

口腔癌及口咽癌病理诊断规范

中华口腔医学会口腔病理学专业委员会

通信作者:李江,上海交通大学医学院附属第九人民医院口腔病理科 上海市口腔医学重点实验室 上海市口腔医学研究所 国家口腔疾病临床医学研究中心 200011, Email: lijiaang182000@126.com, 电话:021-23271699-5285

【摘要】 口腔癌及口咽癌是口腔颌面部最常见的恶性肿瘤。规范化的口腔癌及口咽癌病理诊断报告不仅应提供给临床准确的病理诊断,还应包括与患者预后评估、治疗策略选择相关的信息。由中华口腔医学会口腔病理学专业委员会牵头组织成立专家组,对口腔癌及口咽癌病理标本固定、取材及报告内容等进行研讨与规范,形成《口腔癌及口咽癌病理诊断规范》。此规范涵盖了近年来在口腔癌和口咽癌临床病理方面的一些重要变化,如口腔癌肿瘤T分期应考虑肿瘤侵袭深度、肿瘤N分期应考虑有无淋巴结外扩展、口咽癌中新亚型人乳头状瘤病毒相关性鳞状细胞癌等。希望通过本规范的制定,提高我国口腔癌及口咽癌病理报告质量,为临床治疗及预后评估提供依据。

【关键词】 口腔肿瘤; 口咽肿瘤; 癌,鳞状细胞; 病理诊断; 规范

DOI: 10.3760/cma.j.issn.1002-0098.2020.03.001

Guideline on pathological diagnosis of oral and oropharyngeal squamous cell carcinoma

Society of Oral Pathology, Chinese Stomatological Association

Corresponding author: Li Jiang, Department of Oral Pathology, Ninth People's Hospital, Shanghai Jiao Tong University School of Medicine & Shanghai Key Laboratory of Stomatology & Shanghai Research Institute of Stomatology & National Clinical Research Center of Stomatology, Shanghai 200011, China, Email: lijiaang182000@126.com, Tel: 0086-21-23271699-5285

【Abstract】 Oral and oropharyngeal squamous cell carcinomas are the most common malignant tumours of the oral and maxillofacial region. A standardized pathological diagnosis report for oral and oropharyngeal squamous cell carcinoma should provide not only the pathological diagnosis itself as much accurate as possible, but also the information related to assessment of prognosis and strategy of treatment for the patient. An expert group organized by Society of Oral Pathology, Chinese Stomatological Association has set a guideline for the tissue fixation, gross examination and format of the pathological diagnosis report of oral and oropharyngeal squamous cell carcinoma. The guideline covers the important changes in clinical and pathological aspects of oral and oropharyngeal squamous cell carcinomas in recent years, such as depth of invasion in T category, extranodal extension in N category and human papilloma virus-associated squamous cell carcinoma in oropharyngeal carcinomas. Hopefully the guideline will improve the quality of pathological reports of oral and oropharyngeal squamous cell carcinomas and provide reliable data on clinical therapy and prognosis evaluation of patients with oral and oropharyngeal squamous cell carcinomas in China.

【Key words】 Mouth neoplasms; Oropharyngeal neoplasms; Carcinoma, squamous cell; Pathological diagnosis; Guideline

DOI: 10.3760/cma.j.issn.1002-0098.2020.03.001

本规范按照GB/T 1.1—2009给出的规则起草,由中华口腔医学会归口。

口腔癌及口咽癌是口腔颌面部最常见的恶性肿瘤,其中90%以上为黏膜鳞状细胞癌。病理学诊断是口腔及口咽黏膜鳞状细胞癌确诊和临床制定治疗方案的重要依据。规范化的口腔及口咽黏膜

鳞状细胞癌的病理诊断不仅应为临床提供准确的组织病理学诊断,还应提供与预后评估、治疗策略选择等相关的病理学要素。规范化病理报告的完成需结合患者临床及影像学信息,并要求合格的标本固定和取材,在此基础上形成包含与临床预后及治疗相关病理信息的诊断报告。

本文首次发表在《中华口腔医学杂志》, 2020,55(3):145-152.
DOI:10.3760/cma.j.issn.1002-0098.2020.03.001

