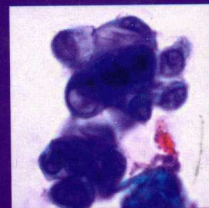
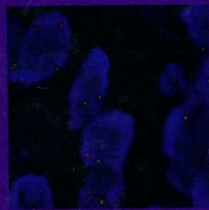
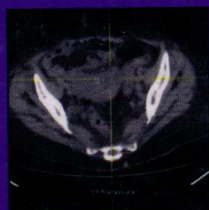
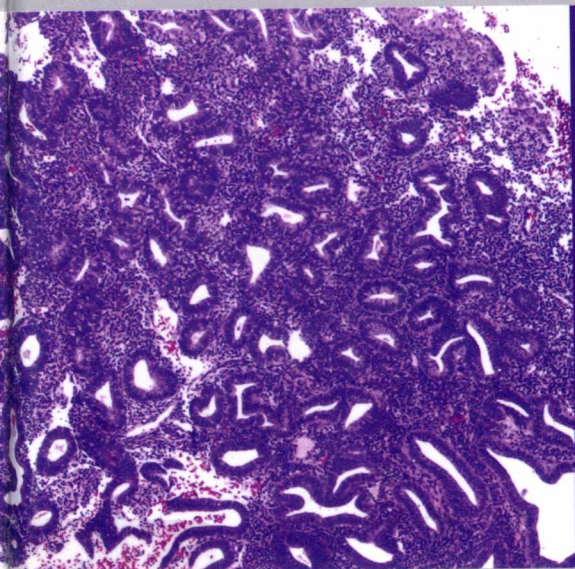


子宫内膜癌 外科病理新进展

ADVANCES IN SURGICAL PATHOLOGY:
ENDOMETRIAL CANCER

主 编 Anna E.Sienko
Philip T.Cagle
Timothy Craig Allen

主 译 余英豪 曲利娟



R737.33
20141

阅 览

子宫内膜癌外科 病理新进展

Advances in Surgical Pathology: Endometrial Cancer

主 编

Anna E. Sienko

Philip T. Cagle

Timothy Craig Allen

主 译

余英豪 曲利娟



译(校)者

刘 伟 南京军区福州总医院病理科
王 丽 福建省人民医院病理科
杜 薇 福建省人民医院病理科
丁 然 南京军区福州总医院病理科
李慧明 南京军区福州总医院病理科
黄惠娟 南京军区福州总医院妇产科
郑鲤榕 南京军区福州总医院妇产科
陈 瑚 南京军区福州总医院病理科
孟加榕 解放军第一七五医院病理科
余英豪 南京军区福州总医院病理科
曲利娟 南京军区福州总医院病理科

人民卫生出版社

敬告

本书的作者、译者及出版者已尽力使书中的知识符合出版当时国内普遍接受的标准。但医学在不断地发展,随着科学研究的不断探索,各种诊断分析程序和临床治疗方案以及药物使用方法都在不断更新。强烈建议读者在使用本书涉及的诊疗仪器或药物时,认真研读使用说明,尤其对于新的产品更应如此。出版者拒绝对因参照本书任何内容而直接或间接导致的事与损失负责。

需要特别声明的是,本书中提及的一些产品名称(包括注册的专利产品)仅仅是叙述的需要,并不代表作者推荐或倾向于使用这些产品;而对于那些未提及的产品,也仅仅是因为限于篇幅不能一一列举。

本着忠实于原著的精神,译者在翻译时尽量不对原著内容做删节。然而由于著者所在国与我国的国情不同,因此一些问题的处理原则与方法,尤其是涉及宗教信仰、民族政策、伦理道德或法律法规时,仅供读者了解,不能作为法律依据。读者在遇到实际问题时应根据国内相关法律法规和医疗标准进行适当处理。

Advance in Surgical Pathology: Endometrial Cancer

By Anna Sienko, et al.

Copyright © 2012 Lippincott Williams & Wilkins, a Wolters Kluwer business.

