

# 子宫颈腺样基底细胞癌合并早期鳞状细胞癌 2 例及文献复习

许红艳<sup>1</sup> 徐卫东<sup>1</sup> 邢益祥<sup>2</sup>

1. 合肥艾迪康医学检验所病理实验室 安徽合肥 230000

2. 铜陵市人民医院病理科 安徽铜陵 244000

**摘要:** 目的: 探讨子宫颈腺样基底细胞癌(ABC)合并早期浸润性鳞状细胞癌(SCC)的临床病理学特征, 提高临床和病理医师对这类疾病的诊治能力。方法: 收集2例宫颈ABC合并早期浸润性SCC, 进行回顾性分析, 并复习相关文献。结果: 2例发病年龄分别为63岁、66岁, 2例均伴发早期浸润性SCC。2例ABC免疫组化均表达P16、CK5/6、P63、Bcl-2, 腺样结构区表达CK7, 均不表达CD117, Ki-67低表达。结论: 子宫颈的腺样基底细胞癌属于罕见肿瘤, 目前认为肿瘤起源于宫颈的储备细胞, 与高危HPV感染相关, 生物学行为惰性, 预后良好。合并其他肿瘤时, 预后取决于伴发肿瘤的成分及分期。

**关键词:** 腺样基底细胞癌; 早期鳞状细胞癌; 文献复习

子宫颈腺样基底细胞癌(adenoid basal carcinoma, ABC)是HPV相关的原发于子宫颈部位的上皮性肿瘤, 临床少见。肿瘤细胞形态较单一, 生物学行为惰性, 基本无转移<sup>[1]</sup>。ABC合并鳞状细胞癌(squamous cell carcinoma, SCC)较为罕见。本文收集2例ABC合并早期浸润性SCC, 并复习相关文献, 对其临床、病理、治疗及预后等特征进行分析, 以期加深临床对该类病变的认识, 指导其临床诊疗活动。

## 1 材料与方法

### 1.1 材料

收集2023.04-2024.09合肥艾迪康医学检验所病理实验室诊断的2例宫颈ABC合并早期浸润性SCC, 发病年龄分别为63岁、66岁。

### 1.2 方法

标本经足量的10%的中性福尔马林溶液充分固定后, 按照规范要求取材, 常规脱水, 石蜡包埋, 3-4 μm连续切片, HE染色, 光镜下观察。免疫组织化学染色采用EnVision两步法, DAB显色; 包括P16、细胞角蛋白(cytokeratin, CK)5/6、P63、P40、CD117、Ki-67等所用一抗试剂均购自北京中杉生物有限公司, 具体操作步骤严格按照试剂说明书进行。2例所有切片均经2位高年资病理诊断医师诊断。

## 2 结果

### 2.1 临床资料

一例因子宫脱垂入院手术治疗; 另一例因农村妇女宫颈

癌筛查, 宫颈液基薄层细胞学检查(thin-prep cytology test, TCT), 提示非典型鳞状细胞, 不排除高级别鳞状上皮内病变(atypical squamous cell cannot exclude HSIL, ASC-H), 经宫颈活检证实为高级别鳞状上皮(high-grade squamous intraepithelial, HSIL), 遂行宫颈锥切术, 病理诊断为ABC合并早期浸润性SCC。最终行全子宫+双附件切除, 及盆腔淋巴结清扫术。

### 2.2 病理检查

#### 2.2.1 大体检查

2例患者的手术标本, 宫颈表面均有不同程度糜烂, 宫颈口内外均未见明显新生物。

#### 2.2.2 镜下检查

例1, 宫颈表面鳞状上皮异型增生, 伴灶性微小浸润(图1), 局部区域可见散在分布的小上皮样肿瘤细胞巢, 细胞形态均一, 呈基底细胞样, 排列成实性巢状或腺样, 周围未见明显间质反应。例2, 宫颈活检为HSIL, 锥切标本中见宫颈表面鳞状上皮异型增生, 局部见浸润灶, 局部宫颈组织间质内见少量呈巢团状分布的, 细胞小且一致的基底样细胞巢, 胞质少, 细胞核深染, 未见核分裂象, 局部细胞巢呈腺样分化, 腺腔内见红染分泌物, 周围细胞呈栅栏状排列(图2), 未见间质反应。

#### 2.2.3 免疫组化

2例均阳性表达P16、P63、CK5/6、P40、Bcl-2; 腺样

分化区域表达 CK7, Ki-67 阳性指数 10% 以内, CD117 均为阴性。(图 3—图 6)