关于口腔癌和口咽癌的临床病理诊断,近年来出现一些重要变化。2017年第4版WHO头颈肿瘤分类和2017年第8版美国癌症联合委员会(American Joint Committee on Cancer, AJCC) TNM分期与之前版本相比主要有以下变动:口咽癌从口腔及口咽癌中独立出来作为一个单独类型的肿瘤,并依据肿瘤是否与人乳头状瘤病毒(human papilloma virus, HPV)相关,将口咽癌分为HPV相关性鳞状细胞癌和非HPV相关性鳞状细胞癌;口腔癌T分期除需测量肿瘤最大径外,还需要测量肿瘤侵袭深度(depth of invasion);口腔癌和非HPV相关性鳞状细胞癌N分期中,增加了需考量转移淋巴结是否有肿瘤的淋巴结外扩展(extranodal extension, ENE)^[1-2]。因此,对于口腔癌及口咽癌病理诊断,除需提供肿瘤的组织学分级、切缘状况、有无神经侵犯、有无淋巴管血管侵犯等信息外,还应提供口咽癌是否与HPV相关、口腔癌的侵袭深度、口腔癌及非HPV相关性口咽癌的转移淋巴结是否有ENE等相关信息。此外,还应在可能的条件下,提供肿瘤距切缘的距离、是否存在最差侵袭方式5(worst pattern of invasion-5, WPOI-5)等影响患者预后的相关病理指标^[2]。

我国幅员辽阔,地区经济和学术发展不平衡,考虑到各项操作的可行性和临床需要,在中华口腔医学会的倡导下,由中华口腔医学会口腔病理学专业委员会牵头,组织国内各大院校口腔病理学专家、口腔肿瘤手术治疗专家、肿瘤内科专家、放疗专家、影像学专家等起草本规范。本规范基于国内外规范及指南、循证医学证据、临床研究成果、各专家意见,将证据级别高、专家共识度高、可行性好的指标,作为I级专家推荐,为基本要求^[3-7];证据级别较高、专家共识度稍低或可行性较差的指标,作为II级专家推荐,为较高要求^[4-5, 8-11]。虽然目前已有大量口腔癌及口咽癌中分子改变报道,包括针对药物治疗靶点的分子检测,如二代测序等,但考虑到国内相关检测的普适性,二代测序等尚未被列入本规范的推荐。本规范仅适用于口腔及口咽原发鳞状细胞癌。

范 围

本规范规定了医疗机构病理科或其他具备相

应资质的病理诊断教研室、独立实验室等机构进行口腔及口咽黏膜鳞状细胞癌病理诊断工作的基本原则和通用操作规范。

规范性引用文件

下列文件对于本规范的应用是必不可少的。凡是注明日期的引用文件,仅所注日期的版本适用于本文件。凡不注明日期的引用文件,其最新版本(包括所有的修改版)适用于本文件。

《中华人民共和国执业医师法》(2018年版);《病理科建设与管理指南(试行)》[卫办医政发(2009)31号];《临床技术操作规范-病理学分册》(2004年);WHO Classification of Head and Neck Tumours(4th, 2017)^[1];AJCC Cancer Staging Manual(8th, 2017)^[2];中国临床肿瘤学会常见恶性肿瘤诊疗指南(2019)^[12];Protocol for the Examination of Specimens from Patients with Cancers of the Lip and Oral Cavity(College of American Pathologists, 2017);Human Papillomavirus Testing in Head and Neck Carcinomas: Guideline From the College of American Pathologists (College of American Pathologists, 2018)^[13];Rosai and Ackerman's Surgical Pathology (10th Edition)^[14]。

术语和定义

1 口腔鳞状细胞癌(oral squamous cell carcinoma)

起源于口腔黏膜上皮的伴有鳞状分化的癌,口腔黏膜包括颊黏膜、牙龈黏膜、磨牙后三角区黏膜、舌体(界沟前2/3)黏膜、口底黏膜、硬腭黏膜、唇黏膜。

2 口咽鳞状细胞癌(oropharyngeal squamous cell carcinoma)

起源于口咽黏膜上皮的伴有鳞状分化的癌,口咽黏膜包括软腭黏膜、舌根(界沟后1/3)黏膜、咽侧壁黏膜、咽后壁黏膜及扁桃体黏膜。

3 HPV相关性鳞状细胞癌(squamous cell carcinoma, HPV-positive)

经HPV DNA或RNA检测后证实有HPV感染的鳞状细胞癌。

4 HPV相关性(p16+)鳞状细胞癌(squamous cell carcinoma, HPV-mediated, p16+)

p16免疫组织化学检测示 $\geq 70\%$ 的肿瘤细胞核和细胞质中等至强阳性、但未行HPV DNA或RNA检测的非角化鳞状细胞癌^[2]。

5 侵袭深度

显微镜下肿瘤组织突破基底膜向下方结缔组织内侵袭的深度。

6 ENE

转移至淋巴结的肿瘤突破淋巴结被膜,侵袭至周围软组织。

7 WPOI-5

肿瘤生长方式中最差的一种,指肿瘤卫星灶与距其最近的肿瘤灶之间间隔的正常组织 ≥ 1 mm。

标本类型及固定

1 标本类型

本规范针对口腔及口咽黏膜鳞状细胞癌手术切除标本。活检标本、辅助化疗后的标本、细胞学样本不适用本规范。患者借阅切片至会诊单位行会诊时,会诊单位出具病理报告时可不参考本规范。