Published by arrangement with Lippincott Williams & Wilkins, U. S. A.

Lippincott Williams & Wilkins/Wolters Kluwer Health did not participate in the translation of this title.

Not for resale outside the People's Republic of China.

All rights reserved. This book is protected by copyright. No part of this book may be reproduced in any form or by any means, including photocopying, or utilized by any information storage and retrieval system without written permission from the copyright owner, except for brief quotations embodied in critical articles and reviews. Materials appearing in this book prepared by individuals as part of their official duties as U. S. government employees are not covered by the above-mentioned copyright.

子宫内膜癌外科病理新进展

余英豪等译

中文版版权归人民卫生出版社所有。

图书在版编目(CIP)数据

子宫内膜癌外科病理新进展/(美)西恩可(Sienko, A. E.)主编;余英豪译.—北京:人民卫生出版社,2013
(外科病理新进展)
ISBN 978-7-117-17521-0

I. ①子… II. ①西… ②余… III. ①子宫肿瘤-外
科学-病理学-研究 IV. ①R737.33

中国版本图书馆CIP数据核字(2013)第126405号

人卫社官网	www.pmph.com	出版物查询, 在线购书
人卫医学网	www.ipmph.com	医学考试辅导, 医学数据库服务, 医学教育资源, 大众健康资讯

版权所有, 侵权必究!

图字: 01-2013-4344

子宫内膜癌外科病理新进展

主 译: 余英豪 曲利娟

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: 010-59787592 010-59787584 010-65264830

印 刷: 三河市宏达印刷有限公司

经 销: 新华书店

开 本: 710×1000 1/16 印张: 14

字 数: 290千字

版 次: 2013年11月第1版 2013年11月第1版第1次印刷

标准书号: ISBN 978-7-117-17521-0/R·17522

定 价: 129.00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市场营销中心联系退换)

系列丛书简介

当今,临床医生对病理医生的期望值越来越高,与数年前已大不相同。除了病理学自身理论知识和新技术的快速发展外,近年来还出现了对传统病理学实践有重大影响的一些新趋势,如更加专业的多学科治疗模式,以分子靶向为代表的个体化治疗,以及新的图像技术,如显微内窥镜技术、分子影像学技术及多模态诊疗影像技术等。因此病理医师要想更好地承担病人治疗组成员的角色,不仅要掌握传统病理学的知识,同时更要懂得最新的技术方法,如分子检测等。此外,经培训合格后的病理医生还要参加很多资格认证考试,这些都要求他们不断掌握病理学的最新进展。

在这套关于“外科病理新进展”的系列丛书中,每一分册都聚焦于病理学的一个特定主题,涉及的理论知识、技术操作以及病理学和临床医学发展趋势等的最新进展。每一本书都附有一个完全在线版的文本和图片库。该系列丛书不仅有助于病理医生了解学科的最新进展,而且还强调了这些不断推陈出新的病理学技术操作在 21 世纪中的新应用。作为更专业化的多学科治疗组中的成员,病理医生应该不断学习,懂得怎样应用新的病理理论来协助制定病人个体化的治疗方案。

系列丛书的每一册内容都大致分成以下部分:(1)概述——疾病概况,包括流行病学等的最新进展,使病理医生对该疾病有了总体认识,为后面特定章节的叙述打下基础。(2)组织病理学——介绍组织病理学特征特别是需要及时更新的内容,如近期关于病理学分类的具体描述和修订等。本书所附的组织病理图片能帮助病理医生很好的理解和认识这些修订。(3)影像学——概述影像学技术对组织病理诊断及其病理学技术操作的作用,如应用敏感性更高的高分辨率 CT 进行肺间质性疾病的诊断,应用多模态诊疗技术而非传统的组织病理学方法进行肺癌的诊断和治疗,同时强调进行影像学图像和病理图像的相互对照。(4)分子病理学——综述并介绍特异性分子病理学的最新进展,以帮助临床对特定疾病进行分子诊断和分子靶向治疗。如通过鉴定特异的融合基因来诊断滑膜肉瘤,通过检测肺腺癌中特异性 EGFR 突变并采用相应的 EGFR 拮抗剂进行肺癌的靶向治疗。(5)在涉及癌症(肺癌、乳腺癌、前列腺癌、结肠癌等)的分册中增加了癌前病变和浸润前病变章节,这些章节都侧重展示了组织病理图像和分期,特别强调了新的分期系统,并对分期中的具体问题进行了说明。

