

國際抗癌聯盟

梅蔚德

主译

惡性腫瘤的TNM分類

安徽科学技术出版社

國際抗癌聯盟惡性腫瘤的TNM分類

梅蔚德

技術出版社

R73/HMN

62

EXINGZHONGLIU DE TNM FENLEI

国际抗癌联盟

恶性肿瘤的TNM分类

P.赫曼尼克 L.H.索宾 著

梅蔚德 主译

安徽科学技术出版社

责任编辑：王 颖

封面设计：黄 强

国际抗癌联盟

恶性肿瘤的TNM分类

梅蔚德 主译

安徽科学技术出版社出版

(合肥市九州大厦八楼)

邮政编码：230063

安徽省新华书店发行 安徽新华印刷二厂印刷

开本：787×1092 1/32 印张：5 $\frac{7}{9}$ 字数：121,000

1991年4月第1版 1991年4月第1次印刷

印数：00,000—3,000

ISBN7-5337-0631-5/R·106 定价：2.55元

主 译：梅蔚德

译 者：（按姓氏拼音字母次序排列）

陈培恩 陈振东 董照明

洪素珍 刘振坤 姚 阳

审 校：胡家骅 梅蔚德 陈振东

译者的话

恶性肿瘤是严重威胁人类生命的常见病和多发病。合理地综合当今最先进的多学科治疗手段，以获得最理想的治疗效果，是世界各国肿瘤学工作者的紧迫课题。要实现这一目标，必须有国内、国际各医院间的广泛合作，从而对各种治疗方案的优劣进行比较。可以想象，如果没有一个统一的估价病情轻重的诊断标准，就不能制定出合理的治疗计划，各医院间的合作和比较更是无从谈起。由国际抗癌联盟组织制定和颁布的《恶性肿瘤的TNM分类》恰好满足了这些需要，因而受到了各国肿瘤学家的普遍承认和采纳。

众所周知，恶性肿瘤的生长范围和扩散程度对预后有着决定性的影响。《恶性肿瘤的TNM分类》实际上就是依此为统一疾病分期的标准。参与制定该分类系统的，都是国际著名的肿瘤学家。他们充分考虑到临床实际工作的需要，使肿瘤的分期标准尽可能合理、实用。然而，人类肿瘤种类繁多，临床医师要记住每一肿瘤的分期标准是相当困难的。所以，必须有一本便于查阅的手册。我们翻译本书的目的也正在于此。

《恶性肿瘤的TNM分类》一般每五年再版一次，无重大变动时只出修订本，此中译本是根据其

最新版本第四版翻译而成的。在这一版中，不仅新补了不少肿瘤的分期标准，还对以往提出的分期标准进行了重大的全面修改，这是肿瘤学发展的必然结果。相信将来还会有更新的版本问世，我们希望届时还能把它介绍给国内同道。

由于译者学识水平有限，不妥之处欢迎并希望同道们批评指正。

本书翻译过程中得到我院领导及合肥友谊医院臧大为院长的大力支持，在此表示谢意。

译 者

于安徽医科大学第一附属医院

目 录

引言.....	1
头颈部肿瘤.....	13
唇和口腔肿瘤.....	16
咽肿瘤.....	19
喉肿瘤.....	24
上颌窦肿瘤.....	28
涎腺肿瘤.....	31
甲状腺肿瘤.....	34
消化系统肿瘤.....	37
食管肿瘤.....	39
胃肿瘤.....	42
结肠和直肠肿瘤.....	46
肛管肿瘤.....	49
肝脏肿瘤.....	52
胆囊肿瘤.....	55
肝外胆管肿瘤.....	58
法特氏壶腹肿瘤.....	61
胰肿瘤.....	64
肺肿瘤.....	68
骨和软组织肿瘤.....	74
骨肿瘤.....	76
软组织肿瘤.....	78

皮肤肿瘤.....	83
皮肤癌.....	86
皮肤黑色素瘤.....	89
乳房肿瘤.....	93
妇科肿瘤.....	101
宫颈肿瘤.....	103
子宫体肿瘤.....	107
卵巢肿瘤.....	110
阴道肿瘤.....	115
外阴肿瘤.....	118
泌尿系统肿瘤.....	122
前列腺肿瘤.....	124
睾丸肿瘤.....	128
阴茎肿瘤.....	130
膀胱肿瘤.....	133
肾脏肿瘤.....	136
肾盂和输尿管肿瘤.....	139
尿道肿瘤.....	142
眼肿瘤.....	145
眼睑癌.....	148
眼睑恶性黑色素瘤.....	150
结膜癌.....	154
结膜恶性黑色素瘤.....	156
葡萄膜恶性黑色素瘤.....	159
视网膜母细胞瘤.....	163
眼眶肉瘤.....	167
泪腺癌.....	169

脑肿瘤·····	172
何杰金病·····	176
非何杰金淋巴瘤·····	181
小儿肿瘤·····	182
肾母细胞瘤·····	183
神经母细胞瘤·····	188
小儿软组织肉瘤·····	192

