

2015 年第一版 NCCN 神经内分泌肿瘤临床指南（病理部分摘录）

中山大学肿瘤医院译

一、必需的报告内容

- 肿瘤部位
- 分级（见表 1）
- 核分裂和/或 Ki-67 指数
- 肿瘤大小
- 有无多中心性病灶
- 有无脉管侵犯
- 有无其他病理成分（如非神经内分泌成分）
- 淋巴结转移，包括阳性淋巴结数目以及送检淋巴结数目
- 切缘情况（报告为阴性或阳性）
- TNM 分期

二、可选的报告内容

- 一般的神经内分泌标志物的免疫组化染色结果
- 特殊肽的标志物的免疫组化染色结果
- 有无非缺血性肿瘤坏死
- 有无异常的组织学特征（嗜酸细胞、透明细胞、腺体形成等）
- 肿瘤到切缘的距离（如果小于 0.5cm）
- 肿瘤所在器官除肿瘤外的病理背景（如胰腺腺管内上皮瘤、ECL 细胞增生）

表 1

级别	胃肠胰神经内分泌肿瘤（GEP-NET）	肺和胸腺	分化程度
低级别（G1）	<2核分裂/10HPF和/或Ki-67指数<3%	<2核分裂/10HPF及无坏死	高分化NET
低级别（G2）	2-20核分裂/10HPF和/或Ki-67指数3-20%	2-10核分裂/10HPF和/或局灶坏死	高分化NET
低级别（G3）	>20核分裂/10HPF和/或Ki-67指数>20%	>10核分裂/10HPF和/或局灶坏死	低分化NEC



注：不同的分类系统对肺、胸腺、胃肠胰腺神经内分泌肿瘤的定义存在差异，有时候组织形态学上“高分化”的NET，其Ki-67指数却达到“高级别”的标准。当出现这种组织形态学与增殖指数不符的情况时，不建议“高分化”的NET改为“低分化”的NEC，建议在病理报告中记录为核分裂及Ki-67指数特异的高分化NET（在肺、胸腺中称作“非典型类癌”）。

三、功能状态

相同解剖部位的NET，不论是功能性还是无功能性，不影响其病理诊断。

四、免疫组化及其他辅助技术

协助判断肿瘤的神经内分泌分化的标记物：CgA、Syn、CD56（虽然近期已证实CD56的特异性不高）。

TTF-1阳性提示来源于肺；CDX2阳性提示来源于肠或胰腺；PAX8阳性提示来源于胰腺或直肠。

五、分类与分级

病理报告中应指出应用的是哪种分类及分级系统，避免不同用语及不同标准引起的混乱。

与分级相关的指数（如核分裂、增殖指数）的具体数值应在病理报告中列出。

- 核分裂

核分裂计数时应计数分裂活跃的区域，40倍放大下至少计数40个高倍视野。记录为“核分裂数目/10HPF”或“核分裂数目/2mm²”，多数显微镜下10HPF等于2mm²。

- Ki-67 指数

Ki-67指数计数时应当挑选表达最强的区域计数阳性肿瘤细胞的百分比。推荐计数2000个肿瘤细胞，但实际操作中较难实现。因此，目测估计百分比的方法（尽管可能重复性差）是可以接受的。

肿瘤分级时若核分裂计数和Ki-67指数不一致，按更高级别者为准。

2004 WHO临床病理分类标准没有将Ki-67作为胸腺、肺NET分级的参考指标，但是，当病理取材不足、无法准确计数核分裂时，Ki-67指数便有很好的参考价值。目前对Ki-67指数的临界值选定仍有争议，一般情况下可参考GEP-NET的Ki-67指数临界值进行分级。Ki-67指数 < 20%可排除肺小细胞癌。