2 标本固定

标本离体后应在30 min以内用4~10倍标本体积的10%缓冲甲醛固定,组织较大时,应将其适当分切,以保障固定液的充分渗透和固定。固定时间8~24 h。

大体描述及取材规范

接收标本后,必须先核对患者姓名、性别、年龄、住院号/门诊号、病区及床位号、标本名称及部位。

1 大体检查及记录

1.1 I级推荐

1.1.1 按照病理申请单的描述,核对原发灶标本部位。

1.1.2 测量原发灶标本3条径线的大小,并描述标本所包含组织的情况。例如带颌骨组织,应描述所带颌骨组织的部位及其上所附牙齿情况;带皮肤组织,应测量皮肤组织的大小。

1.1.3 描述原发灶肿瘤或可疑病变的部位、外观(溃疡性、外生性等),测量3条径线的大小。描述

肿块的情况,如颜色、质地、与周围组织的关系等(图1)。

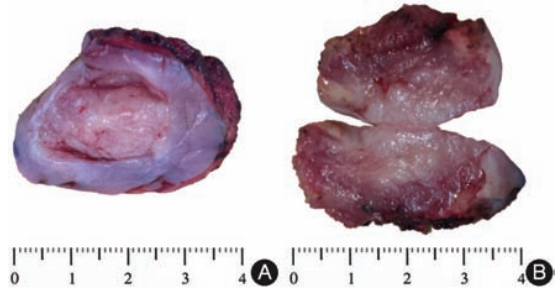


图1 人类部黏膜鳞状细胞癌的大体标本 A:黏膜表面肿块周围凹陷,中央略呈外生性生长;B:肿块切面灰白,质地中等,界限不清

1.1.4 记录临床医师送检切缘的名称及大小。

1.1.5 描述颈清标本3条径线的大小、所含组织及外观。

1.1.6 如有颈清淋巴结,按临床医师已分组的淋巴结描述每组淋巴结的数目、淋巴结最大径范围、有无融合、有无与周围组织黏连、有无肉眼可见的ENE(图2)。



注: I为颌下及下颌下淋巴结; II为颈内静脉上组淋巴结; III为颈内静脉中组淋巴结; IV为颈内静脉下组淋巴结; V为颈后三角淋巴结

图2 根治性颈淋巴清扫术送检的人淋巴结标本

1.2 II级推荐

在上述I级推荐的基础上,完成以下内容。

1.2.1 若标本带颌骨组织,应描述肿瘤有无侵犯颌骨组织及侵犯情况。

1.2.2 根据临床医师的标识或肉眼判断送检标本的方向以及不同切缘面(如前、后、左、右、底等),在标本表面涂布一种或几种不同颜色的染料(图3),待色标略干后,吸干多余染料,记录不同切缘面所

对应的颜色。

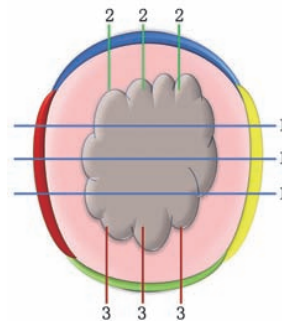
2 取材

2.1 肿块

本部分为 I 级推荐。

2.1.1 如无肉眼可见的明显肿块,应对可疑病变处充分取材,必要时可全部取材。

2.1.2 如肉眼可见明显肿块,应每 10 mm 至少取材 1 块,确保取到肿瘤侵袭最深处、肿瘤与周围正常组织交界部位的组织,宜将肿瘤侵袭最深处、肿瘤与周围正常组织交界处取在同一个组织块上以便于测量侵袭深度(图 4)。对于肿瘤累及颌骨组织者,应对颌骨组织连同肿瘤组织整体取材、脱钙。取材可在新鲜标本中进行,也可在固定标本中进行(图 4)。如组织块过大,可适当将边缘正常组织修



注:首先沿肿块短轴切开标本,如图中 1 所示,并确保取材肿瘤侵袭最深处及两侧涂染料(红、黄)切缘处;再将剩余组织沿长轴切取两长轴切缘处(蓝、绿),如图中 2、3 所示
图 5 肿瘤切缘的取材示意图

除,但应留取肿块旁邻近正常黏膜以测量侵袭深度。

2.2 切缘

2.2.1 I 级推荐

将临床医师送检切缘全部取材。

2.2.2 II 级推荐

在上述 I 级推荐的基础上,首先,将送检标本肿块处沿短轴分切成 3 mm 薄片,肉眼判断肿瘤侵袭最深处,将此处组织与周围邻近黏膜一起取材,以

确保制片后可以正确测量侵袭深度。同时,在垂直于短轴切缘面涂染料处取材。然后,在剩余标本的两长轴处,垂直于涂染料切缘面,将标本分切成 3 mm 薄片,肉眼判断肿瘤距涂染料切缘面最近的组织块,将此组织块取材(图 5,6)。

