

# 宫颈鳞状细胞癌合并腺样基底细胞癌 1 例及文献复习

方瑾 赵小晓 王志 曹晨 田训 (通讯作者)

华中科技大学同济医学院附属武汉中心医院 湖北 武汉 430014

**【摘要】**目的：通过分析宫颈腺样基底细胞癌（adenoid basal carcinoma, ABC）合并鳞状细胞癌（squamous cell carcinoma, SCC）的诊疗经过，探讨 ABC 在宫颈癌中的临床病理特点及术前易漏诊原因，强调对该罕见肿瘤的识别要点。方法：报道 1 例术前活检未能识别 ABC 成分的宫颈 SCC 合并 ABC 病例，并检索中国知网（CNKI）2010 年 1 月至 2025 年 1 月国内报道的宫颈 ABC 相关病例，对其临床表现、病理特征、术前诊断情况及治疗结局进行归纳性分析。结果：本例患者为 67 岁女性，HPV16 阳性，术前活检仅提示鳞状上皮原位癌伴局灶可疑浸润，根治术后病理证实为高一中分化 SCC 合并 ABC。文献回顾显示，ABC 多见于老年女性，临床症状常不典型，且多与高危型 HPV 感染相关。由于病灶多位于间质深部、形态温和，并常被 HSIL（high-grade squamous intraepithelial lesion, 高级别鳞状上皮内病变）或侵袭性鳞状细胞癌所掩盖，ABC 在术前活检中的检出率普遍较低，多依赖术后标本的充分取材方能明确诊断。既往报道中，治疗方式以手术切除为主，整体预后较好。结论：宫颈 ABC 是一种易被忽视的罕见肿瘤类型，其术前漏诊具有一定普遍性。对于老年、持续高危型 HPV 感染并伴鳞状病变的患者，应提高对 ABC 的警惕，在活检及手术标本中加强深部、多点取材，并合理应用免疫组化标记，有助于降低漏诊风险，实现准确诊断。

**【关键词】**腺样基底细胞癌；宫颈肿瘤；复合型癌；人乳头瘤病毒；病理诊断

DOI:10.12417/2705-098X.26.09.031

宫颈腺样基底细胞癌（Adenoid Basal Carcinoma, ABC）是一种罕见的宫颈上皮性肿瘤，在 WHO 女性生殖系统肿瘤分类中归属于“其他上皮性肿瘤”，发病率不足 1%<sup>[1]</sup>。既往研究显示，ABC 通常表现为细胞形态温和、核分裂象罕见，单纯 ABC 的生物学行为相对惰性，整体预后较好。

在组织学上，ABC 多起源于宫颈移行带上皮下方，常位于间质深部，呈散在、小巢状或分叶状生长<sup>[2,3]</sup>，并可与 HSIL 或其他病变共存<sup>[4,5]</sup>。由于病灶分布深在、大多不会形成肿块<sup>[5]</sup>，且易被同时存在的鳞状病变所掩盖，ABC 在宫颈活检中的识别存在一定困难。

目前，国内关于宫颈 ABC 的报道以个案或小样本病例系列为主，针对其术前诊断特点，尤其是与侵袭性鳞状细胞癌共存时的漏诊问题，尚缺乏系统性总结。基于此，本文报道 1 例术前活检未能识别 ABC 成分的宫颈鳞状细胞癌合并腺样基底细胞癌病例，并结合国内既往报道进行回顾分析，旨在总结其临床病理特征并探讨降低术前漏诊的诊断要点。

## 1 病例报告

患者女性，67 岁，因“阴道排液 3 天”于 2024 年 7 月就诊。患者绝经 20 余年，既往无阴道不规则出血及同房出血史。外院 HPV 16 阳性；薄层液基细胞学检查（TCT）提示“鳞状细胞癌？”；宫颈活检病理诊断为“宫颈鳞状上皮原位癌，局灶可疑小灶浸润”；盆腔 MRI 显示子宫颈考虑占位，考虑肿瘤可能。我院妇科查体示宫颈形态失常，呈凹陷状，约 2cm，后唇质硬，病变考虑累及后穹窿。遂收治入院。入院后补充经阴道子宫附件彩超，提示宫颈稍大，质地不均，近外口宫颈基底层内实质性占位（2.0 cm×1.7 cm×2.1 cm），考虑为宫颈癌，局部浆膜层连续。复核外院病理切片（P2404985）病理会诊：（宫

颈组织）鳞状上皮原位癌，局灶可疑浸润；免疫组化：CK5/6、P16 阳性，Ki-67 指数增高。结合患者年龄、高危 HPV 感染、TCT 异常、影像学占位表现及活检提示可疑浸润性癌，行腹腔镜下广泛子宫切除术并盆腔及腹主动脉旁淋巴结清扫。

