是原发。子宫和卵巢同时都有病变，考虑为单癌时，原发于子宫转移至卵巢远多于原发于卵巢转移到子宫。

不管原发在子宫或卵巢，均已达 IVB 期。手术不可能达到切净病灶或满意减瘤，目前无手术指征。可先考虑化疗，选 TP 方案。化疗 2 ~ 3 疗程后再次评估远处转移灶消退情况。如有缩小或消失，再考虑手术或加放疗。



病例 2

某患者诊断子宫颈癌 I A1 期，请问单纯锥切能有脉管吗？脉管指的是什么？是血管？是淋巴管？是否需要病理科再检查有无脉管？

病理诊断：

宫颈锥切浅表浸润性鳞状细胞癌。肿瘤最大浸润深度为 1.25mm，宽度 2mm。6° ~ 10° 见癌组织，1° ~ 12° 见高级别子宫颈鳞状上皮内病变（HSIL，CIN III）。1° ~ 3°，6° ~ 10° 和 12° 内切缘见 HSIL。外切缘和底切缘未见病变。

答：在子宫颈癌国际妇产科联盟（FIGO）分期中，明确 I A1 期有没有脉管浸润非常重要，因为如果 I A1 期合并有脉管浸润，要按 I A2 期处理。两个明显的区别：①前者不需切除腹膜后淋巴结，后者需要切除腹膜后淋巴结。②子宫旁的切除范围也不同，前者可行筋膜外子宫切除术，后者需行改良根治性子宫切除术。

脉管浸润是指宫颈病灶中或病灶周围是否存在血管和淋巴管，这些管道内有没有瘤栓（图 1，图 2）。这要靠送检的标本是否足够大，一般活检的标本较小，很难判断有无脉管浸润，锥切标本要看锥切范围是否足够大和是否整块切除，如果切成碎片，当然难以判断。一般情况下，整块切除的锥切标本可以判断脉管是否浸润。全宫切除的标本可以判断。

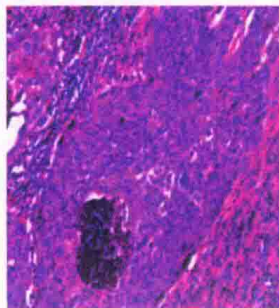


图 1 脉管浸润阳性标本

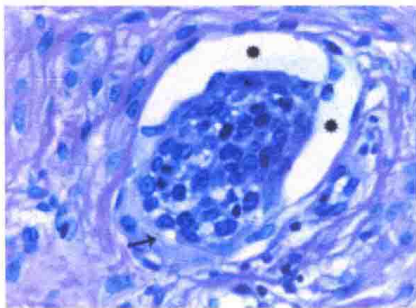


图 2 脉管浸润阳性标本



对于本例来讲，还有一个问题是按单点病灶病理分期是 I A1，但是从 $6^{\circ} \sim 10^{\circ}$ 见癌组织，可以判断 $6^{\circ} \sim 10^{\circ}$ 的距离应该超过 7mm，对于这种情况，我们的处理是：诊断仍为 I A1 期，处理按 I B1 期。因此，术前要求病理科再检查有无脉管浸润就没有必要了，可留到子宫切除术后再一起详细检查。了解脉管有无浸润对判断预后和确定后续治疗是有意义的。有无脉管浸润是影响预后的一个中危因素，是确定术后是否补充治疗的因素之一。



病例 3

患者，29 岁，术前临床分期为宫颈鳞癌 II A2 期，但术后病理宫旁组织有癌侵及，请问最终分期是什么？是否可以诊断 II B 期？和术前不一致可以吗？

答：最新 FIGO 子宫颈癌分期为 2009 临床分期，该分期是治疗前（手术或放疗前）分期，规定治疗前确定的分期治疗后不能更改。当出现治疗前、后分期不一致时，分期还按术前分期，术后的病理发现记录在病历上，术后也可以采用另一个分期，即 TNM 分期系统。术前分期的目的主要是指导确定治疗方案；术后分期的目的主要是指导术后是否补充放疗或化疗，同时可以判断预后。



病例 4

患者（两个报告单），既有宫颈鳞癌又有腺癌，请问诊断是腺鳞癌吗？如何进行分期？下一步需如何处理？



病理诊断:

子宫+双附件+宫旁+阴道+盆腔淋巴结:残余宫颈全部取材见多点位为 CIN III 并累腺改变,局灶呈乳头状生长,乳头见融合趋势,小灶见可疑脉管内癌栓;复阅病理切片,综合考虑符合宫颈 CIN III 并累腺,局灶癌变,浸润深度 $<5\text{mm}$ 。