无疑这套丛书不仅会对病理医生在现代背景下的日常医疗工作提供重要帮助,而且还能针对病人治疗和临床医生的沟通交流奠定基础。系列丛书所提供最新知识,对病理医生参加日常医疗实践、资格认证和考核而言也都是不可缺少的。因此本系列丛书对于不同层次的病理医生来说是一套非常宝贵的资料,能够帮助他们掌握本专业的最新知识,资格认证,培训团队等,就后者而言,该丛书还可作为病理学科培训的重要教科书。

Contributors

Tri A. Dinh, MD

Department of Obstetrics & Gynecology/
Gynecological Oncology
The Methodist Hospital
Houston, Texas

Martin Kobel, MD

Department of Pathology
Calgary Laboratory Services
Foothills Medical Centre
Calgary, Alberta, Canada

Ognjen Kosarac, MD

Department of Pathology
The Methodist Hospital
Houston, Texas

Cheng-Han Lee, MD

Anatomical Pathology
Vancouver General Hospital
Vancouver, BC, Canada

Anais Malpica, MD

Department of Pathology
MD Anderson Cancer Center
Houston, Texas

Dina Mody, MD

Department of Pathology
The Methodist Hospital
Houston, Texas

Anna Sienko, MD

Department of Pathology
Calgary Laboratory Services
Peter Lougheed Centre
Calgary, Alberta, Canada

Reagan Street, MD

Fellow
Department of Gynecological Oncology
The Methodist Hospital
Houston, Texas

前 言

本书旨在为子宫内膜癌临床诊疗与病理方面填补空白,架起临床病理之间充分沟通交流的桥梁。

本书全体编委期望为广大病理及妇科肿瘤医师,妇科、肿瘤科和病理科住院医师/培训医师,以及其他所有临床医师,在日常工作实践中提供有关子宫内膜癌最新、最明了、最为实用的信息。

