

文章编号:1005-6947(2007)11-1108-04

· 动态 · 进展 ·

乳腺叶状肿瘤的诊治进展

何建军

(湖南省长沙市宁乡人民医院 普通外科, 湖南宁乡 410600)

摘要:乳腺叶状肿瘤是指乳腺上皮成分良性病变,间质成分良性或恶性病变的特殊类型乳腺肿瘤,生物学行为较难预测,组织学分类较为复杂。笔者对叶状肿瘤的临床诊治、病理形态学特点、鉴别诊断及预后进行综述。

[中国普通外科杂志,2007,16(11):1108-1111]

关键词: 乳腺肿瘤/诊断; 乳腺肿瘤/治疗; 叶状瘤; 综述文献

中图分类号: R 737.9

文献标识码: A

乳腺叶状肿瘤是一种纤维上皮性肿瘤。因其病因不清、临床少见、诊治方法不规范,易误诊,常复发。随着对其研究的不断深入和了解,报告病例数逐年增多,本文就其诊治进展做一综述。

1 命名

1838年德国Muler根据肿瘤剖面鱼肉状,内含囊泡,且见叶状分裂等病理形态特征,命名为叶状囊肉瘤(cystosarcoma phyllods, CP),并认为是良性肿瘤。1931年Lee报告1例具有恶性组织学特征、并在其后出现转移的病例时,部分学者才意识到乳腺叶状囊肉瘤可以具有恶性行为^[1-5]。由于CP组织学表现多样,生物学行为难以预测,有很多命名,Salvadori综述文献命名多达60余种^[4]。1982年WHO对乳腺疾病统一分类时定为乳腺叶状肿瘤(breast phyllods tumors, BPT),并根据镜下病理特征分为良性、恶性和临界性3类^[6]。目前国外已按WHO的标准统一命名,国内仍多

沿用乳腺叶状囊肉瘤名称。笔者认为,应按WHO标准统一命名乳腺叶状肿瘤为宜。

2 发病情况

BPT非常少见,Chao等^[7]报告约占乳腺肿瘤0.3%~1.0%,约占乳腺纤维上皮性肿瘤的2.5%,赵东兵等及连臻强等^[8-9]报告1.1%,何建军^[10]综合国内文献报告1.1%。BPT以女性为主,约占99.6%,偶尔可见男性病例,约占0.40%;亚洲国家平均发病年龄36.3岁,多数在青春期与绝经前期发病。西方国家平均发病年龄40~50岁。出生于中部和南部美洲的拉丁白人恶性叶状肿瘤很常见。

3 病因

3.1 内分泌激素紊乱

国内资料显示BPT发病呈现3个高发年龄阶段,即(1)青春期末月经初潮,体内内分泌激素出现紊乱;(2)结婚生育后停止生育,体内内分泌激素紊乱;(3)绝经前后体内内分泌激素紊乱。具体表现在雌二醇升高,或孕酮下降,或者两者比例失调,导致乳腺腺泡及导管上皮成分或间质成分增生与复旧周而复始,反复进行,最终导致增生、瘤变、甚至癌变。但男性和青春前期很少发病。

3.2 在纤维腺瘤基础上形成

因为年轻患者的发病与纤维腺瘤

明显有关,甚至原本就可能起源于纤维腺瘤。Zurrida等^[3]及Adel等^[5]报道12.5%的BPT患者曾患过乳腺纤维腺瘤,在同一肿瘤中,21.0%的病例可同时见有纤维腺瘤的存在。细胞免疫化学检查BPT和纤维肉瘤组织中,都有血管内皮因子-1的存在,但前者远高于后者,提示可能通过该因子的活化,刺激基质的活化和异化,从而在纤维腺瘤的基础上形成BPT。

3.3 其他因素

还有与种族、地域、卫生习惯、生育哺乳等因素有关的报道。国内文献^[10]与妊娠有关占1.3%,未婚未育或已婚未育并BPT占9.9%。

4 临床表现

BPT病程最短2d,最长21年,平均39个月。短期内迅速增长者59.9%。主要症状是患乳无痛性肿块,占89%,其次患乳痛性肿块,占11%,偶有畏冷发热者。

BPT主要体征是患乳均可扪及肿块,一侧乳房1个肿块者约占90%,偶尔一侧乳房也可多个发生,何建军^[11]报告1例一侧乳房同时3个肿瘤者。国内报道双侧同时发生肿瘤者仅8例^[12-14]。肿块发生在左乳者占45%,右乳者50%。肿块位于外上象限50%,乳晕区24%,内上象限15%,外下象限10%,内下象限1%。肿块最小1.5cm,最大40cm^[5], <3cm约占10%,3~5cm约20%,5~10cm约

