



宫颈病变规范化诊治流程

中南大学湘雅二医院
吴宜林



宫颈癌流行病学



- 宫颈癌是全球妇女生殖道中最常见的癌症
- 我国每年新发病例约**13.15万**
占世界宫颈癌新发病例总数的**28.8%**
- 全世界每年约有**29万**妇女死于宫颈癌
我国每年约有**5万**妇女死于宫颈癌



- 宫颈病变定义：即宫颈非典型增生和/或宫颈原位癌（**CIN**和/或**CIS**）
- 宫颈癌的癌前病变的诊治是防治宫颈癌的中心环节
- 强调早期正确诊断，适时恰当治疗



- 目前存在问题：
 1. 宫颈病变诊治不规范，治疗过度或治疗不足
 2. 对HPV感染缺乏正确认识
 3. 缺乏有说服力的循证医学证据
- 近十年，我国对宫颈病变诊治规范进行不断的修改完善
- **2011**年制订了最新的中国宫颈病变诊治指南

三阶梯筛查



细胞学+ **HPV** → 初筛

阴道镜 → 助诊

组织学 → 确诊(金标准)



细胞学检测方法主要包括：

- 巴氏涂片
- 薄层液基细胞学

细胞学异常的分类：

- 鳞状上皮细胞异常
- 腺细胞异常



(一) 鳞状上皮细胞异常分类

1. 非典型鳞状细胞 (ASC)

- (1) 不能明确意义的非典型鳞状细胞 (ASC-US)
- (2) 非典型鳞状细胞不排除高级别上皮内病变 (ASC-H)

2. 鳞状上皮内病变 (SIL)

- (1) 低级别鳞状上皮内病变 (LSIL)
- (2) 高级别鳞状上皮内病变 (HSIL)

3. 鳞状细胞癌 (SCC)



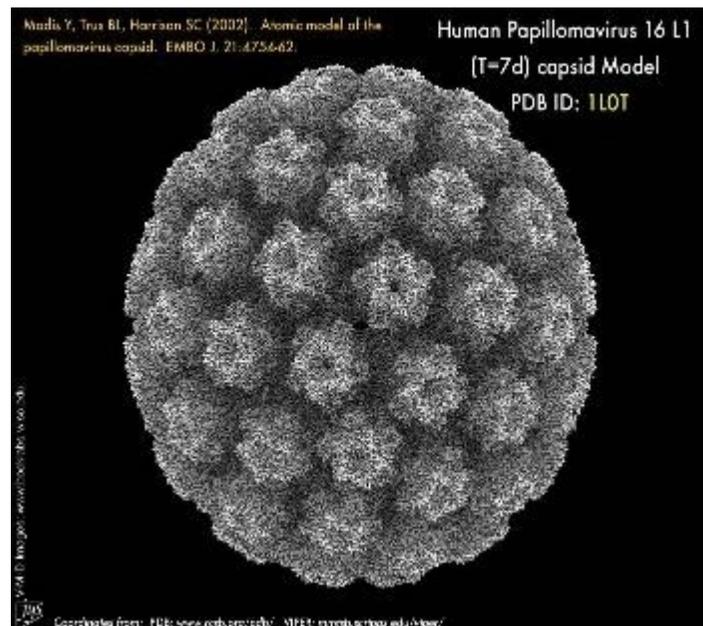
(二) 腺细胞异常分类

- 1 非典型颈管、宫内膜、腺细胞，无其他具体指定 (**AGC-NOS**)
- 2 倾向瘤变的**AGC**
- 3 颈管原位腺癌 (**AIS**)
- 4 腺癌（颈管，宫内膜，子宫以外，或无其他具体指定）

HPV相关知识



- 1. 小环状双链DNA 病毒
- 2. 直径50-55nm
- 3. 癌基因E6E7



HPV相关知识



- 高感染率：女性中**70%-80%**感染一次**HPV**
- 高消退率：大多数**HPV**在感染后**6-12**月自行消失，**2**年后持续感染率仅**9%**
- 低致癌率：**10/10**万的**HPV**感染者进展为宫颈癌。

