

# 病例報告：原發性陰道癌之相關診斷

## A Case Report: Integrated Diagnosis of Primary Squamous Cell Carcinoma of the Vagina

台杏診所暨病理與細胞學診斷中心 鐘坤井 醫師 (婦產科專科醫師暨婦科抹片診斷指導醫師)  
中國醫藥大學附設醫院病理部 江宜平 醫師 (病理專科醫師)

### 摘要 (Abstract)

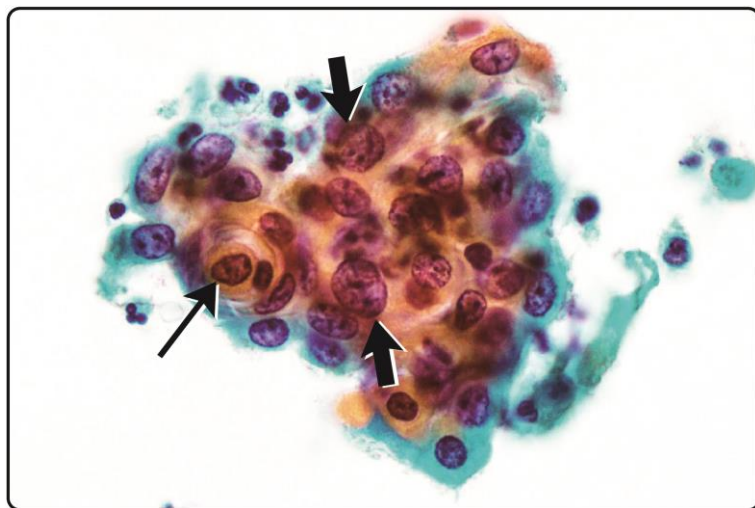
原發性陰道鱗狀細胞癌於婦癌是很稀少的，它於女性所有生殖器癌佔約 1% 左右，以及必須確認不是來自子宮頸癌轉移過來的，同時也必須證明組織病理上沒有受到子宮頸及會陰部浸潤。其病因尚未很清楚，但是有一些誘發因素包括受 HPV 感染(尤其是第 16 型)、陰道上皮內腫瘤(VAIN)以及曾暴露遭遇受到 DES 藥物所波及，或是曾經有照射治療影響所致。[1,2,3,4]

### 臨床所見 (Clinical Finding)

病人王○○女士，於 2015 年(58 歲時)到外面診所就診，主訴為因停經二年後出現斷續的陰道點狀出血以及異味的分泌物增多約有一個月之久，曾給予治療約七天，但仍然無效並且於這些時間曾經有做過兩次抹片檢查，其結果都未有發現癌細胞。因如上原因而轉診到本診所做進一步的處置。

此病人之既往病史(past history)沒有子宮頸癌及陰道癌症之發生。為慎重起見，本診所重做單薄層液基抹片檢查(圖一)、HPV DNA testing 加上陰道鏡(圖二、三) 以及陰道後壁之切片(圖四、圖五)。

### 細胞抹片像所見 (Cytologic Finding Images)



(圖一) 單薄層液基抹片 400x

(抹片樣本取自陰道後壁有病變部位)

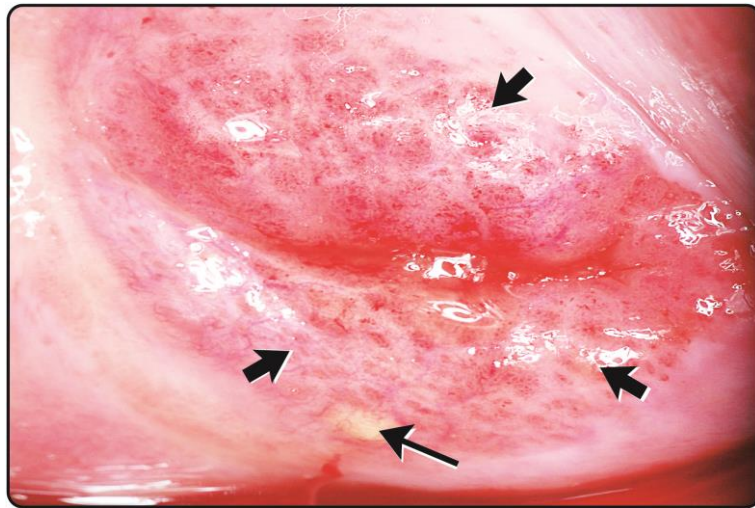
整體呈現多樣性癌細胞群，背景骯髒，核質比增高很大，細胞核大小不一而且濃染，有些部份出現大核仁(粗箭頭)，其染色質呈粗顆粒狀以及有出現類似肉食性動物眼睛(Cannibalism)或稱為細胞內的細胞(Cell in cell)等癌細胞(細箭頭)。

