

良性子宫内膜活检的简明报告可以替代描述性报告

Divya Kriplani, M.B.B.S., M.D., Ana A. Olivar, M.D., Nairi Tchakian, M.B.Ch.B., B.A.O., F.R.C.Path., Deborah Butcher, B.Sc. (Hons), Laura Casey, M.B.B.S., F.R.C.Path., Jonathan A. Crook, M.B.B.S., Nandita Deo, M.B.B.S., M.R.C.O.G., James Dilley, M.B.Ch.B., Ph.D., M.R.C.O.G., Richard Griffiths, M.B.Ch.B., F.R.C.Path., Matt Hogg, M.B.B.S., M.R.C.O.G., Arjun R. Jeyarajah, M.B.B.S., F.R.C.O.G., Saima J. Khan, M.B.B.S., Alexandra Lawrence, M.B.B.S., M.R.C.O.G., Abigail Lee, B.Sc., M.B.B.S., F.R.C.Path., Ph.D., Sarah L. Leen, M.B.B.S., F.R.C.Path., Linda Leitch-Devlin, M.Sc., Ranjit Manchanda, M.B.B.S., M.D., M.R.C.O.G., Ph.D., Mariam Masood, M.B.B.S., F.R.C.Path., Eric Nyarko, M.B.B.S., M.R.C.O.G., Emeka Okaro, M.B.B.S., M.R.C.O.G., Saurabh Phadnis, M.B.B.S., M.R.C.O.G., Giorgia Trevisan, M.B.B.S., F.R.C.Path., Jacqueline Tsang, M.B.B.S., M.R.C.O.G., Sotiris Vimplis, M.B.B.S., M.R.C.O.G., Frederick Wilmott, M.B.B.S., M.R.C.O.G., Elly Brockbank, M.B.B.S., M.R.C.O.G., M.D., and Naveena Singh, M.B.B.S., M.D., F.R.C.Path.

女性生殖学组

摘要: 在英国, 子宫内膜活检报告传统上由形态学描述和诊断结论组成。最近发表的关于良性子宫内膜活检报告的共识指南提倡使用标准化的术语。本课题的目的是评估这种简化的“仅诊断”格式报告在非肿瘤性子宫内膜活检中的可接受性和优势。由 2 名专家使用下列三种格式中的一种对连续子宫内膜活检进行诊断报告: (i) 仅诊断, (ii) 诊断加评论, (iii) 传统描述性诊断, 受访者通过在线的匿名调查提供对诊断模式的反馈。最后, 会诊专家及高年资组织病理住院医师通过一组 53 例子宫内膜的活检对该系统可重复性进行了评估。结果为, 在 370 例连续良性子宫内膜活检中, 245 例 (66%) 报告仅行诊断, 101 例 (27%) 为诊断加简短评论, 24 例 (7%) 为形态学描述诊断。在 43 名受访者 (28 名妇科医生、11 名病理学家和 4 名临床护理专家) 中, 40 名 (93%) 赞成“仅诊断”报告模式, 3 名 (7%) 反对/不确定“仅诊断”报告。在 3 名组织病理学专家和 4 名高年资病理住院医师中, 多数人同意活检病例

采用“仅诊断”报告模式: 分别是 53/53 (100%) 和 52/53 (98%)。总之, 我们发现, 与传统的描述性报告相比, 在良性标本中运用标准化、已被充分理解的诊断类别报告是一种容易被人们接受的替代方法, 而传统的报告模式可在不符合特定类型的少数病例中保留。这种修订后的方法有可能提高报告的一致性和可重复性。

关键词: 子宫内膜活检; 报告模式; 观察者间的可重复性

(*IJGP.2022 Jan.;41(1):20-27*)