仅高危型**HPV**持续感染才是激发宫颈上皮恶性转化的最重要危险因素，致癌风险提高**250**倍。

HPV相关知识

■ HPV 的主要致癌基因
E6 通过抑制p53而阻断凋亡
E7 通过抑制pRB使细胞周期失控

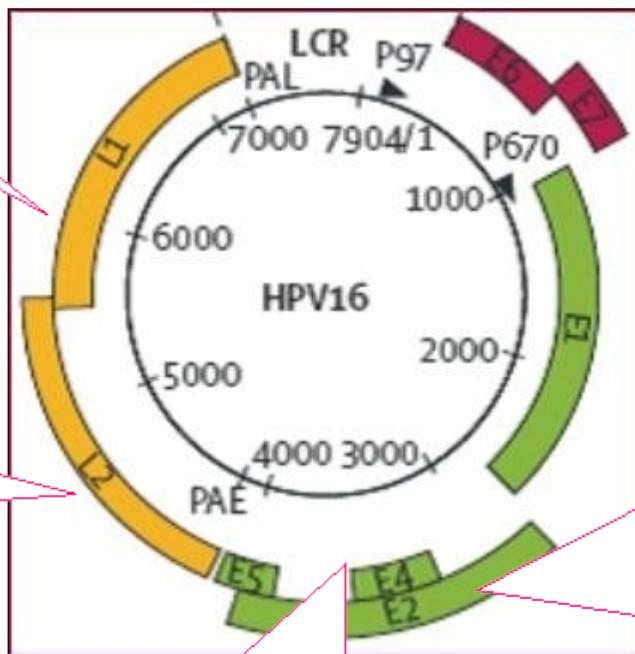
■ L1: 主要衣壳蛋白, 是疫苗的主要成分

■ L2: 次要衣壳蛋白, 是市售抗体的主要识别位点

■ E4: 结合并破坏细胞角蛋白网, 形成挖空细胞的外观

■ E2: 负性调节E6和E7, 维持凋亡和细胞周期的调控。

■ 通常在病毒发生整合 (病毒整合时会破坏E2基因的结构) 时失活





HPV检测主要方法：HC2和HPV分型

指南强调：HPV检测应具备临床的有效性，并且为FDA和/或SFDA批准和（或）相关的科学文献证明。

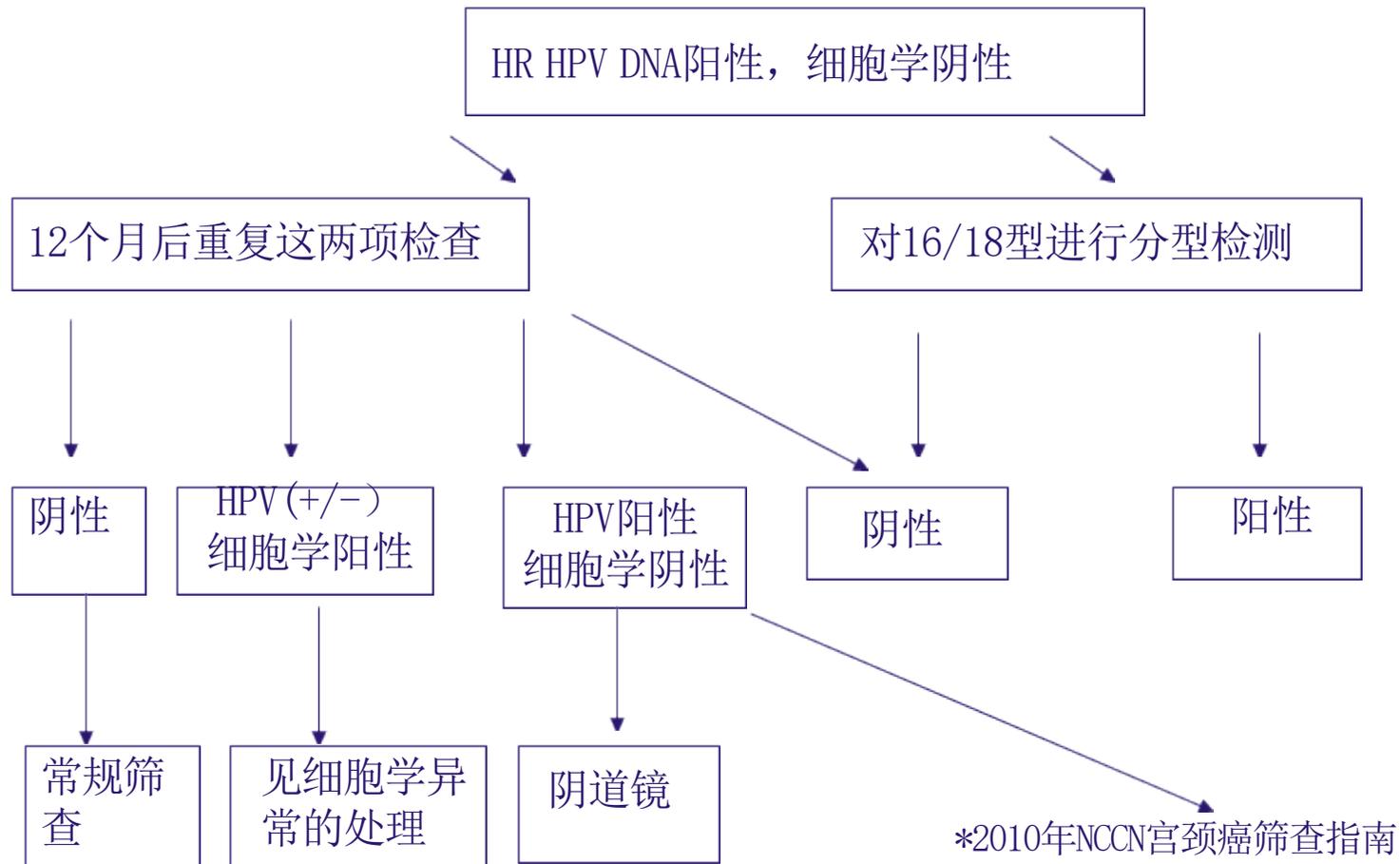
仅高危（致癌）型HPV检测对评估异常宫颈细胞学的结果有临床意义。



- 宫颈癌及癌前病变的筛查
- **ASCUS**病人的分层管理
- 阴道镜检查的适应征
- 宫颈病变治疗后残留或复发病变的预测和随访

不用于 ≤ 20 岁女性

高危型HPV DNA阳性的随访 (≥30岁)