### 2.3 病理诊断

例 1, ABC 合并早期微小浸润性 SCC; 病变大小: FIGO (2018 版) 宫颈癌分期, IB1 期。TNM 分期 (AJCC 第八版): TisNOM0。HPV16 型为阳性表达。

例 2, ABC 合并早期浸润性 SCC (浸润深度  $\leq 2\text{mm}$ ), 病变大小: 全子宫标本中未见肿瘤残留。淋巴结未见癌转移。FIGO (2018 版) 宫颈癌分期, IA2 期。TNM 分期 (AJCC 第八版): TisNOM0。HPV 未检测。

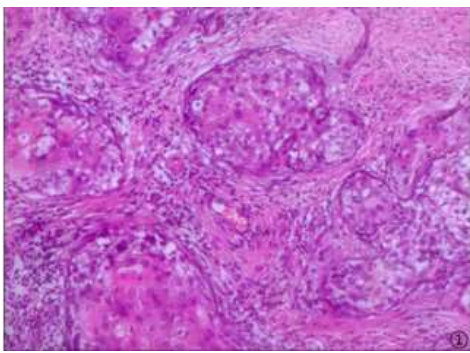


图 1 例 2 浸润性鳞状细胞癌

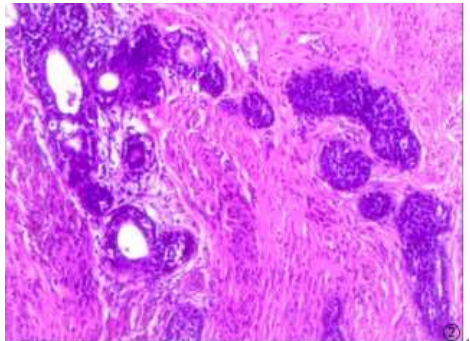


图 2 宫颈锥切标本见少量呈小巢团状排列的肿瘤细胞散在分布, 局部呈腺样结构

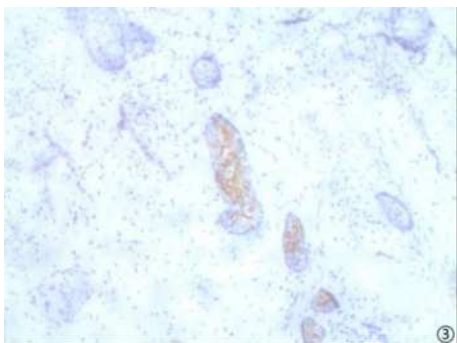


图 3 腺样分化区 CK7 阳性 EnVision 两步法

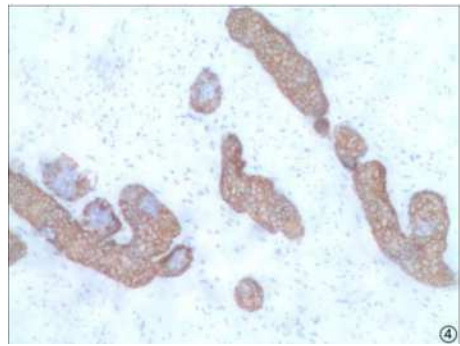


图 4 CK5/6 阳性 EnVision 两步法



图 5 P16 阳性 EnVision 两步法

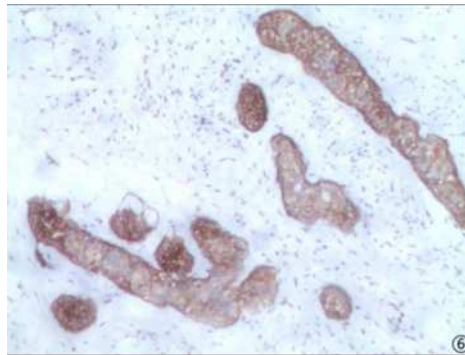


图 6 Bcl-2 阳性 EnVision 两步法

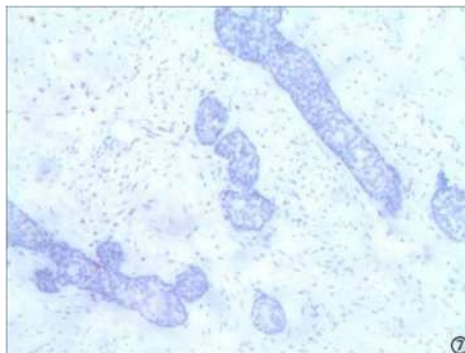


图 7 CD117 阴性 EnVision 两步法

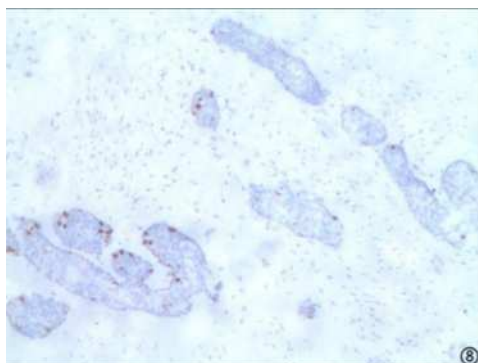


图 8 Ki-67 表达情况 EnVision 两步法

### 3 讨论

宫颈 ABC 为罕见的原发于宫颈上皮来源的肿瘤，占有宫颈癌的比例不足 1%，一般多见于绝经后妇女<sup>[2]</sup>。宫颈 ABC 最早于 1966 年由 Baggish 和 Woodruff<sup>[3]</sup> 提出并命名。2014 版《WHO 女性生殖器官肿瘤学分类》中也将其纳入宫颈其他上皮肿瘤，并使用腺样基底细胞癌这一名称，ICD-O 编码为 8098/3。ABC 合并 SCC 较为少见，2005 年 Parwani 等人回顾性分析 33 例 ABC 病例，仅 8 例合并 SCC。

#### 3.1 临床特点

宫颈 ABC 患者，初诊时常无明显临床症状，多因体检时查出 HPV 感染或者宫颈细胞学检查阳性而就诊<sup>[4]</sup>。宫颈 ABC 常伴随其他宫颈病变而出现，许多病例都与人乳头瘤病毒（HPV）相关的高级别鳞状上皮内病变（HSIL）或鳞状细胞癌（SCC）共存。因此病理诊断宫颈 ABC 时，应充分取材，避免漏诊。本组研究中，例 1 因子宫脱垂拟住院手术，术前检查时发现 HPV 阳性，且为 16 型阳性；例 2 因体检发现 TCT 异常，而行宫颈手术；均按照规范充分取材，最终明确诊断。