收稿日期:2006-11-22;

修订日期:2007-09-19。

作者简介:何建军,男,湖南宁乡人,宁乡人民医院主任医师,主要从事乳腺甲状腺外科、胃肠外科、肝胆胰脾外科及疝外科临床方面的研究。

通讯作者:何建军 E-mail: hjj7889508@sina.com

40%, >10 cm 约30%。肿块伴有局部静脉怒张者占6%, 局部皮肤溃烂者2.5%, 腋淋巴结反应性肿大者5.3%, 胸肌粘连及皮肤粘连者<1%。

5 辅助检查

彩超检查应列为首选, BPT 多呈圆形、椭圆形或不规则形, 轮廓多呈分叶状, 一般无包膜回声, 病灶与周围组织界限清晰。病灶内大多回声高低不一, 分布不均, 也可见线条状高回声间隔, 病灶后方回声增强, 病灶内常有大小和形态不一的囊腔, 内含胶冻样物或透明液体, 加之较大的病灶内可有出血或坏死, 因而可探及散在分布的大小形态不一的无回声或低回声区(液暗区), 实体部份内有短条状及散在点状血流信号; 多普勒检查示动脉血流频谱^[15-16]。在鉴别良恶性方面: 彩色多普勒检查 0~I 级多为良性, II~III 级多为恶性; 肿块边界不清, 内部囊变或钙化, 内部血流丰富提示恶性可能^[17-21]。

钼靶 X 线检查有条件者可选用。BPT 多呈圆形、椭圆形或不规则形致密肿块影, 多有分叶, 边缘清晰。灶内可见点状钙化, 钙化往往是病灶坏死或组织化生所致。较大体积肿瘤皮下可见迂曲扩张的静脉阴影。所以, 病灶较大, 边缘光滑锐利, 明显的分叶, 血运增加及短期内肿块迅速增大时应该考虑到 BPT 的可能性^[15-16]。

免疫组化检查, 腺上皮或间质细胞雌激素受体(ER)阳性表达率 89.3%, 孕激素受体(PR)阳性表达率 78.6%^[22-23]。增殖细胞核抗原(PCNA)阳性表达 88.5%^[24-25]。

6 病理学特征

肉眼观, 肿瘤边界清楚, 有部分或完整的包膜, 切面灰白色, 或灰红色、或呈鱼肉状, 故有人称囊肉瘤。有时可见裂隙, 形成分叶状结构, 常常形成囊腔, 囊腔内可见乳头状或结节状突起, 大的肿瘤可见出血或坏死。镜下观肿瘤由腺上皮和丰富的纤维样间质细胞组成, 间质成分一般表现为

不同分化程度的纤维母细胞, 且有核分裂现象, 由于间质成分高度增生, 可形成叶状结构突入囊腔, 将上皮成分挤压成裂隙状, 上皮细胞因受压而成扁平状, 间质成分可表现为脂肪肉瘤、软骨肉瘤、骨肉瘤、横纹肌肉瘤、血管外皮瘤、恶性纤维组织细胞瘤, 上皮成分可有鳞状细胞化生, 增生成乳头状、实质性或筛网状, 可有非典型增生及癌变, 当上皮成分有癌变时称为癌肉瘤。