子 子宫内膜活检占许多组织病理学部门工作量的主要部分。大多数子宫内膜活检取自异常或绝经后出血的患者, 目的是排除增生和恶性肿瘤。目前在英国, 许多报告遵循传统的显微镜下描述, 随后给与诊断结论的模式; 然而, 随着工作人员日益短缺和病例数量不断增加, 人们需要采取更有效的做法。在我们科室, 病理学家们很重视传统的报告方法, 但如果有种替代的报告方法可以提高效率, 使用者愿意接受, 且不会对患者护理造成任何负面影响, 他们也会接受采用这种新的报告方法。为良性病变作形态学描述不仅耗时, 而且不一定会增加临床价值, 并可能因为发报告的人所应用的专业术语不一致, 而可能在使用者之间造成困扰。在明确的类别定义帮助下使用标准化术语, 其生物学和临床含义可以很容易理解, 为教学和报告签发提供了明显的优势。此外, 这也促进了质量保证, 因为一致的诊断标准可以更准确地进行监测^[1]。

2018年, 加拿大病理学家协会 (CAP-ACP) 的妇科病理

From the Departments of Cellular Pathology (D.K., A.A.O., N.T., L.C., J.A.C., R.G., S.J.K., A.L., S.L.L., M.M., G.T., N.S.); Gynaecology (D.B., N.D., J.D., M.H., L.L.D., E.O., J.T., S.V., F.W.); Gynaecological Oncology (A.R.J., A.L., R.M., S.P., E.B.), Barts Health NHS Trust; and Department of Gynaecology, Homerton University Hospital (E.N.), London, UK.

The authors declare no conflict of interest.

Address correspondence to Naveena Singh, MBBS, MD, FRCPath, Department of Cellular Pathology, Barts Health NHS Trust, 2nd Floor, 80 Newark Street, London E1 2ES, UK. E-mail: singh.naveena@nhs.net.

专业组发布了一套非肿瘤子宫内膜活检结构化报告指南^[2]。通过文献回顾和共识，编制了一份诊断分类清单，并对每个类别的用法和含义进行了注释。根据 5 名病理学家的常规实践推荐使用诊断术语。研究发现，96% 的病例可以归入某一类诊断类别，而不需要进行描述性报告。该小组因发现这一术语易于被病理学家接受，建议验证和使用，并进行简明/概要报告。就像癌症的模式化报告一样，术语的使用还具有质量保证和彻底研究、促进数据分析的潜力。如果标准化诊断类别能被明确定义和坚持，并且临床医生理解其生物学和临床意义，促进诊断和管理的可重复性，患者将从中受益良多。

本研究旨在验证 CAP-ACP 指南，并探索简化的“仅诊断”格式报告模式在非肿瘤性子宫内膜活检的适用情况及诊断优势。

材料与方 法

病例选择和报告

本课题中，采用由一位病理学家改编的“良性/非肿瘤性子宫内膜活检报告的诊断分类共识指南”^[2]，(N.S., 表1) 内容如下：

- 样本按照本地区的使用情况进行分类。
- 为解释这些类别的使用添加注释 (A)。
- 增加了“息肉样分泌性子宫内膜”的类别；分泌性子宫内膜在宫腔镜下时常表现为息肉样外观^[3]；包括术语“息肉样”的分泌期改变，告知临床医生组织碎片有息肉样结构，息肉已全部取材，而且这不是一个叠加分泌期改变的子宫内膜息肉[在我们科未发表的内部统计结果中发现，在 107 个有临床/标本细节的连续样本中，它们被描述为“子宫内膜息肉”并且有足够用于诊断的组织，11 例 (10%) 仅显示为分泌性子宫内膜；另外 12 例 (11%) 没有子宫内膜息肉，显示为不同的非生理性变化]。因此，这一术语包含了一种生理状态，其可导致宫腔镜检查中子宫内膜单个/多个息肉印象，并排除了在报告中陈述任何这一点的需要。
- “口服避孕药”的影响被添加到与外源性激素相一致的类别中。
- 怀孕及相关改变造成的影响不在分类之内，因为这些都源于一个完全不同的临床情况，具有不同的诊断和临床意义。此外，这些类别的报告是按照当地关于敏感组织处理协议进行的，并要适当考虑人体组织管理局的指导意见^[4]。