### 人類乳突病毒報告(Roche Cobas® HPV DNA)

HPV High Risk Panel Plus genotyping

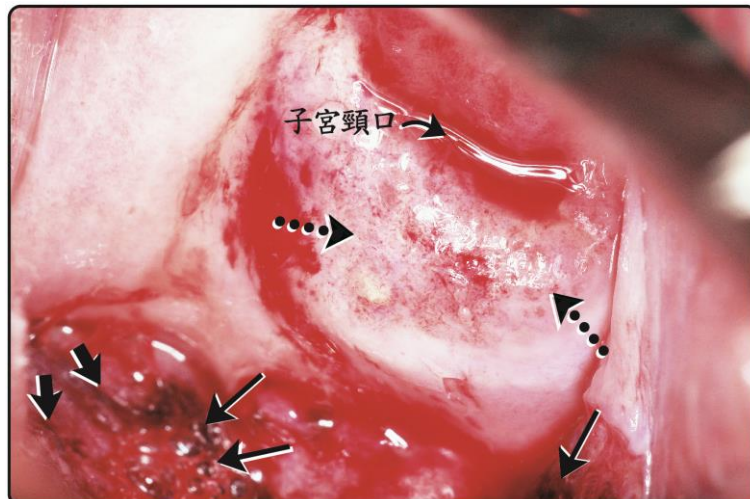
高危險群人類乳突病毒與分型報告	檢驗結果
Other High Risk HPV	Positive
HPV type 16	Negative
HPV type 18	Negative

### 陰道鏡所見 (Colposcopic Finding Images)



(圖二)

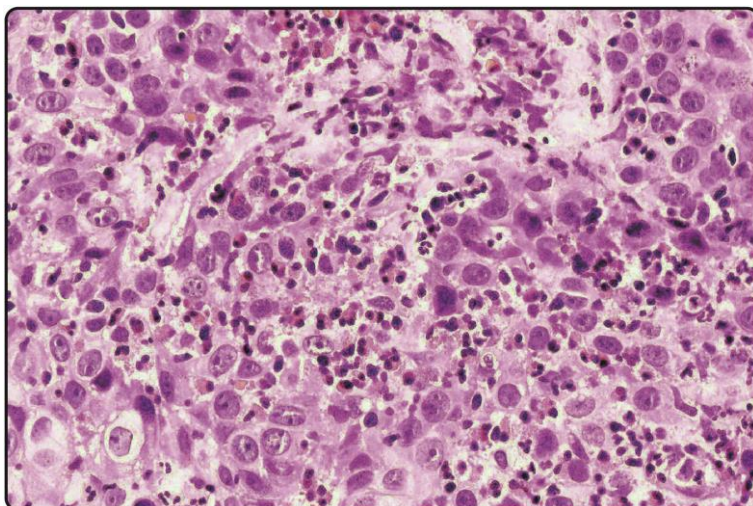
於塗 5% 醋酸後，整個子宮外頸部表面呈現網格狀移行帶(粗箭頭)，並在下唇部 6-7 點鐘處有腺體囊腫(細箭頭)，以上皆是屬正常鱗狀上皮化生(Normal squamous metaplasia)。



(圖三)

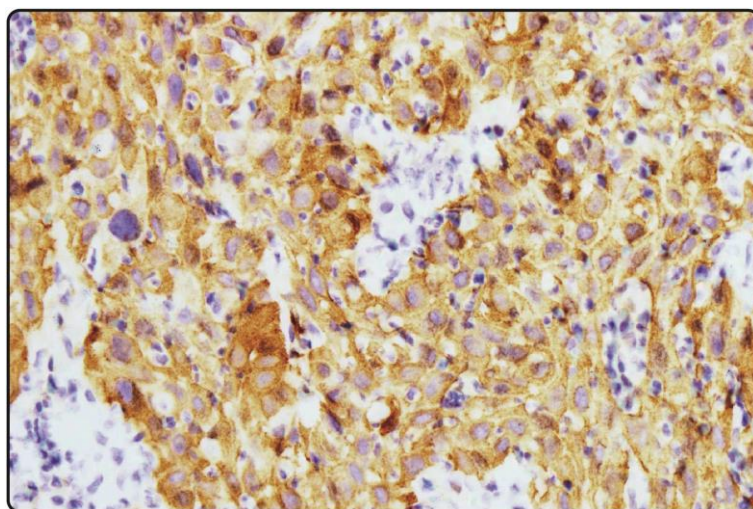
圖片上方為子宮外頸下唇部之正常鱗狀上皮化生(虛線箭頭)，下方為陰道後壁之粗大不規則樹枝狀血管(粗箭頭)以及中斷之粗樹根狀血管(細箭頭)，其表面呈現嚴重壞死及出血，陰道鏡所見呈現高度懷疑是原發性陰道鱗狀上皮癌，而且其病灶出現在陰道後壁前1/3部位。