病理组织学分类: Novvis (1967) 和 Azzoprai (1979) 将 BPT 分为良性、交界性和恶性三类^[26-27], 陈忠年等^[28]根据细胞的异型程度和核分裂相的多少将 BPT 分为分化好、分化中等和分化差三类, 分化好者间质细胞轻~中度异型, 核分裂相 0~4/10 HPF; 中度分化者间质细胞中度异型, 核分裂相 5~9/10 HPF; 分化差者间质细胞中~重度异型, 核分裂相 >10/HPF。赵东兵等^[8]认为, 良性肿瘤的细胞密度较低, 分布均匀, 细胞无异型, 核分裂相 <1/10 HPF, 肿瘤边缘膨胀生长; 恶性叶状肿瘤细胞异型性明显, 明显间质过生长, 具有明显的增殖活性, 核分裂相 $\geq 5/10$ HPF, 肿瘤边界不清, 浸润周围组织; 交界性肿瘤介于良恶性之间。苏鸣等^[29]认为: (1) 良性 BPT 呈膨胀性生长, 间质稍富于细胞, 间质细胞成分分布较均匀, 间质细胞轻~中度异型, 核分裂 1/10 HPF (Pietruska 和 Barnes 0~4/10 HPF); (2) 交界性 BPT 分界清楚, 镜下见浸润边缘, 间质富于细胞的程度中等也可有小部分间质细胞不太丰富, 间质细胞中度异型, 核分裂 2~5/10 HPF (Pietruska 和 Barnes 5~9/10 HPF); (3) 恶性 BPT 明显浸润性边缘, 细胞中~重度不典型性, 核分裂 >5/10 HPF (Pietruska 和 Barnes 10/HPF), 间质内可见软骨肉瘤、骨肉瘤、血管肉瘤、脂肪肉瘤、恶性纤维组织成分, 肉眼常见出血坏死; 吴兴荣等^[30]又根据间质细胞间变的程度包括细胞密集程度、异型程度、病理性核分裂相多少及周边浸润程度分成三级, I 级低度恶性, II 级中度恶性, III 级高度恶性。

从以上可以看出, 病理诊断标准不统一。笔者认为可根据以下标准分类: (1) 良性肿瘤呈膨胀性生长, 肿瘤周边无浸润, 间质细胞分布均匀, 异型性轻度, 核分裂相 <1/10 HPF, 瘤内无出血坏死; (2) 交界性肿瘤可有浸润生长现象, 肿瘤周边可有浸润, 间质细胞分布可不均匀, 异型性中度, 核分裂相 2~4/10 HPF, 瘤内偶可出血坏死; (3) 恶性肿瘤呈浸润性生长, 肿瘤周边有浸润, 间质细胞分布不均匀, 异型性重度, 核分裂相 $\geq 5/10$ HPF, 瘤内有出血坏死。

7 诊断及鉴别诊断

本病的临床诊断要点: (1) 患乳内无痛性肿块, 短期内迅速增大; (2) 多为单发, 瘤体常较大; (3) 一般肿块与皮肤及胸肌无粘连, 腋淋巴结常不转移; (4) 术中肿块有包膜, 边界清楚, 较易分离, 切面呈灰白色, 分叶状鱼肉状改变; (5) 单纯肿瘤切除术后易复发; (6) 彩色 B 超呈圆形或椭圆形肿块, 分叶状改变, 灶内回声高低及分布不一, 有散在分布的大小形态不一的无回声或低回声(液暗区), 实体部分有散在点状血流信号, 脉冲多普勒示动脉血流频谱。钼靶 X 线摄影呈圆形或椭圆形肿块影, 边界清晰, 灶内可见点状钙化灶, 较大肿瘤时可见皮下迂曲扩张静脉影; (7) ER, PR, PCNA 呈阳性反应; (8) 病理检查可见腺上皮和间质细胞两种成分, 间质细胞过度生长, 异型性, 有核分裂相, 有出血坏死灶。但 BPT 术前诊断不易。Rowell^[31]报道仅 10%~20% 能做出临床诊断。刘秀美^[32]报告误诊率 66.7%。究其误诊原因: (1) 临床医师及病理医师对该病认识不足; (2) 因病程较长常误诊乳腺纤维腺瘤, 切除后复发才想到该病; (3) 并发局部溃烂及腋淋巴结肿大时常误诊乳腺癌或浆细胞性乳腺炎; (4) 伴有低热时常误诊乳腺结核。

尽管组织学上把 BPT 分成三类, 但凭镜下一种或多种特征, 都不能将 BPT 良、恶性截然分开, 更不能决定其生物学行为, 许多病理报告良性, 临

床上同样可以出现复发和转移。同时, BPT除存在个体差异外, 不同瘤区其组织学表现可不同, 因此, 其生物学行为难以预测。所以, BPT病例不管其病理组织学上分类如何, 就其临床和生物学行为而言, 都应把它当作低度恶性或恶性病变来对待。