Anna Sienko, MD

目 录

第一部分 概 述

第 1 章 引言·····	2
第 2 章 子宫内膜癌概述·····	3

第二部分 病 理 学

第 3 章 子宫内膜癌前状态:子宫内膜增生症,子宫内膜上皮内瘤变及其他·····	14
第 4 章 子宫内膜癌·····	36

第三部分 影 像 学

第 5 章 子宫内膜癌的诊断方法·····	98
第 6 章 子宫内膜癌的管理现状与问题·····	122

第四部分 分子病理学

第 7 章 子宫内膜癌发生的分子机制·····	138
第 8 章 高危型子宫内膜癌·····	156
第 9 章 子宫内膜肉瘤·····	174

第五部分 分 期

第 10 章 子宫内膜癌分期的相关问题·····	184
--------------------------	-----

第六部分 细 胞 学

第 11 章 腺细胞异常的巴氏涂片检查	190
第 12 章 腹膜冲洗液	198
第 13 章 子宫内膜活检/刮宫术/细胞学	204
中英对照索引	213

第一部分

概 述

- ▶ 第 1 章 引言
- ▶ 第 2 章 子宫内膜癌概述

第1章 引言

子宫内膜癌在女性恶性肿瘤中排名第四,在所有妇科恶性肿瘤中占6%。子宫内膜癌是发达工业化国家中最常见的女性癌,大多数病例发生于绝经后,平均年龄61岁。然而,绝经前以及<40岁的女性子宫内膜癌的发病率在逐年升高。大多数标准的妇科病理专著都有部分段落或章节专门讨论子宫内膜癌的流行病学及危险因素,本书也不例外。然而,标准的妇科病理专著通常不包括患者的诊疗及相关信息,而本书对此进行了介绍(参见第2章)。大部分标准的妇科专著都包含有子宫内膜增生和子宫内膜癌组织学诊断标准及分类方法,同样本书在第二部分中进行了介绍(参见第3、4章)。然而,据作者所知,到目前为止,还没有一本书是专门讨论子宫内膜癌的,不仅包括组织学诊断,还涵盖了基于病理学认识上的对临床方面的重要见解。本书还有些独特的部分(章节),这也是其他标准的妇科病理专著所没有的,例如第2章中题为“病理医师的职责”(the pathologist responsibility)和第三部分(参见第5、6章),该部分由资深的妇科肿瘤专家所著,内容涉及妇科恶性肿瘤患者的日常诊疗经验。本书还包括子宫内膜癌分子病理的最新进展(参见第四部分,第7~9章)。同时本书第一次指出了子宫内膜癌细胞学诊断的局限性和陷阱(参见第六部分),并对一些问题以及当前面临的困难与挑战进行了讨论,包括基于不同取材方式的子宫内膜癌诊断的不足与陷阱以及子宫内膜癌组织学分类等(参见第13章)。子宫内膜癌的分期直接影响患者的治疗与预后。本书回顾了新修订的子宫内膜癌分期,贯穿了病理医师对手术标本进行病理学分期评估过程中遇到的最常见的困难和问题。

本书希望传达这么一个信息:即病理医师与妇科肿瘤专家及参与患者诊疗过程的所有临床医师之间的交流是至关重要的。病理医师在患者的诊疗过程中扮演了必不可少的角色,因为病理诊断对临床有重要影响,病理诊断指导着手术切除的范围及方式;影响患者术后的治疗方式选择,包括是否采用辅助治疗等;预测复发风险以及患者总的预后状况。

(王丽译,孟加榕校)

第2章 子宫内膜癌概述

► Anna Sienko

流行病学

子宫内膜癌是第四大常见的女性恶性肿瘤,约占女性恶性肿瘤的6%。在发达的工业化国家,子宫内膜癌是女性最常见的恶性肿瘤,其中75%的病例发生在绝经后女性,平均年龄61岁^[1](表2-1)。其余25%病例发生在绝经前,据报告其中5%的病例发生在<40岁的女性^[2]。绝经前女性发生子宫内膜癌通常存在某些危险因素,如肥胖、不育、高血压、无排卵周期和糖尿病^[3]。据估计美国每年诊断子宫内膜癌40 100例,年死亡人数7470例^[1]。在欧洲每20例女性癌症患者中就有1例为子宫内膜癌患者。估计2010年加拿大子宫恶性肿瘤的新发病例在4500例,其中790例死亡。在过去20年中全球范围内子宫内膜腺癌发生率在不断增加,而宫颈癌发生率逐渐下降^[6]。>90%的子宫内膜癌病例为散发病例,约10%病例与遗传综合征相关,如林奇II综合征,又称遗传性非息肉病性结直肠癌。该综合征是种系DNA错配修复基因缺陷导致的一种常染色体显性遗传性疾病,占年龄<50岁子宫内膜癌患者的9%(参见第7、8章)。子宫内膜癌在白人女性中的发生率高于亚裔或黑人女性。但是,黑人女性的死亡率更高,可能是因为诊断时疾病分期较高以及未能获得良好的公共医疗^[1,7]。

表 2-1 子宫内膜癌的流行病学

发病率	占有女性浸润性癌症的6% 女性第四大常见恶性肿瘤 在美国每年有40 100例新发病例 世界范围内每年有150 000例新发病例 在美国每年有7470例死亡病例
年龄范围/中位年龄	绝经后/55~65岁
地理分布	世界范围内,但工业化发达国家更高