#### 3.2 病理形态

宫颈 ABC 主要由基底样细胞构成，呈巢团状、条索状排列，部分巢团中央伴鳞状上皮分化，部分中央可见腺腔样结构，腔内含均质红染无结构物，巢团周边细胞成栅栏状排列，细胞核圆形、卵圆形，异型性小，核仁不明显，胞质稀少，核分裂罕见，肿瘤细胞巢周围一般缺乏间质反应。宫颈 ABC 一般不单独出现，常伴随其他宫颈病变，本文中 2 例宫颈 ABC 均合并早期宫颈鳞状细胞癌。

#### 3.3 免疫组化

多数学者认为<sup>[5]</sup> 宫颈 ABC 可能起源于宫颈的储备细胞，

因肿瘤细胞形态为基底细胞样细胞，可伴有鳞状上皮及腺样结构分化；宫颈 ABC 的不同结构区域表现出不同的蛋白表达情况，在基底样细胞区域内高分子量角蛋白和 P63 阳性，P63 在基底样细胞巢周围表达更强，但是在成熟的鳞状细胞巢及腺样结构则减弱或缺失；而腺腔样结构表达 CK7。同时 Bcl-2 被认为是来源于基底细胞、储备细胞及不成熟鳞状上皮的标志物之一，Bcl-2 的阳性表达也支持 ABC 的储备细胞来源。本文中 2 例病例 ABC 成分均强表达 Bcl-2。通常，宫颈上皮内病变、SCC、ABC 及 ACC 肿瘤细胞表达 P16，因为 P16 蛋白可作为 HPV 检测的替代物<sup>[6]</sup>，本组 2 例病例均阳性表达 P16。梁云等<sup>[7]</sup> 指出，在 ABC 的不同区域中，Ki-67 的表达存在差异。基底样细胞巢区域 Ki-67 呈现低表达，一般小于 10%，鳞状分化区表达增高，在鳞状上皮内病变或鳞癌表达更高，本组病例表达情况与文献报道相符。

#### 3.4 鉴别诊断

子宫 ABC 主要需与腺样囊性癌（adenoid cystic carcinoma, ACC）、腺样基底细胞增生（adenoid basal hyperplasia, ABH）、基底样 SCC、小细胞神经内分泌癌等鉴别。

##### 3.4.1 ACC

肿瘤侵袭性较强，涎腺常见，原发于女性生殖系统少见。肿瘤由腺上皮和肌上皮细胞构成，细胞排列成筛孔状、腺管状及实性巢团状结构，腺腔内见蓝染无结构物，肿瘤细胞异型性相较于 ABC 明显，可见明显间质反应，肿瘤常侵犯脉管和神经。Grayson W 等研究表明<sup>[5]</sup>，ACC 和 ABC 属于同一形态学谱系。但随其形态学相似，但生物学行为相差甚远，因此准确诊断十分重要。可通过形态及免疫组化方法鉴别，CD117 在 ACC 中阳性，ABC 中不表达。