引 言

TNM系统的来历和沿革

恶性肿瘤的TNM系统分类法是法国皮埃尔·德诺阿氏(Pierre Denoix)在1943—1952年建立发展起来的。

1950年,国际抗癌协会委任和组成了肿瘤命名与统计委员会,并采用属于世界卫生组织的癌症患者登记及统计报告分委会所提出的各恶性肿瘤局部扩展的定义,作为其临床病期分类的基础。1953年,该委员会与国际放射学大会委任的国际癌症分期疗效登记委员会召开了联合会议,一致同意采用TNM系统,以疾病解剖范围作为分类的方法。

1954年,国际抗癌协会调研委员会设立了一个专门性的临床病期分类与应用统计委员会,旨在继续进行这方面的研究,并把这一分类法推广应用于人体所有部位的癌症。1958年,该委员会出版了第一批刊物,介绍了乳腺癌及喉癌的临床病期分类及结果登记的方法。1959年出第二版,该版中对乳腺癌部分提出了某些修正建议,以供此后5年(1960—1964)临床应用及评价。该委员会在1960—1967年之间,又出版了9本关于人体23个部位癌症病变

范围分类建议的小册子，并推荐为上述各癌症5年内前瞻性或回顾性临床试验之用。

1968年，这些小册子汇集成一袖珍本。1年后出版了补充本，详细介绍了开展实地试验、最终结果的判定以及癌症生存率的计算和表示的方法。该袖珍本随后被译成11种文字。

1974年和1978年，上述袖珍本分别出了第二、第三版，在分类内容上作了修订，并增加了癌症种类。1982年又扩充修订了第三版，在国际儿科肿瘤学会合作下，增加了一些儿童期肿瘤的一些新分类法。1985年又单独出版了《眼肿瘤的分类法》。

在那几年中，一些应用者更改了某些部位癌症分类的准则。为了纠正这种非标准化的方法，一些国家的TNM委员会在1982年商定，系统地制定一个权威性的TNM。于是召开了一系列的会议，对已有的各部位癌症分类法进行统一修正，对尚未分类的癌症进行分类。结果第四版TNM问世，该版分类分期的准则与美国癌症联合委员会1987年第三版《癌症分期手册》的内容完全一致，并获得所有国家的TNM委员会认可。

国际抗癌协会清楚地认识到，TNM分类法必须具有稳定性，这样才能在一定时期内有条不紊地积累资料。因此，除非某一癌症在诊断和治疗上出现重大进展，从而需对现行的分类法重新加以考虑外，本书出版的分类法应保持不变。

只有在各国TNM委员会和国际TNM委员会密切联系下，才能建立并维持一个公认的分类系统；也

只有这样，所有的肿瘤学家在比较临床资料和估计疗效方面才可能有“共同语言”。在癌症解剖范围分类法方面取得一致的意见，这是国际抗癌协会不懈努力的目标。

TNM系统的主旨

对癌症患者实行以“期”分组，是基于下述事实，即病变局限的癌症患者的生存率高于病变超越其原发器官者。这些疾病早晚期的组别，往往在一定程度上反映了随着时间的延长病变的自然进展情况。实际上，在作出诊断时疾病的“期”不但反映了肿瘤的生长率及范围，而且反映了肿瘤的类型和肿瘤—宿主关系。

传统上对癌肿分期是极为重视的。为了达到对多组癌症患者进行分析的目的，使用这种分期的方法往往是必要的。国际抗癌协会认为，最好对每一部位癌症范围的正确记录方面达成一致的意見，因为对恶性肿瘤精确的临床描述和组织病理分类(可能时)，有助于达到下述目的：

1. 指导临床医师制定治疗计划；
2. 在一定程度上判断预后；
3. 有助于评价疗效；
4. 有利于促进各治疗中心间的信息交流；
5. 有利于对人类癌症的继续研究。

以疾病范围为基础的癌症分类法的国际协议，其主旨在于提供一种能明确无误地向他人传播临床

经验的方法。肿瘤分类依据的内容很多，例如癌症的解剖部位，临床及病理所示的范围，症状和体征的历时，患者的性别和年龄，病理分类和分级。所有这些均为已知能影响疾病预后的“变项”。TNM系统是主要涉及癌症解剖范围的分类法，而这一范围是通过临床及组织病理(可能时)来确定的。

临床医师刻不容缓的工作是对预后作出判断并决定治疗的最佳方案，作出这样的判断和决定需要客观估计癌症的解剖范围以及别的资料。为此，我们将不仅仅只作出“分期”，还将着重进行必要的说明，有时则附以“摘要”。