病因和危险因素

子宫内膜癌在生物学和组织结构上表现多种多样,传统上基于发病年龄、组织学特征和预后将其分为两类(表 2-2)。I 型子宫内膜癌占子宫内膜癌总数的 80%~90%,发生于绝经前妇女。为雌激素依赖性,肿瘤分化较好(组织类型通常为子宫内膜样腺癌),预后良好。II 型子宫内膜癌占其余的 10%~20%;好发于老年绝经后女性,非雌激素依赖性,组织学为高级别肿瘤(多为浆液性癌、透明细胞癌及其他非子宫内膜样癌组织学类型),诊断时肿瘤处于高分期,转移率更高^[8]。I 型子宫内膜癌通常经历子宫内膜增生过程,但 II 型子宫内膜癌与内膜增生无关。研究表明两型癌分子信号通路也不同,已证实 I 型子宫内膜癌存在 KRAS 原癌基因和 PTEN 抑癌基因突变及微卫星不稳定性,II 型子宫内膜癌则存在 p53 基因突变,而罕见微卫星不稳定性或 KARS 或 PTEN 基因突变(参见第 7,第 8 章和表 7-1)^[8,9]。

表 2-2 I 型和 II 型子宫内膜癌比较

I 型	II 型
年龄较轻	老年人
绝经前	绝经后
与雌激素相关	与雌激素无关
常与子宫内膜增生相关	与子宫内膜增生无关
组织学分级较低	组织学分级高
通常为子宫内膜样型	非子宫内膜样型
	常为浆液性癌或透明细胞癌
低分期,预后好	高分期,预后差
KRAS,PTEN 突变	p53 突变

尚不提倡大规模进行子宫内膜癌筛查,可能是因为成本效益。大多数表现为绝经后出血以及寻求医疗的患者,约 10%的患者通过进一步检查被诊断为恶性肿瘤。如能早期发现和检查,70%~75%的手术患者为 I 期病例^[12,13]。

过量或无拮抗性雌激素,无论是外源性(如激素替代疗法[HRT],他莫昔芬,口服避孕药等)还是内源性(如肥胖、多囊卵巢综合征、肿瘤分泌雌激素如卵巢颗粒细胞瘤等),都可能增加子宫内膜癌发生的风险^[14]。已证实外源性无拮抗性雌激素的可变风险取决于患者年龄、绝经前或绝经后状态,以及血清学雌酮和白蛋白结合雌二醇水平是否增高。血清雌酮和白蛋白结合雌二醇水平增高会增加患肿瘤风险,但高水平血清总雌二醇,游离雌二醇和结合雌二醇与增加患肿瘤风险无关^[14]。高水平雄烯二酮也被认为是绝经前和绝经后妇女的危险因素,但是与肥胖相关的危险因素不受

激素调节影响^[15,16]。HRT 中加入孕激素、使用口服避孕药和吸烟,可降低无拮抗性雌激素相关的危险因素^[15,20]。据发现服用复方口服避孕药(丸)至少1年的女性,罹患子宫内膜癌的风险将减少40%~50%,并且“保护”作用会持续到停止口服避孕药后15年左右^[16,21]。绝经后女性按处方使用联合雌孕激素 HRT 也可减少罹患子宫内膜癌的风险^[21]。

他莫昔芬是一种选择性非甾体类受体调节剂,通过与雌激素竞争相同的结合位点阻断雌激素受体。但他莫昔芬显示了“混合性”作用,对生育期、绝经前女性具有雌激素的作用,而对绝经后女性具有抗雌激素的作用。他莫昔芬的这种“双重特性”使得其用法上存在争议,一些研究证实其明显增加罹患子宫内膜癌和高级别子宫内膜癌的风险,而另一些研究结论则不尽然^[22-24]。