- 危急报告另列一类：这一类别包括提示子宫破裂的组织 and 未被怀疑的恶性肿瘤组织。

2 名病理学家中的 1 名在 3 个月期间对连续的良好子宫内膜组织 (N.S. 和 N.T.) 根据这些指南进行病理报告，我们对其进行分析，并将最终的组织病理学报告分为 3 类：

- (1) 仅诊断。
- (2) 诊断加简短的文字说明。
- (3) 显微镜下的描述和结论。

排除具有非典型增生或恶性肿瘤特征的活检。

调查问卷

多学科团队的成员 (包括妇科专家和高年资妇科住院医师、病理专家以及高年资病理住院医师、护士和临床护理专家) 被邀请完成一个匿名在线调查，调查设计了 3 个问题，旨在评估对“仅诊断”报告模式的可接受性，并邀请个人进行反馈。病理学家被邀请决定使用此报告系统签发报告的可接受性。邀请的病理学家包括全科病理和妇科专科病理学家。住院病理医师是那些准备结束病理培训考试的人。临床医生被邀请来评估他们对简化报告代替传统报告的可接受性。临床受邀者包括在三级转诊中心工作和地区医院的医师。妇科住院医师有足够的资历来处理病理报告，不需要上级医师把关。表 2 列出了调查问卷所提供的问题、下拉式选项以及结果。

可重复性分析

从应用这些指南进行报告的 370 份活检中选取 53 例良性组织标本连续切片，除 H&E 切片外，我们还为两位病理专家和 4 名高年资住院医师提供了患者的年龄和详细临床资料 (如病理申请单上所列)。对每个病例，参与者都要求记录他们是否愿意作出“仅诊断”报告，诊断附加评论或使用描述性报告。第一类要求参与者从预先设定的列表中选择他们的诊断结果 (见表 1)。对于后两个类别，还要求他们提供一个简短的评论或描述。

结果

指南的使用

使用改编的指南对 370 例子宫内膜活检进行了评估 (表1)。

报告这些病例的 2 名病理学专家认为，245 例 (66%) 活检可以使用“仅诊断”格式报告，101 例 (27%) 需要添加一

表1. 良性/非肿瘤性子宫内膜样本报告的诊断分类和指南

1.术式

活检: Pipelle子宫内膜采集
 活检: 靶向宫腔镜
 活检: Vabra吸取活检
 活检: 其他/未说明
 刮除术
 息肉切除术
 子宫肌瘤切除术 (经宫颈切除术)
 子宫内膜切除术 (消融术)
 其他 (特殊说明):
 无特殊

2.诊断分类

诊断

非诊断性样本 (无子宫内膜组织存在)

注释

列表包含了常规实践中最相关的诊断, 不包括非典型增生、恶性肿瘤或在对这些情况进行保守治疗, 随访时所采集的活检样本

然而, 如果存在不典型增生/恶性肿瘤, 良性表现是继发性的, 还是建议报告这些样本, 因为它们可能与病史和/或临床表现相关

如果存在列表中的多个分类, 均应包括在内
 这个列表未能包罗万象, 可能会遇到其他的良性病变

如果标本中没有子宫内膜组织, 则应该在诊断中明确说明

如果该组织具有潜在的诊断价值, 如淤液 (可能是子宫积液) 或脂肪组织 (可能是穿孔) 或坏死物质 (可能是肿瘤), 那么尽管没有子宫内膜组织, 仍应当报告

少许不活跃的子宫内膜表面上皮和/或间质碎片 (不适合组织病理学评估)

当子宫内膜组织存在但量极少不适合于评估时推荐使用
 通知临床医师, 以便临床在合适的情况下可以安排手术复取

非活动性子宫内膜

非活动性子宫内膜是指由于取材部位的原因, 如子宫峡部或息肉组织、激素治疗、初潮前或绝经后, 没有显示明确的增殖或分泌活性的子宫内膜

萎缩性子宫内膜

萎缩特指绝经后的子宫内膜

囊性萎缩性子宫内膜

存在囊性改变的证据时应注意指出, 因为这可能与超声扫描中的子宫内膜增厚有关

正常增殖期子宫内膜

正常生理模式

弱增殖子宫内膜

弱增殖子宫内膜意思是只偶尔在子宫内膜腺体和/或间质中出现核分裂, 这些子宫内膜腺体分布均匀, 呈圆形到管状

建议这一术语将需要报告和临床相关性的绝经后弱增殖活性病例与正常(生理)增殖期子宫内膜分开; 这种情况也可能发生在生育年龄, 由激素失衡造成

子宫内膜不规则增殖

子宫内膜不规则增殖继发于无对抗的雌激素对子宫内膜的刺激。常见的情况包括无排卵、肥胖和外源性激素的使用

正常分泌子宫内膜 (早/中/晚分泌)