2.3 淋巴结

每个颈清淋巴结及其他送检淋巴结均应取材、包埋。最大径 ≤ 3 mm 的淋巴结可以直接包埋,较大的淋巴结可以一分为二,必要时可以将淋巴结分切成 2~3 mm 的薄片。如一个包埋盒可以容纳,每个淋巴结均应至少选取 1 片进行取材、包埋。对肉眼怀疑有肿瘤转移的淋巴结,应选取可疑 ENE 的部位取材,对于有粘连的淋巴结,注意需附带淋巴结周围的结缔组织。根据 AJCC 推荐,改良性颈清标本中,取材淋巴结需 ≥ 10 枚;根治性颈清标本中,取材淋巴结 ≥ 15 枚。

病理诊断分类、分级和分期方案

1 组织学分型

口腔及口咽黏膜鳞状细胞癌的组织学亚型参考 2017 年第 4 版 WHO 头颈肿瘤分类^[1]。



图 3 人舌鳞状细胞癌原发灶切除标本及涂色后的大体标本 A:送检舌癌标本的肿瘤面观和底侧面观,根据送检标本可判断标本方向、切缘面部位;B:涂好色标后的舌癌标本的底侧面观,标本的各个切缘面(前、后、左、右、底)被涂上不同颜色染料

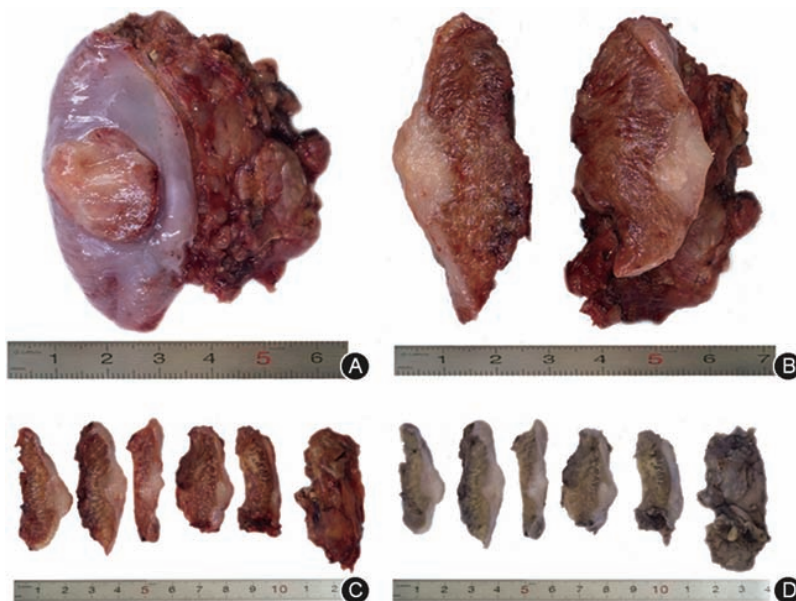
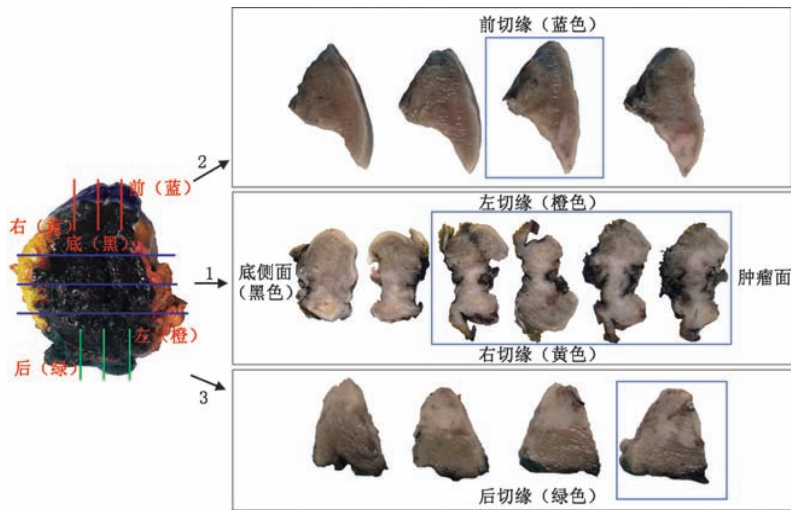


图 4 人舌黏膜鳞状细胞癌取材标本 A:肿块位于左侧舌缘;B:肿块剖面观;C:新鲜组织分切成 3 mm 薄片,选取肿瘤浸润较深的组织置包埋盒中固定;D:可以组织固定后再分切,同样选取肿瘤浸润较深的组织块进一步处理