还有一些发生子宫内膜癌的确切危险因素为肥胖,不育,高脂饮食导致体重增加,糖尿病,高血压和初潮早/停经晚。肥胖已被证实能够使罹患子宫内膜腺癌的相对风险增加,在超重20~50磅的女性,相对风险增加了3倍;而超重 ≥ 50 磅的女性,相对风险增加 >10 倍。相对风险增加是由于雄烯二酮向雌激素的转化增加,而雌激素到雌二醇的芳构化使得脂肪组织中的无拮抗性雌激素增加^[18,25]。不育症,如多卵巢综合征患者,被认为是因无排卵周期和持续无排卵而使无拮抗性雌激素增加。早初潮和晚停经被认为是危险因素,因为患者暴露于雌激素的时间比晚初潮和早停经女性更长。

1型和2型糖尿病患者罹患子宫内膜腺癌的风险是非糖尿病女性的2倍。该风险增加独立于其他危险因素,如肥胖等^[18,25-28]。

治疗

本部分概述了当前子宫内膜腺癌的治疗方法、热点问题和争议。子宫内膜腺癌的治疗方案拟定是基于患者子宫内膜采样标本最初的组织学评价,肿瘤组织学分级和肿瘤细胞类型将引导手术医生决定手术切除范围。另外还需综合考虑的因素包括患者年龄、整体健康状况和并存疾病等。由负责手术标本取材的病理科医生明确肿瘤的组织学分级、细胞类型以及肿瘤分期。根据术后病理和盆腔冲洗细胞学检查所见可将病例归纳为3个复发风险组。低复发风险组患者的定义为组织学分级为1级(G1)或2级(G2)的子宫内膜样腺癌,肌层浸润 $<1/2$,无宫颈管浸润,无淋巴血管浸润,盆腔冲洗细胞学阴性,或3级(G3)子宫内膜样腺癌但无肌层浸润。这些患者的处理为手术切除,不进行辅助治疗(放疗或化疗)。但有许多妇科肿瘤专家认为G3肿瘤患者需进行辅助治疗。中复发风险组患者是指组织学G1或G2的子宫内膜癌,肌层浸润 $>1/2$ 和/或宫颈管浸润。这些患者推荐盆腔和/或阴道辅助放疗,研究表明辅助放疗能够减少局部复发,但总生存率无明显变化^[29,30]。高复发风险组患者是指G3的子宫内膜样癌,任何深度的肌层浸润($<$ 或 $\geq 50\%$),淋巴血管侵犯,宫颈

管浸润,或非子宫内膜样型癌(浆液性癌或透明细胞癌)。对于这些患者,除了全子宫及双侧输卵管-卵巢切除术(TAH-BSO)和淋巴结清扫的“标准”治疗外,还需进行辅助治疗,包括放疗或化疗或放化疗。

通常,不同分期的子宫内膜癌公认的治疗标准是TAH-BSO手术。许多提倡的手术切除术仅适用于I期低级别的子宫内膜癌和少数未生育的年龄较轻的I期子宫内膜癌患者;药物治疗仅推荐于已排除高级别肿瘤的病例^[30-33]。一系列研究引证早期报道药物治疗的有效率为50%~75%,妊娠率为25%^[31-33]。分娩后或疾病持续或复发病例,推荐TAH-BSO治疗。

患有明显并存疾病和I A期患者为避免手术风险,可单独应用放射治疗,但该方法与手术切除相比,患者生存率降低了20%^[34]。加入放射治疗应基于对特定患者复发和转移潜能这些危险因素的评估,推荐患者年龄>70岁,高级别子宫内膜肿瘤,肿瘤类型为浆液性或透明细胞型,或深部子宫内膜浸润(I B期)患者术后应予以放疗;癌组织累及宫颈管的病例(II期)还应增加阴道区的放射治疗^[35-37]。