正常生理模式

常规来说, 确定分泌周期中的“日期”是不必要的, 但在不孕症情况下可能要求提供黄体期的正常进展; 在这些或所有病例中, 可确定日期或至少确定分泌的阶段 (早、中或晚期)

分泌期子宫内膜的息肉样碎片

该术语描述了分泌期子宫内膜常见情况, 患者在宫腔镜下显示子宫内膜息肉印象

建议的术语反映了可能的机制 (生理变化而不是真正的病变), 并提供了与临床印象的相关性

由于分泌性子宫内膜并不代表真正的解剖学上的病变 (息肉), 因此不推荐使用“功能性息肉”一词

这一类别不适用于具有子宫内膜息肉诊断标准 (不规则腺体、纤维化间质和厚壁血管) 并在此基础上叠加分泌期改变的病变

不规则分泌期子宫内膜

不规则分泌期子宫内膜适用于良性子宫内膜的分泌期改变, 不适用于正常生理性的黄体期过程

包括弱或不均匀分泌改变和间质崩解, 提示黄体期缺陷

不规则增殖子宫内膜出现叠加的分泌变化时应予以特殊说明

月经期/脱落子宫内膜	月经期取样可能出现包括尚未脱落的分泌晚期子宫内膜和增殖期子宫内膜，以及存在特征性的脱落子宫内膜碎片
良性子宫内膜伴弥漫性间质崩解	在停止外源性激素治疗或正常卵泡/黄体期缺陷的情况下，可以看到良性的子宫内膜出现弥漫性非生理性衰竭与月经期子宫内膜的区别是缺乏分泌晚期变化
子宫内膜息肉	良性子宫内膜息肉的诊断应基于证据确凿的特征，如腺体、基质、轮廓等
不伴非典型性的子宫内膜增生	根据目前的WHO分类，推荐使用“不伴非典型性的子宫内膜增生”一词 次分类中的单纯性增生及复杂性增生不再是常规术语的一部分
慢性子宫内膜炎	当子宫内膜内可见数个或大量浆细胞，并伴有间质改变（纤维化或水肿）和腺上皮化生（粘液性或输卵管性）时，应考虑慢性子宫内膜炎的诊断 偶尔，浆细胞会孤立地出现于其他情形（子宫内膜息肉、子宫内膜增生紊乱、间质崩解），这时候不足以诊断为临床相关的子宫内膜炎 不建议使用浆细胞的特殊染色
与外源性激素治疗相一致的变化：黄体酮	孕激素（口服、左炔诺孕酮释放宫内节育器）和孕激素受体调节剂与特征性的子宫内膜形态学变化相关，当观察到这些特征时，应报告为与孕激素治疗相关的改变
与外源性激素治疗相一致的变化：选择性孕酮受体调节剂	其他药物如口服避孕药、非对抗性雌激素抑制剂和芳香化酶抑制剂产生的具体变化较小（不同步、子宫内膜增生紊乱、不活动/萎缩）；在这些情况下，如果患者有使用外源性激素治疗记录，可以把观察到的变化归因于此
与外源性激素治疗相一致的变化：口服避孕药	
子宫内膜蜕膜样变	这一发现可能是生理性的，或者是外源性黄体酮治疗的结果 在流产时收到的样本中，充分取材后胎盘或胎儿组织的缺失增加了异位妊娠的可能性
平滑肌瘤	诊断应基于确凿的组织学特征
其他（特殊情况）：	
3.危急值报告	与需要紧急处理的潜在医疗并发症相关的发现 如果临床上没有怀疑到需要紧急处理的诊断和可能出现的并发症，则需要立即与临床医生进行沟通
良性的浆膜、肠管、脂肪或其他组织，提示子宫穿孔	手术时出现浆膜、肠管、脂肪或其他组织，提示子宫穿孔 可建议回顾最近的临床处理记录，以确定是否怀疑或证实了这种可能
意料之外诊断的恶性肿瘤	一个未预料到的恶性肿瘤诊断应该被认为是紧急的，并需要与治疗医生及时沟通 恶性肿瘤应根据癌症的诊断方案进行报告