术后对手术标本进行全面病理评估，确诊为宫颈高-中分化鳞状细胞癌合并腺样基底细胞癌，大体上癌浸润深度最大灶约 9 mm，至宫颈外 1/3 层；子宫峡部及子宫体部未见癌累及，未见明确神经及脉管侵犯。镜下（图 1）显示：鳞状细胞癌成分呈实性巢团状浸润；而腺样基底细胞癌成分则呈典型的巢状、分叶状结构，浸润于宫颈间质深部，其癌巢周边细胞栅栏状排列，中央可见囊腔，细胞形态温和，核分裂象罕见；免疫组化（图 2）：P63、P16、CK5/6、P40 阳性，CD117、c-Myb 阴性，CD34、D2-40 未提示脉管瘤栓，Ki-67 热点区约 70%。所有手术切缘及清扫的共计 43 枚淋巴结均未见癌转移。术前及术后阴道组织检查均仅示低级别鳞状上皮内病变，未见浸润性癌成分。根据 FIGO（2018）分期标准，本例最终病理分期为 I B2 期。此外，肿瘤周围宫颈组织可见高级别鳞状上皮内病变。患者术后恢复良好，截止 2025 年 2 月 18 日，无复发转移。

本回顾性研究经武汉市中心医院伦理委员会批准（编号 WHZXKYL2025-077），豁免知情同意。

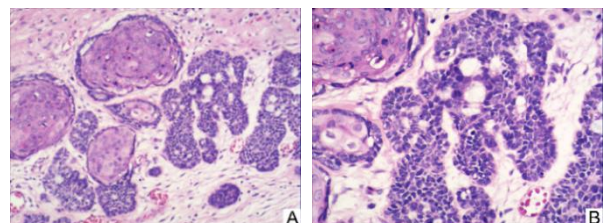


图 1

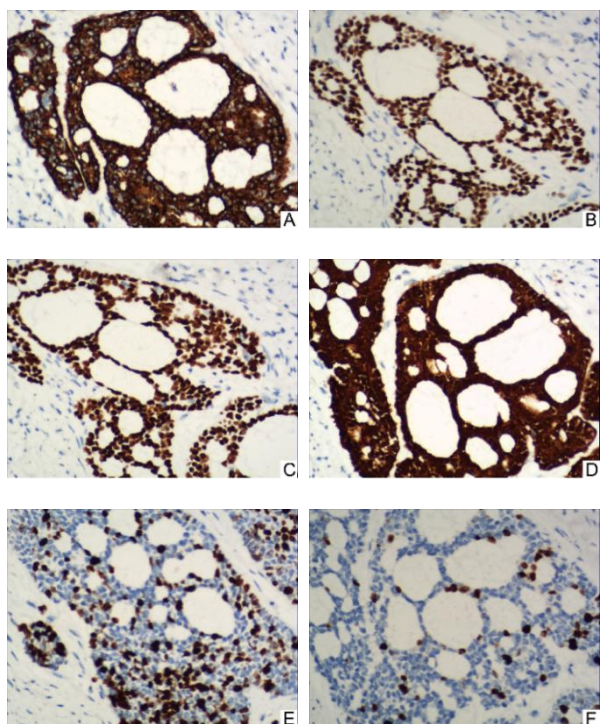


图2

图1 宫颈高-中分化鳞状细胞癌合并腺样基底细胞癌 (HE染色) A: ABC呈巢状、分叶状浸润,部分癌巢中央可见囊性腔隙; SCC呈实性巢团状浸润(×100)。B: 高倍镜下可见ABC癌巢周边细胞呈栅栏状排列,核分裂象罕见; SCC细胞体积较大,核仁明显(×200)。

图2 ABC免疫组织化学染色(×200)A: 细胞质CK5/6(+); B: 细胞核P40(+); C: 细胞核P63(+); D: 细胞核与细胞质P16(+); E,F: Ki-67增殖指数在不同ABC癌巢中呈现显著异质性

## 2 讨论

(1) 本案例漏诊的原因剖析。本例患者术前外院活检病理结果及我院后续病理会诊都仅提示“鳞状上皮原位癌,局灶可疑浸润”,未能识别出ABC成分,直至根治术后标本经充分取材后才明确诊断。深入分析漏诊的主要原因如下。首先,病灶分布的深在性,ABC多起源于宫颈移行带深部间质,呈散在、小巢状分布<sup>[6]</sup>,本例术前活检取材浅表未能触及,而根治术标本经系统取材后病灶可以充分暴露;其次,ABC细胞形态温和,核分裂象罕见,缺乏显著的恶性形态学特征,易被误判为良性病变,或被同时存在的HSIL、SCC等病灶掩盖。