##### 3.4.2 ABH

一种良性增生性病变。相较于 ABC，基底样细胞巢相对较小，病变向下蔓延的深度常常小于 1mm；发生于宫颈的 ABH，一般没有高危型 HPV 感染的证据，不表达 P16，常常不能见到鳞状分化区域<sup>[8]</sup>。

##### 3.4.3 基底细胞样 SCC

肿瘤呈高侵袭性。细胞呈巢、片状排列，浸润性生长，细胞异型明显，细胞核深染，核分裂象多见，伴显著的间质反应，常伴有坏死。

##### 3.4.4 小细胞神经内分泌癌

肿瘤恶性程度高。由形态基本一致的小细胞构成，核

分裂象多见,常伴有坏死。免疫组化神经内分泌标记物阳性。 1229-1232.

### 3.5 治疗与预后

单纯性宫颈 ABC 生物学行为惰性,预后良好,罕见复发与转移<sup>[9]</sup>,早期以单纯性全子宫切除为主;近年来,随着研究的深入,提倡宫颈锥切即可。当宫颈 ABC 合并其他类型的肿瘤时,预后则取决于伴发恶性肿瘤的组织学类型、分级、分期<sup>[10]</sup>。本文中例 1 宫颈 ABC 合并微小浸润性鳞状细胞癌,子宫全切术后,未行淋巴结清扫,随访未见局部复发与转移。例 2 术后时间较短,持续随访中。

综上所述,宫颈 ABC 病例少见,诊断及鉴别诊断,临床意义重大。本文拟通过对 2 例宫颈 ABC 合并早期浸润性 SCC 的回顾性分析及文献复习,以期加深病理医师对宫颈 ABC 的认识,指导病理医生对此类疾病做出正确诊断,提升临床对此类疾病诊治能力,具有一定的指导意义。

### 参考文献:

[1]L K T ,Glenn W M .Cervical Adenoid Basal Carcinoma With High-grade Squamous Component: True Mixed Carcinoma or Colonization of Adenoid Basal Carcinoma by High-grade Squamous Intraepithelial Lesion?[J].The American journal of surgical pathology,2023,48(2):238-246.

[2]Alabalık U ,Firat U ,Keleş N A , et al.Cervical adenoid basal carcinoma: Case report[J].Journal of Clinical and Experimental Investigations,2014,5(4):614-616.

[3]Baggish MS,Woodruff JD. Adenoid-basal carcinoma of the cervix[J]. Obstet Gynecol,1966,28( 2) : 213 - 218.

[4]张冬梅,赵芳,魏建国,等. 子宫颈腺样基底细胞癌 4 例临床病理分析 [J]. 临床与实验病理学杂志, 2020,36( 10):

[5]Grayson W,Taylor LF,Cooper K. Adenoid cystic and adenoid basal carcinoma of the uterine cervix: comparative morphologic, mucin,and immunohistochemical profile of two rare neoplasms of putative ‘reserve cell’ origin [J]. Am J Surg Patol,1999,23 ( 4) : 448 - 458.

[6]林博宁,徐德,付劲锋,等. 宫颈腺样基底细胞癌合并微小浸润性鳞状细胞癌 1 例报道 [J]. 诊断病理学杂志,2018,25(01):58-61.

[7]梁云,陈晓端,周彩云,等. 子宫颈腺样基底细胞癌七例临床病理分析 [J]. 中华病理学杂志, 2016, 45 ( 5) : 329-330.

[8]Kerdran O, Cornelius A, Farine MO, et al. Adenoid basal hyperplasia of the uterine cervix: a lesion of reserve cell type,distinct from adenoid basal carcinoma[J]. Hum Pathol, 2012,43( 12):2255-2265.

[9]王利群,王昀,晋薇,等. 子宫颈腺样基底细胞癌与腺样囊性癌的临床病理特点比较 [J]. 中华病理学杂志, 2020, 49(8):800-805.

[10]Viriyapak B,Park ST, Lee AW, et al. Cervical adenoid basal carcinoma associated with invasive squamous cell carcinoma: a report of rare co-existence and review of literature[J]. World J Surg Oncol,2011,9: 132.

### 作者简介:

许红艳,女,汉族,安徽省合肥市,学历:本科,单位:合肥艾迪康临床医学实验室,主治医师,研究方向:临床病理