注:1表示侵袭深度取材,舌癌标本首先沿肿块短轴分切成3 mm薄片,如左图中蓝色线条所示;2表示前切缘取材,沿红色线条处将剩余标本分切成3 mm薄片;3表示后切缘取材,沿绿色线条处将剩余标本分切成3 mm薄片;肉眼观察肿瘤浸润最深组织块或距切缘最近的组织块进行包埋,图中蓝色框中为所选包埋组织

图6 舌黏膜鳞状细胞癌切缘的取材示范图

2 组织学分级

口腔及口咽非 HPV 相关性鳞状细胞癌根据肿瘤细胞的分化程度分为高分化、中分化、低分化。

口咽 HPV 相关性鳞状细胞癌无需组织学分级。

3 口腔及口咽部黏膜鳞状细胞癌的 TNM 分期

口腔黏膜鳞状细胞癌 TNM 分期、口咽非 HPV 相关性鳞状细胞癌 TNM 分期、口咽 HPV 相关性鳞状细胞癌 TNM 分期参考 2017 年第 8 版 AJCC TNM 分期^[2]。

免疫组织化学及分子检测

1 I 级推荐

对于常规 HE 染色诊断有困难的病例,建议行免疫组织化学检测辅助诊断。常用的免疫组织化学标志物推荐如下:细胞增殖指数 Ki-67(MIB-1);鳞状上皮细胞标志物:AE1/AE3、CKHMW、CK5/6 及 p63。

对于口咽黏膜鳞状细胞癌,所有病例均应行 p16 蛋白免疫组织化学检测。在下述情况下,p16 的免疫组织化学检测可作为 HPV 感染的替代检测指标。当 p16 阳性细胞数 $\geq 70\%$ 、阳性表达定位于细胞核和细胞质、且为中等至强阳性,并且组织学形态为非角化型鳞状细胞癌时,应报告“HPV 相关性(p16+)鳞状细胞癌”。

2 II 级推荐

对于口咽黏膜鳞状细胞癌,除行 p16 蛋白免疫组织化学检测外,可行 HPV DNA 或 RNA 检测。对于 HPV DNA 或 RNA 检测阳性者,应报告“HPV 相关性鳞状细胞癌”。

对于分化较差且伴有淋巴组织背景的癌、怀疑为淋巴上皮癌者,应行 EB 病毒原位杂交检测以明确肿瘤是否与 EB 病毒感染相关。

病理报告内容及规范

1 口腔黏膜鳞状细胞癌

1.1 I 级推荐

口腔黏膜鳞状细胞癌的病理报告应包括患者基本信息、大体检查所见、镜下描述、组织学诊断及必要的免疫组织化学和分子检测结果。

患者基本信息包括姓名、性别、年龄、住院号/门诊号、病区及床位号、家庭住址、联系方式等;大体检查所见应包括肿瘤的三径,尤其是最大径;肿瘤的组织病理学诊断应包括肿瘤部位、组织学类型及分级、侵袭深度、有无神经侵犯、有无血管及淋巴管侵犯、切缘情况、是否有淋巴结转移,如有淋巴结转移,则应明确转移淋巴结的个数、部位及有无 ENE(图 7,表 1)。

病理学评估侵袭深度的方法:首先确定距肿瘤最近的两侧正常黏膜处的基底膜,将此两点连接作一水平线,然后由此水平线向肿瘤侵袭最深点作一垂直线,此垂直距离即侵袭深度(图 8)。侵袭最深

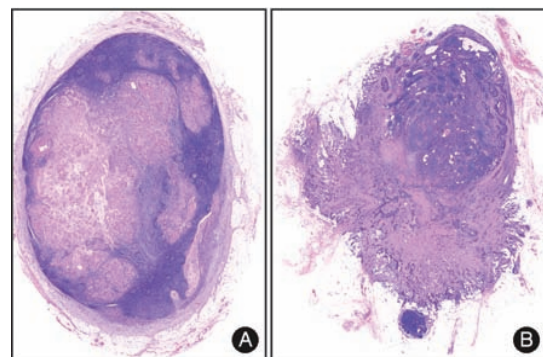
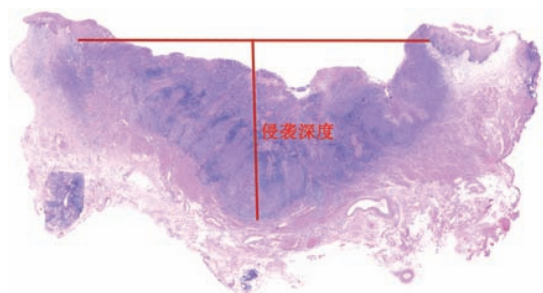


图7 人口腔黏膜鳞状细胞癌淋巴结转移的病理检查结果(HE染色 低倍放大) A:转移性鳞状细胞癌在淋巴结被膜内,即无淋巴结外扩展(ENE);B:转移性鳞状细胞癌侵犯至淋巴结被膜外软组织,即有 ENE