双附件、双宫旁组织、阴道壁残端、宫体均未见癌变累及:淋巴结未见转移癌 0/61 (左髂总 0/5、左髂总深 0/5、左髂外 0/4、左髂内 0/7、左闭孔 0/11、左腹股沟深 0/1、右髂总 0/3、右髂总深 0/2、右髂外 0/2、右髂内 0/9、右闭孔 0/9、左腹股沟深 0/3)。

子宫腺肌病;分泌期子宫内膜:双侧卵巢多发性囊状滤泡,左卵巢见黄体囊肿。

会诊结果:

宫颈微小浸润性鳞状细胞癌;高级宫颈腺上皮内瘤变 (HCGIN)。

答:第一个病理报告是与鳞状上皮有关的病变,多处 CIN III 累腺伴癌变,可疑脉管阳性,最大浸润深度 $<5\text{mm}$,完全没有描述腺癌改变。注意累腺是指不典型增生的细胞累及宫颈上皮腺体,并不是指腺癌。第二个病理报告只有“高级宫颈腺上皮内瘤变 (HCGIN)”的结果,没有具体描述。不管结论是否正确,严重程度都比第一个诊断轻,按第一个诊断处理。

在第一个诊断中,最大浸润深度 $<5\text{mm}$,按照 FIGO 分期标准,单个病灶达到 I A2 的诊断标准,所以本例诊断为 I A2。本例同时出现了多点微小浸润病灶,若有三张切片都有病变或点与点之间的距离超过 7mm ,要按 I B1 期处理。



病例 5

I A1 期和 I A2 期的诊断通常通过锥切标本的显微镜下测量来确定，也可以通过根治性宫颈切除或全宫切除标本来诊断，均必须包括整块病灶。那么请问子宫颈癌 I A 期的分期是否是手术病理分期而非临床分期？

答：实际上无须纠结手术分期和临床分期的名称。FIGO 子宫颈癌分期目前仍采用临床分期，主要针对全世界而言，大部分子宫颈癌患者期别较晚，部分 I B2 和 II A2，II B ~ IV A 期采用放疗方法，若用手术分期，但没做手术的患者就无法确定分期。临床分期在不断发展，临床上引入了一些病理指标，I A 期的区分接近手术分期。随着发展有可能制定手术分期标准，手术患者采用手术分期，非手术患者采用临床分期。



病例 6

患者，69 岁，绝经 3 年，不规则阴道流血 1⁺ 年，有时有同房后出血。彩超提示宫腔内稍强回声 3cm × 2cm × 2cm。核磁共振示宫腔内肌瘤可能。妇科检查见宫颈管口赘生物 3cm × 2cm × 1cm，质脆，予表面活检。病理报告为腺癌，来源不明。查 HPV 和 TCT（结果未回报）。请问该患者肿瘤来源何处？后续应该如何处理？

答：该患者要鉴别宫颈管腺癌或子宫内膜癌扩散到宫颈管。患者彩超和盆腔 MRI 提示宫腔内病变，彩超和妇科检查见到的宫颈管口赘生物大小差不多，可能为同一肿物。按此推断为宫颈管腺癌的可能性比较大。



子宫颈癌中鳞癌占 75%，腺癌占 20% ~ 25%。子宫颈癌可以向前后左右和向下局部蔓延，但向上即子宫体扩散很少，不到 1%。子宫内膜癌扩散到宫颈的比例则较多。如果宫颈和宫腔同时有病变，多考虑宫腔原发。宫腔镜对确定宫腔是否有病变有帮助，但本例患者并不适合做宫腔镜检查，因为可能人为把宫颈管的病变带到宫腔。同时，宫腔镜检查也是没有必要的，对确定手术方式没有意义。因为不管是子宫内膜样癌扩散到宫颈，还是原发宫颈管癌扩散到宫腔，其手术范围都是一样的，即行根治性子宫切除术，可先切子宫后切淋巴结。切下子宫后剖开子宫，看看宫腔有没有病变及浸润宫颈和基层深度等情况，再确定腹膜后淋巴结的切除范围。



病例 7

患者行宫颈多点活检是 CIN III 累腺，后行 ECC 和 LEEP，结果仍然是 CIN III 累腺，行全宫切除，结果为子宫颈癌。对于这样的患者，以后要怎么做才能避免？

答：宫颈乳头样癌常会发生这种情况，宫颈外观无异常，多次活检但是 CIN 或原位癌，最后手术切除子宫后发现为内生型宫颈浸润癌。这种患者宫颈往往是肥大的，触诊宫颈硬。做个 MRI 增强可能会发现内生型宫颈病灶，再做深部锥切可以明确诊断。



病例 8

请问下述病理结果显示是双癌还是转移？