(2) ABC漏诊具有普遍性。为评估ABC术前诊断的普遍情况,我们以“腺样基底细胞癌/ABC/宫颈/Adenoid Basal Carcinoma”为主题词,检索在中国知网(CNKI)2010年1月至2025年1月发表的病例报道和病例系列,共纳入134例ABC病例<sup>[1,3-31]</sup>。

值得注意的是,本研究为回顾性文献分析,纳入的134例报道中对各项临床病理特征记录完整度不一。具体而言,HPV感染状态、TCT结果及术前活检与术后病理的对比等关键变量的数据缺失率分别为38.1%(51/134)、53.0%(71/134)和32.8%(44/134)。这种数据不完整可能引入偏倚,例如,有术前活检记录的病例可能更倾向于存在明显的鳞状病变成分,而单纯、微小的ABC病灶反而未被记录或报道,导致术前检出率(16.7%)可能被高估,实际漏诊率可能更高。此外,不同医疗机构的活检规范、病理诊断水平及免疫组化应用差异,也可能影响各研究中ABC的识别率。因此,本文所述的临床特征及漏诊比例应理解为现有文献条件下的观察结果,而非严格意义上的流行病学数据。下文所述各特征的统计结果均基于明确报告了该信息的病例数(即各不相同的分母,详见表1),以期客观反映现有报道中的信息全貌。

ABC患者以老年女性为主(81例已知年龄的患者中,>60岁者占61.7%),超过半数患者(66/120,55.0%)无临床症状,多经宫颈癌筛查偶然发现;即使出现临床症状,也缺乏特异性,如阴道排液等;在与HPV感染相关的报告中(83例),阳性率为81.9%,且HPV16型占主导(约占阳性病例的50%)。需要注意的是,ABC术前诊断面临较大挑战,在文献回顾的90例明确记录了术前诊断与术后病理诊断的病例中,仅有15例(16.7%)在术前识别出ABC成分,漏诊率达83.3%。本例同样经历了术前漏诊,提示ABC在临床实践中存在较高的漏诊风险。

表1 2010-2025年1月中国人群ABC的临床特征回顾

变量	类别	例数(占比)	备注
年龄(n=81)	<40岁	3(3.7%)	平均年龄 62.2±9.1岁
	40-60岁	28(34.6%)	
	>60岁	50(61.7%)	
症状(n=120)	阴道流血	38(31.7%)	
	阴道分泌物增多	8(6.7%)	
	其他	8(6.7%)	
	无	66(55.00%)	
HPV感染 (n=83)	阳性	68(81.9%)	HPV 16约占50%
	阴性	15(18.1%)	
TCT (n=63)	正常	5(7.9%)	
	<HSIL	26(41.3%)	
	HSIL	32(50.8%)	

活检(n=90)	伴 ABC	15(16.7%)	
	不伴 ABC	75(83.3%)	
治疗方式 (n=117)	宫颈锥切	13(11.1%)	
	子宫切除+盆腔清 扫	104(88.9%)	
	良好	81(93.1%)	
预后(n=87)	死亡	6(6.9%)	均因其他原因死亡

注：由于所纳入的文献对不同临床特征的报告完整度不一，各变量的总病例数（n）存在差异，本表数据基于已公开报道的完整信息进行统计，本例数据未纳入。（续表 1）

（3）鉴别诊断要点。ABC 的准确识别需与几种形态相似的病变进行鉴别。①高级别鳞状上皮内病变累及腺体（HSIL 累腺）多位于黏膜浅表层，细胞异型性明显，核质比较高，核分裂象易见<sup>[13]</sup>；尽管 HSIL 累腺也常伴有 P16 强阳性，但其 Ki-67 增殖指数通常较高，且分布更弥漫。②腺样囊性癌（ACC）和 ABC 均可呈巢状、筛状生长，但 ACC 的生长方式更具侵袭性<sup>[32]</sup>，细胞异型性明显，核分裂象易见，筛状结构更典型，且 CD117 多呈阳性<sup>[20]</sup>；而 ABC 的 CD117 一般为阴性，此为关键鉴别依据（本例 CD117 阴性）。③腺样基底细胞增生（ABH）属于良性病变，细胞巢较小，从基底膜蔓延的深度更浅<sup>[31]</sup>，通常不见明确的浸润性生长模式，不伴有高危型 HPV 感染及 P16 的弥漫强阳性表达<sup>[26]</sup>。