表1 口腔黏膜鳞状细胞癌病理报告内容

推荐级别	患者基本信息	大体检查所见	镜下所见	原发灶	切缘	淋巴结	辅助检查(如必要)
I级	姓名、性别、年龄、病区及床位号/门诊号、家庭住址、联系方式	送检标本所含组织情况、所附牙齿情况、肿块部位、大小、外观、切面观;切缘组织大小;颈清标本所含组织大小;外观;送检淋巴结分区、个数及最大径范围	肿瘤细胞排列方式、分化情况;生长方式;切缘内有无肿瘤;颈清淋巴结内有无肿瘤	标本类型、肿瘤部位、肿瘤大小、组织学类型及分级、侵袭深度范围(如≤5 mm、5 mm<侵袭深度≤10 mm或侵袭深度>10 mm)、有无神经侵犯、有无血管及淋巴管侵犯	有无肿瘤、上皮中或重度异常增生	送检淋巴结转移个数、有无淋巴结外扩展	免疫组织化学
II级	无	骨组织有无累及;肉眼切缘距离	无	骨组织有无累及;累犯情况、侵袭深度具体数值(如侵袭深度8 mm)、是否有WPOI-5	肿瘤距最近切缘距离	无	原位杂交

注:WPOI-5为最差侵袭方式5



注:该肿瘤为溃疡型,侵袭深度为1.2 cm,大于肿瘤厚度
图8 人舌黏膜鳞状细胞癌侵袭深度的测量示意图(HE染色 低倍放大)

点需依据实际情况,可以是纤维组织、横纹肌组织或骨组织。测量时可选择显微镜标尺,也可在玻片上直接测量。侵袭深度不同于肿瘤厚度,对于外生性肿瘤,侵袭深度评估应忽略外生性部分,故侵袭深度小于肿瘤厚度;而对于溃疡性肿瘤,侵袭深度测量可能会增加由于肿瘤向下凹陷而缺少的距离,故侵袭深度大于肿瘤厚度。

1.2 II级推荐

除上述 I 级推荐中的基本要求外,可以增加肿瘤有无侵犯颌骨组织、侵袭深度确切数值、有无 WPOI-5 以及肿瘤距最近切缘面的距离(图9,10,表1)。

2 HPV 相关性口咽黏膜鳞状细胞癌

2.1 I级推荐

HPV 相关性口咽黏膜鳞状细胞癌的病理报告应包括患者基本信

息、巨检所见、镜下描述、组织学诊断及必要的免疫组织化学及分子检测结果。

患者基本信息包括姓名、性别、年龄、住院号/门诊号、病区及床位号、家庭住址、联系方式等;巨检所见应包括肿瘤最大径;肿瘤的组织学诊断应包括肿瘤部位、组织学类型[HPV 相关性(p16+)鳞状细胞癌]、有无神经侵犯、有无血管及淋巴管侵犯、切缘情况、是否有淋巴结转移,如有淋巴结转移,则应明确转移淋巴结的个数、部位,以及 p16 蛋白免疫组织化学检测结果(表2)。

2.2 II级推荐

除上述 I 级推荐中的基本要求外,行 HPV DNA 或 RNA 检测(原位杂交或 PCR)明确肿瘤是否与 HPV 感染相关(表2)。

综上所述,结合近年来口腔癌和口咽癌临床病理方面的新进展,本专家组对口腔癌和口咽癌手术标本的固定、取材及报告内容进行了规范。本规范推广后,将结合实际工作中的问题及相关领域的进

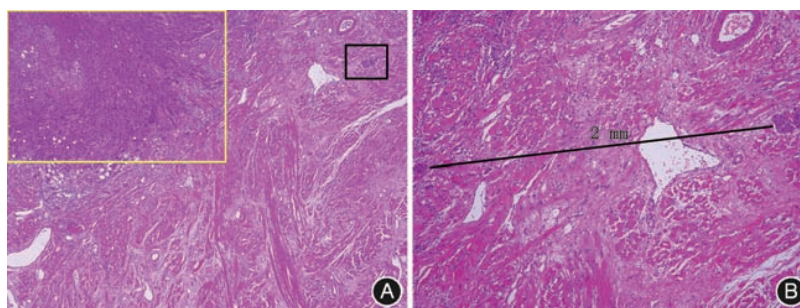
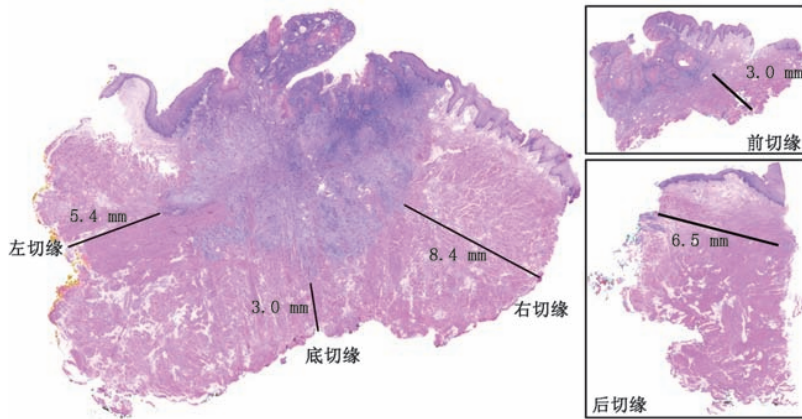