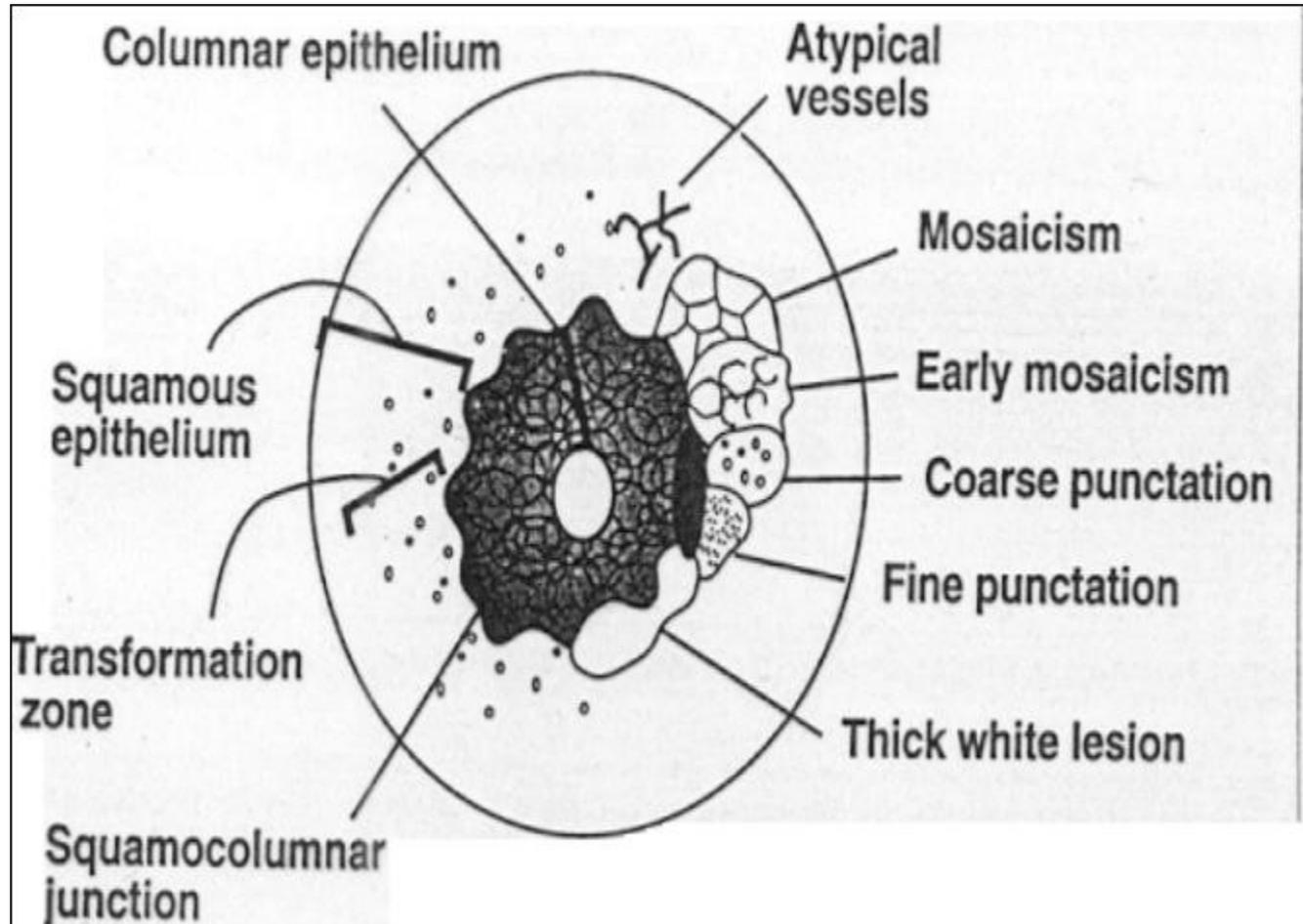


阴道镜检查主要适应证：

细胞学检测**ASCUS**或以上病变

临床可疑癌变

阴道镜检查模式图





妊娠期阴道镜检查注意



- 因由有经验的阴道镜医生实施
- 禁止行**ECC**
- **LSIL**和**ASCUS**可推迟至产后**6**周行阴道镜及活检
- 仅当高级别病变或可疑浸润癌时才行阴道镜检查及活检
- **CIN2/3**每**3**月复查阴道镜检查，仅在病情加重取活检。若无浸润癌，产后**6-8**周评估处理

宫颈病变筛查对象的分群



- 普通人群
- 特殊人群：
 - 青春期（ ≤ 20 岁）
 - 妊娠期
 - 绝经后期
 - 免疫功能低下者

特殊人群的特点



青春期女性（≤20岁）特点：

- **HPV**感染率高，绝大多数**2**年内自发清除
- 细胞学异常多为**ASC**和**LSIL**
- **CIN**发生率高，自发性消退的比率非常高
- 高级别**CIN**和宫颈癌风险很低

不主张**HPV**检测和不必要的阴道镜活检及治疗。

特殊人群的特点



妊娠期女性的特点：

- 妊娠对宫颈细胞学有影响
- 胎儿的安全性
- **CIN2,3**进展为浸润癌风险非常小，产后消退率高
- **CIN**治疗并发症高，且病变持续和复发比例高

宫颈病变筛查的频率



- **21-29岁**妇女每**2年**一次细胞学筛查。
