

2010年病理学辅导：软组织肉瘤的分级临床执业医师考试

PDF转换可能丢失图片或格式，建议阅读原文

https://www.100test.com/kao_ti2020/648/2021_2022_2010_E5_B9_B4_E7_97_85_c22_648249.htm 肉瘤的组织学分型并不是总能提供足够的信息来预测临床经过和设计治疗方案。分级

（grading）只是参考组织学参数来评价恶性程度和远处转移的可能性。分期（staging）则参考了临床参数和组织学参数来提供肿瘤的信息。软组织肉瘤的分级概念在1977年首先由Russell等提出，分级是他们临床病理分类中最重要组成部分。已经有几种基于各种组织学参数的STS分级系统发表并经证实与预后相关。两种最重要的参数可能是核分裂指数和肿瘤坏死范围[401，2131，2183]。有人建议使用3级分级系统，保留了交界恶性级别（2级），这个分级主要可以提示远处转移的可能性和总体存活率，但对于预测局部复发却没有很大价值，局部复发主要与肿瘤外科切除边缘的质量有关。另外，有报道高度恶性肿瘤患者初始化疗效果比低度恶性肿瘤效果好。采集者退散 两种应用最广泛的分级系统是NCI系统（United States National Cancer Institute）和FNCLCC系统（French Federation Nationale des centres de Lutte Contre le Cancer）。NCI系统1984年制定标准和1999年修订标准的方法[402]结合了组织学分型、细胞结构、多形性和核分裂制定1级和3级标准。所有其它分为2级和3级的肉瘤主要靠肿瘤坏死范围，15%坏死范围是2级和3级之间的分界线。FNCLCC系统通过几个组织学特征的多变量分析评分后进行分级，主要考虑：肿瘤分化、核分裂比率和肿瘤坏死。每个参数之间独立评分，将3个评分相加后得出分级。肿瘤分化主要依靠组织学分

型和亚型。这个系统的重复性曾经过15个病理学家测试：肿瘤分级的一致率是75%，而组织学分型的一致率是61%。

Guillou等[851]利用410个病人对NCI和FNCLCC系统进行了比较。尽管分级不相同的比率达到34%，在单变量分析中两种系统对预后判定都非常有价值。NCI系统中分为2级的肿瘤较FNCLCC系统多，而这些肿瘤在FNCLCC系统中更反映了与总体存活率和无转移存活率相关性很好。由于分级毕竟有些缺陷，所以为了保证这些系统最好的重复性和准确性，我们必须要注意一些问题：

分级只能用于未治疗的原发软组织肉瘤。

分级的材料要求有代表性，标本处理质量高。

采集者退散

分级并不是组织学诊断的替代，而且不用来区分良恶性肿瘤，在给软组织病变分级时首先要确定其是个真性肉瘤，而不是假肉瘤。

分级并不能用于所有类型的肉瘤。由于软组织肉瘤比较稀少，用于不同肉瘤的分级可以认为是统一的。

来源：考试大

但分级系统中的组织学参数在不同的肉瘤中的意义是不一样的。分级对某些组织学类型的肉瘤的预后没有判定价值，如：MPNST（恶性外周神经鞘瘤）。有人建议在血管肉瘤、骨外粘液软骨肉瘤、腺泡状软组织肉瘤、透明细胞肉瘤和上皮样肉瘤不使用分级系统。最近的研究[386]报道FNCLCC分级对多形性肉瘤、未分类肉瘤和滑膜肉瘤的转移预测是最重要的因素，而第二和第三个因素（译者注：核分裂和肿瘤坏死）对平滑肌肉瘤和脂肪肉瘤的转移预测非常重要。分级参数必须仔细评价，核分裂尤其要非常严格地计数。

更多信息请访问：百考试题医师网校 医师论坛 医师在线题库 百考试题执业医师加入收藏 相关推荐：2010年病理学辅导：软组织肿瘤的活检简述 2010年病理学辅导：软

组织肿瘤的病理分类 100Test 下载频道开通，各类考试题目直接下载。详细请访问 www.100test.com