图9 肿瘤最差侵袭方式5(WPOI-5)测量示例(HE染色 低倍放大) A:肿瘤侵袭前沿处可见肿瘤卫星灶(黑色框),黄色框为肿瘤主巢;B:黑色线段示肿瘤卫星灶距肿瘤主巢的距离为2 mm,本病例存在 WPOI-5

表2 HPV相关性口咽黏膜鳞状细胞癌病理报告内容

推荐级别	患者基本信息	大体检查所见	镜下所见	原发灶	切缘	淋巴结	HPV感染检测
I级	姓名、性别、年龄、病区及床位号、住院号/门诊号、家庭住址、联系方式	送检标本所含组织情况、肿块部位、大小、外观、切面观;切缘组织大小;颈清标本所含组织大小、外观;送检淋巴结分区、个数及最大径范围	肿瘤细胞排列方式、分化情况、生长方式;切缘内有无肿瘤;颈清淋巴结内有无肿瘤	标本类型、肿瘤部位、肿瘤大小、组织学类型、有无神经及脉管侵犯	有无肿瘤、上皮中或重度异常增生	送检淋巴结数目、淋巴结转移个数	p16蛋白免疫组织化学检测,对于检测阳性者,应报告“HPV相关性(p16+)鳞状细胞癌”
II级	无	肉眼切缘距离	无	无	无	无	HPV DNA 或 RNA 检测,对于检测阳性者,应报告“HPV相关性鳞状细胞癌”

注:HPV为人乳头状瘤病毒;对于口咽非HPV相关性鳞状细胞癌,病理报告内容除上述内容外,转移淋巴结应注明是否有淋巴结外扩展



注:在显微镜下根据染料颜色分别测量肿瘤距离最近切缘面的距离,左侧为切除标本横断面全景图,测量肿瘤距左(黄)、右(橙)、底(黑)切缘面的距离;右侧为分别独立取材后的前(蓝)、后(绿)切缘面;该例患者最近切缘为底切缘及前切缘,均为3 mm

图10 人舌黏膜鳞状细胞癌最近切缘测量示意图(HE染色 低倍放大)

展不断进行更新。相信本规范的制定,将对口腔癌及口咽癌的规范病理诊断、临床治疗策略选择及预后评估提供有价值的依据。

专家组名单(按姓氏汉语拼音排序):陈小华(中山大学光华口腔医学院·口腔医院);陈新明(武汉大学口腔医学院);陈宇(四川大学华西口腔医院);高岩(北京大学口腔医学院·口腔医院);郭伟(上海交通大学医学院附属第九人民医院);胡济安(浙江大学医学院附属口腔医院·浙江大学口腔医学院);黄晓峰(南京大学医学院附属口腔医院·南京市口腔医院);李江(上海交通大学医学院附属第九人民医院);李铁军(北京大学口腔医学院·口腔医院);任国欣(上海交通大学医学院附属第九人民医院);阮敏(上海交通大学医学院附属第九人民医院);宋晓陵(南京医科大学口腔医学院);孙宏晨(中国医科大学口腔医学院);汤亚玲(四川大学华西口腔医院);杨雯君(上海交通大学医学院附属第九人民医院);余强(上海交通大学医学院附属第九人民医院);袁晓红(首都医科大学口腔医学院);张陈平(上海交通大学医学院附属第九人民医院);张春叶(上海交通大学医学院附属第九人民医院);张佳莉(武汉大学口腔医学院);钟来平(上海交通大学医学院附属第九人民医院);钟鸣(厦门大学附属翔安医院);周峻(第四军医大学口腔医学院);朱国培(上

海交通大学医学院附属第九人民医院);朱凌(上海交通大学医学院附属第九人民医院)

执笔 张春叶、李江

利益冲突 所有作者均声明不存在利益冲突

志谢 上海交通大学医学院附属第九人民医院口腔病理科田臻主任医师、王丽珍副主任医师、胡宇华医师、夏荣辉医师、孙晶晶医师、李蕾主管技师在本规范撰写、制定过程中给予的意见和帮助