复发或转移的患者尽管采用联合放化疗等多种形式治疗,患者预后差,中位生存时间为12个月^[37]。

管理与治疗问题

淋巴结切除

手术切除是标准的治疗方法,适用于所有分期的子宫内膜癌,高分期肿瘤(III期)的患者还应行盆腔、腹主动脉旁淋巴结切除术。然而,对于低分期肿瘤患者是否行盆腔、腹主动脉旁淋巴结切除术尚未达成一致意见^[38]。施行淋巴结切除术通常基于几种因素,包括肿瘤分级和子宫肌层浸润深度,这两个因素与区域淋巴结转移风险直接相关。虽然有很多文章都探讨过淋巴结切除的问题,但是在同一城市的不同机构之间,或不同国家之间乃至世界范围内对淋巴结切除术尚未达成共识^[39]。在肿瘤局限于子宫的患者,通常可有盆腔淋巴结累及,盆腔淋巴结也是最常见的转移部位。几项关于接受盆腔淋巴结切除术后组织学评估的研究,显示淋巴结隐匿性转移高达28%^[40]。

许多作者提倡使用磁共振成像(MRI)进行术前子宫肌层浸润深度评估;但判读与报告的准确性存在差别,这与检查机构相关^[41,42]。基于MRI的淋巴结切除术的结果是不一致的。总的来说,对子宫内膜癌患者术前“常规”使用MRI进行评估,未见明显的成本效益或合理性。许多机构通过手术中冰冻切片对切除子宫肌层浸润深度进行评估,以此来帮助决定是否进行淋巴结切除术。冰冻切片被证明对内膜浸润深度的评估是比较准确的,但发现在不同的机构间,其冰冻报告的准确性存在显著差异^[43]。

淋巴结转移直接影响患者的预后和分期,同时又直接影响是否对患者施行辅助治疗的管理决定,如放疗和化疗等。一项研究表明,13%临床分期为I期的患者,在进行淋巴结切除术后因发现有转移性疾病,使得分期上升为III期。与之相比,未接受淋巴结切除的患者仅3%被认定为III期^[44]。其他的争议还有淋巴结切除术是否包括腹主动脉旁淋巴结和盆腔淋巴结。一项研究比较了仅切除盆腔淋巴结与切除盆腔淋巴结+腹主动脉旁淋巴结患者的转归,结果表明评估为中高复发风险的肿瘤患者,同时切除腹主动脉旁淋巴结有益。低复发风险的患者同时切除腹主动脉旁淋巴结并不能从中明显获益^[45,46]。然而,一些妇科肿瘤医师对所有子宫内膜癌手术切除患者都进行了淋巴结切除术^[39]。

辅助化疗与激素治疗

辅助放疗已被证明能够增加患者10%的生存率并降低高风险患者的局部复发,但对低风险和中风险患者则无明显影响^[47]。目前,辅助放疗已成为患者治疗的一部分,而放疗患者的选择依肿瘤分级、肿瘤类型和浸润深度而定。

辅助激素治疗仅被推荐用于不能耐受手术或放疗的III期子宫内膜癌患者。激素治疗的种类包括甲地孕酮(梅格施、Apo-甲地孕酮、Nu-甲地孕酮、Lin-甲地孕酮)和甲羟孕酮(普维拉)等。

辅助化疗在低风险、亚进展期疾病中的应用仍然存在争议,化疗通常被用于年龄>70岁的高风险患者,一项研究报道总体生存率增加了89%,无进展生存率增加了84%^[48]。使用单药辅助化疗很容易发生局部复发,因此通常联合使用蒽环类(多柔比星)和铂类(卡铂)制剂^[49]。在多柔比星和卡铂中添加紫杉烷紫杉酚被发现极大地改善了高风险患者的无进展生存率和总生存率^[50]。但是,显而易见的问题是,研究和实验中的辅助化疗患者都是被集中到“高风险”组的“高级别”子宫内膜癌。

目前,分子研究已经证实不仅高级别癌(如浆液性癌和透明细胞癌)有突出的分子特征,而且组织学类型类似的子宫内膜癌也会呈现不同的临床表现,这些患者也有着不同的分子特征。人们期待通过对子宫内膜癌分子通路的研究能够更好加深对肿瘤生物学的理解,从而发展更有效的治疗方法和更特效的“个体化”靶向疗法(参见第7、第8章)。