为达到上述目的，我们需要这样一种分类系统：

1. 不论采用何种治疗，其基本原则适用于一切部位的癌症。

2. 可被随后得到的病理和/或手术资料所补充。

TNM系统可满足上述要求。

TNM系统的一般法则

TN M 系统是基于对下述三个组成部分作出估计来说明癌症解剖范围的：

T——原发肿瘤的进展范围和程度。

N——有无区域淋巴结转移，转移的范围和程度。

M——有无远处转移。

这三个组成部分所带的数字表示恶性病变的范

围，如：T0，T1，T2，T3，T4；N0，N1，N2，N3；M0，M1。实际上，这是一个说明某一具体肿瘤的侵袭范围和程度的简明标志系统。

适用于全身各部位癌症的总则为：

1.全部病例均应有组织学证实，无组织学证实者应另列报告。

2.每一癌症有两种分类：

(1)临床分类(治疗前临床分类)：以TNM(或cTNM)表示之。这一分类法是基于未经治疗前，来自体检、影像学、内窥镜、活切及其他各种有关检查和手术探查所获得的证据。

(2)病理学分类(手术后组织病理学分类)：以pTNM表示之。这一分类法是基于未经治疗前所获得的诊断依据，再由手术和病理检查所获得的 其他依据来补充或修正。对原发肿瘤(pT)的病理诊断，需切除原发肿瘤或进行能最大范围地估计原发肿瘤的活组织检查。对区域性淋巴结的病理诊断(pN)，需清除足够数量的淋巴结，方能证实区域淋巴结无转移(pN0)或 pN 的最严重级。对远处转移的病理诊断(pM)，需作组织学检查。

3.确定T、N、M和/或pT、pN、pM后，就可依此来分期。TNM分类和分期一经确定后，在病历记录中即不得更改。临床分期对选择治疗方案和评价疗效是必要的，而病理分期则提供最确切的资料，来估计预后和预测最终转归。

4.如对某一病例确定其TNM有困难，则宜选用进展程度较低(即较早期)的一级。分期也应按此

原则。

5.若一个器官内同时有多发肿瘤，则应以最大的肿瘤作为T项分类的标准，并用括弧标明T的多发性或数目，如T2(M)或肿瘤数目T2(5)。若成对器官双侧同时有癌肿，则应各自实行T分类。甲状腺和肝的肿瘤，肾胚胎瘤，以及神经母细胞瘤，其多发性是T分类的一个判定指标。

解剖区域及部位

在本分类法中，解剖部位以数字代码表明，这一数字代码取自世界卫生组织1976年规定的国际疾病分类法肿瘤学部分(ICD-O)。

每一区域或部位的肿瘤按下述顺序叙述：

- 1.分类的法则及估计TNM范围的常规方法。
- 2.解剖部位及需酌情细分的亚部位。
- 3.区域淋巴结的规定。
- 4.TNM临床分类。
- 5.pTNM病理学分类。
- 6.按TNM进行分期。
- 7.该区域或部位恶性肿瘤TNM分类法摘要。

TNM临床分类

本书自始至终使用下列定义：

T——原发肿瘤

TX：无法对原发肿瘤作出估计。

T0：未发现原发肿瘤。

Tis：原位癌。

T1, T2, T3, T4：原发肿瘤的大小或局部范围(按序递增)。

N——区域淋巴结

NX：无法对区域淋巴结作出估计。

No：未发现区域淋巴结转移。

N1, N2, N3：区域淋巴结受累的范围(按序递增)。

(注：原发肿瘤直接累及淋巴结，在分类上归为淋巴结转移。

非区域性的任何淋巴结转移，应归为远处转移。)

M——远处转移

MX：不能确定有无远处转移。

M0：无远处转移。

M1：有远处转移。

用下列标志进一步指明**M1**的范围：

肺：PUL	骨髓：MAR
骨：OSS	胸膜：PLE
肝：HEP	腹膜：PER
脑：BRA	皮肤：SKI
淋巴结：LYM	其他：OTH

TNM的细分法

对需更详细说明的主要项目分类，采用细分法(如**T1a**、**T1b**或**N2a**、**N2b**等)。

pTNM病理学分类

本书自始至终使用下列定义：

pT——原发肿瘤

pTX：术后对原发肿瘤不能作出组织病理学估计。

pT0：术后组织病理学检查未发现原发肿瘤。

pTis：原位癌。

pT1, pT2, pT3, pT4：术后组织学证实的原发肿瘤范围(按序递增)。

pN——区域淋巴结

pNX：术后对区域淋巴结不能作出组织病理学估计。

pN0：术后组织病理学检查未发现区域淋巴结转移。

pN1, pN2, pN3：术后经组织病理学证实的区域淋巴结受累范围(按序递增)。

〔注：原发肿瘤直接蔓延侵入淋巴结，分类上归为淋巴结转移。当淋巴结大小作为pN分类的一个标准时(如乳腺癌)，则测定其转移部分的大小，而不是测定整个淋巴结。〕

pM——远处转移

pMX：对远处转移不能作出组织病理学估计；

pM0：组织病理学检查无远处转移；

pM1：组织病理学证实有远处转移。进一步指明pM1转移部位的代号见前述。