（4）ABC 的临床病理特点总结与诊断启示。综合本病例及文献分析，宫颈 ABC 的临床病理特征可归纳如下。临床层面，多见于老年女性，常无症状或症状无特异性，多数病例与高危型 HPV（尤其是 HPV 16 型）感染相关，术前诊断率较低。病理层面，ABC 通常位于移行带被覆上皮下方<sup>[3]</sup>，表现为基底样细胞呈巢状、条索状或分叶状结构，向深部浸润；癌巢周边细胞常见栅栏样排列，中央可出现囊性腔隙或鳞状分化；细胞

形态相对一致，核仁不明显，核分裂象罕见，间质常缺乏明显的促纤维反应<sup>[9]</sup>；且可能与其他病变并存；免疫表型通常呈 CK5/6、P63 和 P40 弥漫强阳性，提示鳞状/基底细胞分化来源<sup>[10]</sup>；P16 多呈块状强阳性，支持 ABC 与高危型 HPV 感染相关；Ki-67 在不同区域呈现异质性，鳞状分化区阳性指数较高，基底细胞样区和腺样结构区阳性指数较低<sup>[11]</sup>，而 CD117 一般为阴性或局灶弱阳性<sup>[24]</sup>，这有助于与形态相似的腺样囊性癌（ACC）相鉴别。

基于上述特征，提示对于老年、HPV16 阳性的宫颈病变，临床活检时应注重取材深度，并与病理科进行充分沟通；病理诊断中若发现 HSIL 或鳞癌成分，应系统评估间质深部，对形态温和的基底样细胞巢提高警惕，并合理运用 CK5/6、P63、P16 及 CD117 等免疫组化标记进行辅助诊断。增强对 ABC 的认知并采取针对性诊断策略，有助于提升其术前检出率，降低漏诊风险。

（5）治疗与临床决策。单纯 ABC 生物学行为惰性，预后良好，手术切除通常可达到根治效果，复发及转移风险低，一般无需辅助放化疗<sup>[33]</sup>。若 ABC 合并浸润性癌，其临床行为及预后主要取决于合并的浸润性癌成分，应依据后者类型及分期制定治疗方案。对于年轻或有生育需求、病变局限于 ABC 或仅伴有 HSIL 的患者，可行宫颈锥切术并密切随访<sup>[21]</sup>。本病例患者为绝经后女性，且术前考虑为浸润性鳞癌，故行根治性子宫颈切除+淋巴结清扫术，术后患者定期复查，至末次随访时无复发及转移。

### 3 结论

本研究通过 1 例术前活检及病理会诊均漏诊的宫颈 ABC 合并 SCC 病例，结合国内较大样本量案例汇总，揭示了 ABC 易漏诊的临床病理特点。结果表明，ABC 虽属罕见肿瘤，但在老年、HPV 16 持续阳性人群中应引起警惕。因此，增强临床与病理沟通、规范活检及手术标本取材，并对可疑病例应用免疫组化染色，是提高 ABC 术前诊断率、降低漏诊风险的有效途径。

### 参考文献：

[1] 向铃燕,阎红琳,袁静萍,等.宫颈腺样基底细胞癌 6 例临床病理分析[J].临床与病理杂志,2024,44(3):456-462.  
 [2] BHARTI J N.Adenoid basal carcinoma cervix-A rare epithelial neoplasm[J/OL].Journal of Cancer Research and Therapeutics,2025,21(1):226.  
 [3] 徐霞,盛慧超,施红旗,等.宫颈伴有腺样基底细胞癌的混合型癌 3 例[J].中国肿瘤临床,2024,51(14):752-754.  
 [4] 张晓波,沈丹华.宫颈腺样基底细胞癌 10 例临床病理分析[J/OL].中华肿瘤防治杂志,2018,25(21):1528-1532.  
 [5] 刘慧敏,姜晓晖.子宫颈腺样基底细胞癌的临床病理研究[J].中外女性健康研究,2019(16):36,54.  
 [6] WANG L,WANG Y,JIN W,等.Comparison of the clinicopathological features between adenoid basal cell carcinoma and adenoid cystic carcinoma of the cervix[J/OL].Zhonghua Bing Li Xue Za Zhi,2020,49(8):800-805.  
 [7] 张茹雯,曹蕾.HPV18 阳性宫颈腺样基底细胞癌一例[J/OL].国际妇产科学杂志,2025-05-26.https://kns.cnki.net/KCMS/detail/detail.

aspx?dbcode=CAPJ&dbname=CAPJLAST&filename=GWVC20250523001.