随访和预后

虽然子宫内膜癌的管理涉及手术切除(TAH-BSO)“标准”方法来进行最初的评估,但在不同地理位置(国家之间,同一国家不同地区之间)、不同机构之间以及不同妇科肿瘤医师之间,治疗上存在显著差别^[39,51,52]。推荐常规随访监测通常为术后的头2年内1次/4个月,因为这一时期最易复发。接下来的3年内1次/6个月,再以后1次/年。每次随访通常包括盆腔检查、宫颈巴氏涂片(Pap)检查和淋巴结检查。如果症状持续或体查/盆腔检查、宫颈Pap涂片检查发现可疑结果,需进行胸部X线

拍片、CT 或其他影像学检查。

子宫内膜样腺癌通常在疾病早期被诊断,这是由于患者多有子宫异常出血和绝经后出血等临床症状,通过检查而获得早期诊断,因此存活率高。然而,肿瘤分期比较显示高级别的子宫内膜样癌和非子宫内膜样癌(浆液性癌、透明细胞癌)生存率较低(表 2-3)。

表 2-3 肿瘤分期分布和诊断时肿瘤所处分期的 5 年相对生存率(2001—2007,所有种族)

分期	分期分布(%)	5 年相对存活率(%)
局限性(局限于原发部位)	68	95.8
区域性(区域淋巴结扩散)	19	67.1
远处性(肿瘤转移)	8	16.2
未知(无分期)	4	50.1

定义:相对生存率:指净生存率,系计算该组患者的观察生存率(总生存率)与假定其为一般人群的生存率(期望生存率)的比值,来衡量与癌症诊断相关的死亡率。来自 2001—2007 年 17 个流行病学及最终结果监测(SEER)地理区域的总体 5 年相对生存率为 81.8%。其中白人女性 5 年相对生存率为 83.7%,黑人女性为 60.2%。

分期分布:分期是衡量疾病进展的指标,详细记载肿瘤诊断时的程度,或者诊断时的肿瘤进展程度。

引自:Howlander N, Noone AM, Krapcho M, et al., eds. SEER cancer statistics review, 1975—2008. Bethesda, MD: National Cancer Institute; 2010. http://seer.cancer.gov/csr/1975_2008/

病理医师的职责

这部分拟叙述病理医师的职责、与临床医生的互动交流,其中可能包括与全科医生、产科医生/妇科医生和/或妇科肿瘤医生的交流等问题。首先也是最重要的一点是需要给病理科医生提供准确的临床病史。临床病史应包括与送达病理科接收的所有组织学或细胞学标本诊断相关的信息。从一个特定患者接收的标本类型随着情况不同而变化,内膜组织可能来自活检、刮宫或手术切除。而细胞学标本可能包括盆腔冲洗液、宫腔穿刺抽吸或宫颈检查部分,如宫颈 Pap 涂片检查等。

病理医师的角色不仅是传达组织病理学结果,而且还要积极参与患者的治疗,因为对患者治疗的决策基于病理医师做出的病理诊断。病理医师对患者的职责是依据所送检标本的组织学特征做出最准确的阐释,如良性,肿瘤前病变(增生),或肿瘤(癌)。送检的标本若缺乏临床病史或临床病史不准确都可能对结果的判断造成负面影响,导致治疗不足或过度治疗的情况发生,这些都对患者不利。临床病史不准确或不完善可导致对组织学表现的错误判断,尤其是原有恶性肿瘤病史并接受过化疗和/或放疗的患者,或者使用外源性激素或激素替代疗法,以及能够影响子宫内膜的药物,如他莫昔芬等(参见第 3 章)^[53,54]。

活检或刮宫标本存在局限性,尤其是当送检的组织量太少或非代表性组织(如子