- **>30岁**的女性可采用联合细胞学和**HPV DNA**检测方式。对**≥30岁**两项检查均阴性的低危妇女，每**3年**一次筛查。
- **≥30岁**连续**3年**细胞学阴性，既往无**CIN2**或**3**病史，无**HIV**感染，无免疫功能低下，无子宫乙烯雌酚暴露者，细胞学检测可**3年**一次。
- **HPV16**和**18**免疫的妇女筛查策略同于未接种妇女。

参照2010年NCCN宫颈癌筛查指南

筛查停止时机



- 有**CIN2**，**CIN3**或宫颈癌病史者，治疗后应持续每年筛查至少**20**年。
- 有**CIN2** 或**3**病史，或不能提供宫颈阴性病史的子宫全切妇女在治疗后应持续筛查。间隔可适当延长， 但能否停止筛查缺乏数据。
- 良性病变全子宫切除术后，无高度宫颈病变者
- **65-70**岁妇女，连续**3**次及以上细胞学正常，过去**10**年无不正常检测结果者
- 患有威胁生命疾病者

参照2010年NCCN宫颈癌筛查指南



指南包括两个内容：

- 第一部分 宫颈细胞学异常的管理
- 第二部分 **CIN**或**AIS**的处理

注意：分人群和分层管理



第一部分

宫颈细胞学异常的管理



(一) ASCUS的管理

- 检查结果重复性差
- 宫颈浸润癌患病率很低（约**0.1-0.2%**）
- **HR HPV DNA**阳性率**40-51%**
- 分人群管理：普通 & 特殊