- [8] 赵婧,罗荣奎,周先荣,等.宫颈腺样基底细胞癌的临床病理学特征分析[J].诊断病理学杂志,2017,24(6):450-454.
- [9] 黄贞,王成有,董滨华,等.4例子宫颈腺样基底细胞癌的临床病理特征分析[J].中国当代医药,2021,28(36):97-100,242.
- [10] 何小清,何蓉,易静.宫颈腺样基底细胞癌4例并文献复习[J].诊断病理学杂志,2022,29(12):1132-1135,1139.
- [11] 纪翠红,詹阳,孔为民,等.宫颈腺样基底细胞癌八例报告并文献复习[J/OL].北京医学,2020,42(7):643-646.
- [12] 陈豪,尹晓娜,过华蕾,等.宫颈腺样基底细胞癌8例临床病理分析[J/OL].浙江实用医学,2023,28(3):248-251.
- [13] 邹亮,张芸,揭由坤.宫颈腺样基底细胞癌5例临床病理学分析[J].诊断病理学杂志,2022,29(12):1152-1155.
- [14] 黄勇,李宏伟,胡海霞,等.宫颈腺样基底细胞癌1例报道[J].诊断病理学杂志,2012,19(5):381-382.
- [15] 齐永利,张艳,陈希.宫颈腺样基底细胞癌及腺样囊性癌的混合性癌的临床病理特点[J].诊断病理学杂志,2024,31(5):374-377,386.
- [16] 王娟丽,李乐,王霖,等.艾滋病合并宫颈腺样基底细胞癌1例报道及文献复习[J].昆明医科大学学报,2015,36(8):149-151.
- [17] 黄礼燕,刘金星,黄安亮,等.子宫颈腺样基底细胞癌一例[J/OL].中华病理学杂志,2017,46(4):265-266.
- [18] 马新义,许励,陈晓端,等.子宫颈腺样基底细胞癌6例的临床病理观察[J/OL].全科医学临床与教育,2019,17(1):80-82,97.
- [19] 王玲玲,沈丹华.子宫颈腺样基底细胞癌4例临床病理特征分析及相关文献回顾[J].现代肿瘤医学,2014,22(2):396-398.
- [20] 肖桂香,刘翠,黄邦杏,等.子宫颈腺样基底细胞癌4例临床病理观察[J/OL].临床与实验病理学杂志,2017,33(1):31-34.
- [21] 张习琴,张慧珍.子宫颈腺样基底细胞癌1例并文献复习[J].长治医学院学报,2024,38(1):59-60.
- [22] 马术国,宋静荣,王全刚,等.子宫颈腺样基底细胞癌1例[J].诊断病理学杂志,2018,25(6):475-476.
- [23] 陈俊明,吴文婷,解娜,等.鳞状细胞癌并腺样囊性癌和腺样基底细胞癌的宫颈腺样基底细胞癌1例及文献复习[J].临床与病理杂志,2024,44(7):1053-1058.
- [24] 张纹,王雪倩,石玉香,等.宫颈腺样囊性癌合并基底细胞癌及鳞状细胞癌一例[J].国际妇产科学杂志,2024,51(3):258-262,266.
- [25] 景竹春,王作仁,苏雅洁,等.宫颈腺样基底细胞癌临床病理观察[J].诊断病理学杂志,2013,20(5):300-302.
- [26] 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(1):58-61.
- [27] 季静,尤志学,范钦和.宫颈腺样基底细胞癌合并上皮内瘤变III级1例报告及文献复习[J].南京医科大学学报(自然科学版),2010,30(4):565-567.
- [28] 邹美燕,吴海龙,李军,等.宫颈腺样基底细胞癌的临床分析[J].实用癌症杂志,2022,37(9):1526-1527,1532.
- [29] 陆亚平,王欣霖,孙绪.宫颈腺样基底细胞癌的临床病理观察[J].临床医学,2016,36(3):76-78,128.
- [30] 毛晓曦,骆利康.宫颈腺样基底细胞癌的临床病理学观察[J].现代实用医学,2014,26(7):904-905,922.
- [31] 李毡,吕航航,王博蔚.宫颈腺样基底细胞癌11例病历总结及文献复习[J].中国实验诊断学,2019,23(2):346-348.
- [32] HARVEY K. Adenoid basal/adenoid cystic carcinomas of the uterine cervix: A rare hybrid tumour[J/OL]. Pathology, 2022, 54: S46.
- [33] LI M, SU X, HUANG L, et al. A friendly pathological type of cervical carcinoma: Pure Cervical Adenoid Basal Cell Carcinoma: An asymptomatic case report and literature review[PP/OL]. In Review(2023-11-21)[2025-09-16]. <https://www.researchsquare.com/article/rs-3619218/v1>.