本表改编自加拿大病理学家协会^[1]。改编内容本身受版权保护。因此，如果出版这个改编作品，必须获得原著作的版权所有者和翻译或改编版权所有者的授权。

个简短的评论，24例（7%）需要一个更详细的描述性报告。

最常需要额外评论的病例往往是与所提供临床信息相关的病例，病理学家希望向临床接收报告医师提出问题的病例，或者样本中包含非子宫内膜组织需要提出的病例。那些需要更详细的描述性报告的病例是既往和/或现在有子宫内膜增生的患者，目前正在接受激素治疗及随访。

有一份报告引发了临床的询问。这是一个报告为取材不充分的样本，临床医师通过电子邮件询问其表现是否表示有子宫积脓；这个问题在最初的临床细节中没有提出。

调查结果

调查结果见表2。

我们给100人发送了电子邮件调查问卷，共43名多学科成员回复了调查，包括20名妇科专家、8名妇科住院医师、8名病理专家、3名病理住院医师和4名护士/临床护理专家。

40名（93%）参与者赞同良性子宫内膜活检“仅诊断”报告，只有3名（7%）——2名妇科医生和1名病理专家——对缺乏形态学描述表示反对或不确定。

可重复性结果

对53例活检报告进行了（a）报告结构的可重复性评估（“仅诊断”、“诊断加评论”或“显微镜描述和结论”），

表2. 调查问卷的问题、下拉式选项的回答及结果

问题	回答	结果 (数量, %)
1.从你的角度下列哪项对病情的描述最可信?	妇科医生 妇科住院医师 病理医师 病理住院医师 护士/临床护士	20 (47) 8 (19) 8 (19) 3 (7) 4 (9)
2.你是否愿意将子宫内膜取样报告以“仅诊断”结果发布,即不是显微镜描述后得出结论? (请注意,这排除了出现不典型增生、恶性肿瘤或具有可疑这些诊断特征的样本。)	愿意	40 (93)
3.如果您对问题2回答“不愿意”或“不确定”,请在下面说明您的理由:	不愿意 不确定 自由文本	1 (2) 2 (5) 收到3份回复*

* (1) 关注报告的清晰度。(2) 信息提供更多时,报告更清晰。(3) 我赞同大多数子宫内膜活检可以用一行诊断归入其中一种分类中。我倾向在以下情况增加更具描述性的活检报告:①很难确定(可能是因为外源性激素影响或取样有限);②小的组织碎片不具有代表性(描述已经取样的样本)。我认为显微镜描述报告可以增加这些活检的信息,包括取样多少组织,因为有时与肉眼观察到的不同——不知道临床医生是否认为这些有用?很高兴看到“仅诊断”模式成为子宫内膜活检报告的共识。

(b) 最终诊断。4名具有3.5年以上组织病理学经验的组织病理学高年资住院医师和2名对妇科病理学特别有兴趣的专家参与了这部分研究;分配报告的初始专家被纳入作为第三个专家进行观察。在43/53例病例中,所有4名参与的病理住院医师都认可指定的报告类别,另外10例报告中的9例4人中有3人认可。因此,在52/53例(98%)的案例中,住院医师对报告格式达成了一致。在46/53例病例中,3名病理专家都认可指定的报告类别,3人中有2人认可其他7例报告。因此,专家们对53/53(100%)病例的报告格式意见达成了一致。