普通人群 (>20岁) ASCUS的管理

- **HPV**检测和分流
- 间隔**6**个月连续**2**次重复细胞学检查
- 单独使用阴道镜检查

对于缺少组织学诊断（诊断为**CIN2,3**）的**ASCUS**患者，常规使用诊断性切除程序（如**LEEP**）不可接受的。

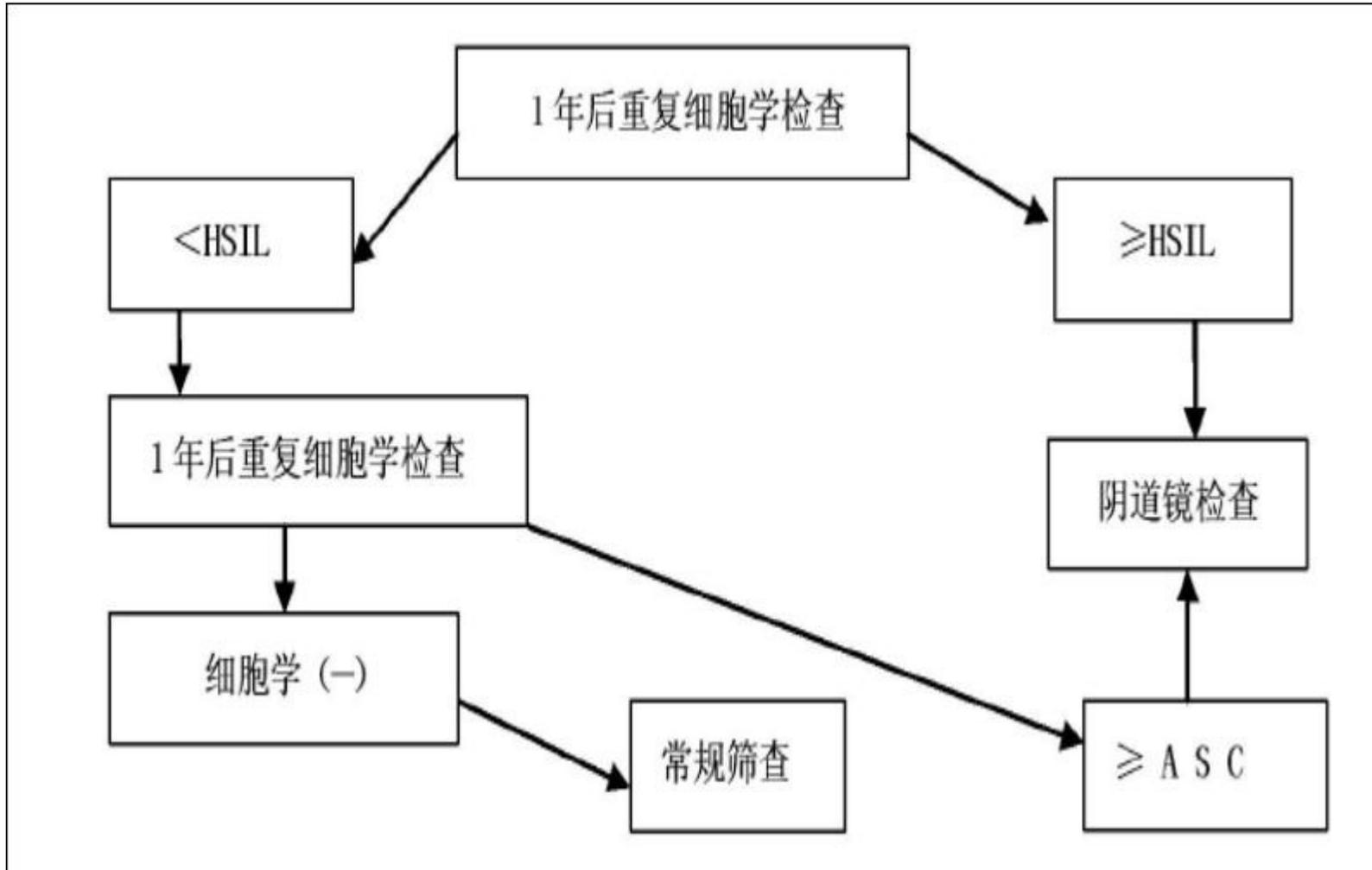
- 妊娠期**ASCUS**:不主张产前的阴道镜检查

普通人群、绝经期后、免疫低下人群ASCUS处理流程



* 检测仅针对高危型(致癌性)HPV

青春期妇女 (≤ 20 岁) ASCUS或LSIL临床处理流程





(二) ASC-H的管理

- 在ASC-H的妇女中,CIN II,III的检出率为26%~68%,HR HPV DNA阳性率74%~88%。
- ASC-H代表着不能明确的CIN II,III, 浸润癌以及活跃的HPV感染。
- 无论何种人群,首选阴道镜检查。

以上内容仅为本文档的试下载部分，为可阅读页数的一半内容。如要下载或阅读全文，请访问：<https://d.book118.com/055134312314011140>