参考文献

- [1] El-Naggar AK, Chan JKC, Grandis JR, et al. WHO Classification of head and neck tumours[M]. Maestros: IARC, 2017.
- [2] Amin MB. AJCC Cancer staging manual[M]. 8th ed. New York: Springer, 2017.
- [3] Helliwell TR, Giles TE. Pathological aspects of the assessment of head and neck cancers: United Kingdom national multidisciplinary guidelines[J]. J Laryngol Otol, 2016, 130(S2): S59-S96. DOI: 10.1017/S0022215116000451.
- [4] Fakhry C, Lacchetti C, Perez-Ordóñez B. Human papillomavirus testing in head and neck carcinomas: ASCO clinical practice guideline endorsement summary of the CAP guideline[J]. J Oncol Pract, 2018, 14(10): 613-617. DOI: 10.1200/JOP.18.00433.
- [5] Lydiatt WM, Patel SG, O'Sullivan B, et al. Head and neck cancers-major changes in the American Joint Committee on cancer eighth edition cancer staging manual[J]. CA Cancer J Clin, 2017, 67(2): 122-137. DOI: 10.3322/caac.21389.
- [6] Mermod M, Tolstonog G, Simon C, et al. Extracapsular spread in head and neck squamous cell carcinoma: a systematic review and meta-analysis[J]. Oral Oncol, 2016, 62: 60-71. DOI: 10.1016/j.oraloncology.2016.10.003.
- [7] Brandwein-Gensler M, Teixeira MS, Lewis CM, et al. Oral squamous cell carcinoma: histologic risk assessment, but not margin status, is strongly predictive of local disease-free and overall survival[J]. Am J Surg Pathol, 2005, 29(2): 167-178. DOI: 10.1097/01.pas.0000149687.90710.21.
- [8] Shapiro M, Salama A. Margin analysis: squamous cell carcinoma of the oral cavity[J]. Oral Maxillofac Surg Clin North Am, 2017, 29(3): 259-267. DOI: 10.1016/j.coms.2017.

- 03.003.
- [9] Sim FW, Xiao HD, Bell RB. Margin analysis: squamous cell carcinoma of the oropharynx[J]. Oral Maxillofac Surg Clin North Am, 2017, 29(3): 269-280. DOI: 10.1016 / j.oms.2017.03.004.
- [10] Lubek JE, Magliocca KR. Evaluation of the bone margin in oral squamous cell carcinoma[J]. Oral Maxillofac Surg Clin North Am, 2017, 29(3): 281-292. DOI: 10.1016 / j.oms.2017.03.005.
- [11] Shaw RJ, Brown JS, Woolgar JA, et al. The influence of the pattern of mandibular invasion on recurrence and survival in oral squamous cell carcinoma[J]. Head Neck, 2004, 26(10): 861-869. DOI: 10.1002/hed.20036.
- [12] 头颈部肿瘤诊疗指南专家组. 中国临床肿瘤学会头颈部肿瘤诊疗指南[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2019.
- [13] Lewis JS Jr, Beadle B, Bishop JA, et al. Human papillomavirus testing in head and neck carcinomas: guideline from the college of American pathologists[J]. Arch Pathol Lab Med, 2018, 142(5): 559-597. DOI: 10.5858 / arpa. 2017-0286-CP.
- [14] Juan Rosai. Rosai and Ackerman's surgical pathology[M]. 10th ed. New York: Elsevier Inc, 2011: 1-23, 2513-2581. (收稿日期:2019-12-05) (本文编辑:孔繁军)

中华医学会系列杂志二次发表论文的许可使用授权书

《中国口腔颌面外科杂志》

经与著作权所有方(中华口腔医学会)商定,本刊同意将本文(第一作者:中华口腔医学会口腔病理学专业委员会;通信作者:李江.题目:《口腔癌及口咽癌病理诊断规范》)二次发表的许可使用权授予贵刊.该文于2020年3月9日在本刊发表,同意贵方二次发表。

贵方在发表本文时,应符合下列条件:

1. 尊重论文首次发表的权益,贵刊发表该论文至少在本刊发表1周之后。
2. 二次发表本文应面向不同的读者,建议节选或摘要刊登。
3. 二次发表的论文必须完全忠实原文,真实反映原有的资料及观点,论文作者的排列顺序不能改动。
4. 在贵刊发表该文的最后,应标出该文是某篇文章的二次发表(全文、节选、全译或节译)。
5. 在贵刊发表的题名页脚注中,要告知读者、同行和文献检索机构该论文已全文或部分发表过,并标引该文被本刊首次发表,且该文二次发表时的 DOI 号须与本刊已发表的该文 DOI 号完全一致,不能做任何改动。标引如下: 本文首次发表在《中华口腔医学杂志》,2020,55 (3):145-152. DOI:10.3760/cma.j.issn.1002-0098.2020.03.001。
6. 未经中华医学会、中华口腔医学会和本刊书面许可,贵刊不得再授权他人以任何形式汇编、转载、出版该文的任何部分。
7. 二次发表期刊出刊后,赠送首发期刊样刊2册。