在15/53的活检中,病理专家在最终报告中存在分歧。最常见的原因是雌激素变化谱上的意见差异:正常还是不规则增生(n=6),或不规则增生还是不伴非典型性的子宫内膜增生(n=3)。第二个最常见的原因是样本取材不足还是稀少(n=2)。其余的不一致包括良性息肉与萎缩,子宫内膜不活跃与增生不足,良性息肉与不伴非典型性的子宫内膜增生,以及既往有非典型增生的子宫内膜在孕酮治疗后依旧存在无非典型性的子宫内膜增生。

讨论

该研究验证了来自加拿大共识和循证指南的结果,该指南显示,95.8%的子宫内膜活检可以使用模板方式进行诊断。我们发现,以标准化的、易于理解的诊断分类来报告标准的良性标本是一种可接受的替代描述性报告的方案,并有可能提高

一致性和可重复性。少数病例需要详细的描述性报告,由于显微镜下的复杂性或因需要提出特殊的临床病理问题,它们不适合纳入特定分类。

为了使报告标准化,英国皇家病理学家学院发布了癌症标本指南,其中包括病理报告必须包含的核心数据^[5]。通用术语的应用帮助和简化了多学科团队会诊中对危急患者的管理决策。然而,这种标准化的报告方法并不适用于非肿瘤标本,虽然它们占据了活检标本的大部分。在这些良性活检中,罕有可操作的具有明确治疗提示的诊断类别。明确这些特定的分类对病理学家和临床医生都是有益的。

在英国和可能其他地方的妇科病理学中,特别是子宫内膜活检通常以自由文本形式报告,在诊断术语应用方面缺乏一致性。一项对于外科病理的病例回顾性综述显示,良性子宫内膜活检在观察者间存在最大程度的差异性和误诊^[6]。这些分歧中很高比例是有明显错误的可能影响患者管理。然而,这篇综述早于WHO 2014年对子宫内膜增生的分类,近期还没有在良性子宫内膜活检中使用当前诊断术语临床相关可重复性的研究。部分研究显示,不适当/不充分的子宫内膜活检报告具有相当大的可变性,而关于标本充分性的定量标准尚未建立^[7-9]。此外,多种多样的类似的诊断术语会采用相同的临床管理^[7]。这些特征使得描述性病理报告更加繁琐,并容易被临床医生误解,这两点都可能对患者的治疗产生不利影响。

标准化的报告术语具有多方面的优势,其中最重要的一点

是给予临床医生和患者明确的信息。此外，与我们科室已经采取的措施相比，这些措施包括所有会诊医师都可以使用的预格式化模板、短编码的固定报告、语音识别和数字化口述，标准化的报告术语可以减少签发单个报告所需时间。我们发现该系统比 2 名参与的病理学专家更有优势，因为它将文字处理和行政工作最少化。反过来，一个清晰的信息又能使临床医生根据结果更快地采取措施。另外，从一个明确定义的诊断类别列表中进行选择，促进了报告的确定性。同时，术语的标准化也有助于质量保证和将来的研究。在未来，这种报告形式将更容易纳入数字病理学，从而促进效率的整体提高。

这些模板也有助于培训年轻的病理医师，他们无疑将会发现这些模板更容易使用，并将之融入实践。反过来，培训者可专注于培训如何作出临床相关且准确的诊断，而非着眼于报告的细节写作。这有助于节约更多的时间来讨论更多有疑问的病例，并在认为有必要进行描述的时候写出更高质量的文本报告。支持描述性报告的原因通常是为了遵守 RCPATH 检查系统，该系统目前要求采用传统的描述和结论格式，并便于对收到第二种意见的病例进行复核，包括法医复核。就检查而言，如果评估的是简单而明确的诊断（有或没有鉴别诊断），而不是描述，评估将会更加客观而且非常地便利。而且，如果诊断不正确，在任何情况下准确的描述都不会导致考试通过，或支持错误的诊断。