### 組織切片所見 (Pathologic Finding Images)



(圖四) 400x (其切片組織樣本取自陰道後壁前 1/3 部位)

HE 染色可見鱗狀腫瘤細胞，核質比增加，具多形性細胞核，且可見有絲分裂像。



(圖五) 400x (其切片組織樣本取自陰道後壁前 1/3 部位)

免疫染色可見腫瘤細胞之細胞膜表現 CK5/14 抗原，証實為鱗狀上皮癌。

### ■ 結論 (Conclusion)

(一)、大部份原發性陰道癌是無症狀及無疼痛，於較嚴重時才會出現味道異常之增多分泌物及斷續陰道出血。在女性生殖道的惡性腫瘤中約佔 1% 是原發性陰道癌，約有 14% 是在做子宮頸抹片檢查時被發現不正常的細

胞。另外約 2/3 之原發性陰道癌是由 HPV subtype 16 型感染而來的 [2,3,5]。

- (二)、使用陰道擴張器時，必須順便旋轉看看是否在陰道壁有可疑病灶發生(尤其必須注意在陰道後壁前 1/3 部份是原發性陰道癌好發部位)，一般於使用陰道擴張器做檢查時很容易被忽略，尤其是病灶小而被覆蓋[5]。
- (三)、對於有異常的子宮頸抹片檢查的患者(必須包括有內、外頸抹片採樣)於做子宮頸陰道鏡檢查沒有發現異常變化時，於陰道壁 (特別是陰道後壁前 1/3 部位)塗 3~5% 醋酸後使用陰道鏡或是塗抹呂戈爾碘(Lugol's solution)觀察其表面變化是必要的[5]。
- (四)、如果婦女之前有過子宮頸癌或是會陰部癌有處理治療後，則於每次看醫師時實施追蹤是有必要的(包括 Co-testing 或是陰道鏡檢查以及 Lugol's solution)。為了診斷是否為陰道癌而導致每年必須做子宮頸抹片篩檢是不必要的[5]。
- (五)、有關國際婦產科聯盟(FIGO)對 vaginal cancer 的病情分級與 cervical cancer 類似，都是以臨床檢查做為根據而不是病理檢查。要被認為是原發性陰道腫瘤必須是位於陰道內，而且與 cervix 或 vulva 的臨床或病理證據無關。同樣的在治療子宮頸癌後的五年內在陰道內所發生的 squamous cell carcinoma 會被歸類為復發性子宮頸癌(recurrent cervical carcinoma)，而不是新的原發性陰道癌(primary carcinoma of the vagina) [2]。

## ■ 參考資料 (References)

1. Mayeaux EJ, Cox TJ, eds. Modern colposcopy textbook & atlas. 3rd ed. New York: Lippincott Williams & Wilkins; 2014, pp234-321, pp423-428.
2. Kurman RJ, Ellenson LH, Ronnett BM. Blaustein's pathology of the female genital tract. 7th ed. Cham: Springer; 2019, pp166-169.
3. Fuste V, del Pino M, Ordi J, et al. Primary squamous cell carcinoma of the vagina: human papillomavirus detection, p16(INK4A) overexpression and clinicopathological correlations. Histopathology J 2010;57(6):907-16.
4. Hiniker SM, Roux A, Kidd EA, et al. Primary squamous cell carcinoma of the vagina: Prognostic factors, treatment patterns, and outcomes. Gynecologic Oncology J 2013;131:380-385.
5. DiSaia P, Creasman W, Mannel R, et al. Clinical gynecologic oncology. 9th ed. Philadelphia: Elsevier; 2018, pp217-220.