我们承认，模板格式不能应用于所有的活检。有些病例需要有与临床发现相关的附加信息，或详细的解释。这些病例附加评论进行报告。另外，也会有些特殊情况，一种常见的情况是不伴非典型性的子宫内膜增生症患者接受黄体酮治疗后进行检测活检，可能必须提供一个更详细的描述。然而，我们发现 93% 的非肿瘤性子宫内膜活检样本可以使用标准化诊断类别或“仅诊断”模板并添加简短的评论进行报告发表意见。在本研究中，与加拿大一项研究验证的一样，该方法应用仅在良性子宫内膜活检中进行了评估。

本研究新增的可重复性方面证明了住院医师和组织病理学专家对常规的非肿瘤性子宫内膜活检特定诊断类别具有良好的一致性。此外，这突显了常规活检中最缺乏一致意见的领域：即标本量充足的阈值，在非对抗性雌激素刺激或子宫内膜脱落范围内对病例分类的困难，以及区分良性子宫内膜息肉中可接受的功能性改变和结构性变化。虽然关于非典型性子宫内膜增生和子宫内膜癌诊断的可重复性有丰富的文献，但关于良性子宫内膜活检诊断观察者间差异的已发表研究却极为缺乏。这可能

反映了这样一个事实，即子宫内膜活检主要是为了排除恶性病理，而且，不同的良性诊断类别（如果有的话）的积极临床管理意义有限。在良性子宫内膜病理中，我们应努力确定可操作的诊断类别，并评估和提高的诊断一致性，因为在许多实验室它们占了妇科病理诊断工作量的很大比例。使用明确的诊断类别将有助于推进这些努力。

结论

总之，我们发现 93% 的常规、非肿瘤性子宫内膜活检可作出“仅诊断”报告，附加或不附加简短的评论，不需要额外显微镜下描述。这种报告模式可以被使用者接受，93% 的多学科团队成员表示他们更偏爱简短的报告。住院医师与病理专家对于签发不同诊断类别的病例（有或没有评论的“仅诊断”报告模式对比显微镜描述加结论的报告模式）都保持高度一致。在报告非肿瘤性子宫内膜活检时，诊断一致性高，主要的差异在于评估标本量的充足性和在“非对抗性雌激素刺激”范围内对病例的分类。简明的“仅诊断”报告可能适用于其他专业和标本类型。

致谢：感谢所有的妇科专家和妇科住院医师，病理学专家和病理住院医师，参与调查的护士和临床护理专家。

参考文献

1. Ellis DW, Srigley J. Does standardised structured reporting contribute to quality in diagnostic pathology? The importance of evidence-based datasets. *Virchows Arch* 2016;468:51-9.
2. Parra-Herran C, Cesari M, Djordjevic B, et al. Canadian consensus-based and evidence-based guidelines for benign endometrial pathology reporting in biopsy material. *Int J Gynecol Pathol* 2019;38:119-27.
3. McCluggage WG. My approach to the interpretation of endometrial biopsies and curettings. *J Clin Pathol* 2006;59:801-12.
4. Human Tissue Authority. Disposal of pregnancy remains. Available at: <https://www.hta.gov.uk/faqs/disposal-pregnancyremains>. Accessed June 7, 2020.
5. The Royal College of Pathologists, Cancer Datasets and Tissue Pathways. Available at: <https://www.rcpath.org/profession/guidelines/cancer-datasets-and-tissue-path>

- ways.html. Accessed April 2020.
6. Agarwal S, Wadhwa N. Revisiting old slides—how worthwhile is it. *Pathol Res Pract* 2010;206:368–71.
 7. Goebel EA, McLachlin CM, Ettler HC, et al. Insufficient and scant endometrial samples. *Int J Gynecol Pathol* 2019;38:216–23.
 8. Kandil D, Yang X, Stockl T, et al. Clinical outcomes of patients with insufficient sample from endometrial biopsy or curettage. *Int J Gynecol Pathol* 2014;33:500–6.
 9. Dermawan JKT, Hur C, Uberti MG, et al. Thickened endometrium in postmenopausal women with an initial biopsy of limited, benign, surface endometrium: clinical outcome and subsequent pathologic diagnosis. *Int J Gynecol Pathol* 2019;38: 310–7.



(金玉兰 翻译 江庆萍 审校)



玖壹叁陆零
91360 MED TECH