鉴别诊断: (1) 细胞型纤维腺瘤。肿块小, 无囊性感, 镜下上皮成分为主, 间质成分为辅, 两种成分均为良性病变, 腺上皮无异型性, 无核分裂相, 周边无浸润, 无出血或坏死等恶性特征。 (2) 巨纤维腺瘤或称青少年型纤维腺瘤。多见20岁以下女性, 球形肿块, 体积较大, 镜下上皮成分为辅, 间质成分为主, 两种成分均为良性病变, 无核分裂相, 周边无浸润, 无出血坏死。就细胞间质密度而言, 细胞型纤维腺瘤 < 巨纤维腺瘤 < 叶状肿瘤。 (3) 真性肉瘤。BPT本身可伴有肉瘤成分, 镜下上皮细胞少或无, 呈良性, 间质细胞多; 呈恶性, 常以某种间质成分为主, 如脂肪肉瘤, 骨或软骨肉瘤等, 单纯肉瘤镜下瘤内无上皮成分, 多处取材无上皮成分可以排除。 (4) 癌肉瘤。很罕见, 多见中老年女性, 肿瘤生长快, 常见腋淋巴结转移, 镜下上皮成分和间质成分均为恶性, 个别病例由叶状肿瘤上皮成分恶变而来。 (5) 乳腺癌。发病年龄较大, 病程短, 肿块坚硬, 边界欠清, 易与皮肤或胸肌粘连, 多伴腋淋巴结肿大, 镜下间质成分为辅, 呈良性, 上皮成分为主, 呈恶性, 上皮细胞过生长, 异型性明显, 核分裂相严重, 周边有浸润, 有出血坏死。 (6) 乳腺导管扩张症。病程长, 肿块多位于乳晕区, 常急起发病当乳腺炎切开引流或自行破溃, 慢性窦道久治不愈, 常伴腋淋巴结反应性肿大, 临床表现多样, 镜下乳腺导管扩张, 管周大量浆细胞或淋巴细胞浸润, 发病率2.5%, 非妊娠期发病97.0%, 平均发病年龄39岁, 肿块型51.5%, 混合型21.2%, 溢液型13.4%, 瘘管型9.2%, 脓肿型4.6%^[33]。 (7) 乳腺结核: 结核杆菌经乳头或乳房、血运、淋巴道、邻近蔓延4条途径感染, 多见20~40岁女性,

可分为结节型、弥漫型和硬化型。较少见, 57%~80%误诊为乳腺癌。

8 治疗

和其他肿瘤一样, BPT的治疗首选手术切除, 切除的范围取决于组织学类型, 并根据肿瘤大小及所占乳房的比例来决定: (1) 良性肿瘤 < 5 cm者可行单纯肿瘤切除; (2) > 5 cm者可行扩大肿瘤切除 (切除肿瘤外2 cm组织); (3) > 10 cm者可行半乳切除或全乳切除 + 乳房成形或重建; (4) 交界性肿瘤可行全乳切除; (5) 恶性肿瘤可行改良根治或根治术; (6) 有腋淋巴结肿大加腋淋巴清扫; (7) 远处转移, 只要转移灶孤立, 可原发灶和转移灶同时手术切除; (8) 局部复发者, 多有恶性趋向, 应行全乳切除。史凤毅等^[34]认为良性和交界性肿瘤至少应扩大肿瘤切除, 复发的交界性和恶性应单纯乳房切除。何建军^[10]综合全国BPT 1 673例, 全乳切除35.4%, 单纯肿瘤切除25.3%, 扩大肿瘤切除19.2%, 改良根治9.5%, 全乳切除 + 腋清扫5.1%, 根治4.4%, 半乳切除0.6%, 单纯肿瘤切除 + 乳房重建0.2%, 保留乳头乳房切除0.2%, 全乳切除 + 乳房成形0.1%。

BPT对化、放疗不敏感, 但对多次复发和广泛转移者, 仍有一定治疗价值。

9 预后

BPT如经正确的手术治疗其预后良好。Reinfuss^[35]报告5年生存率82.9%; 马淑资等^[36]报告5, 10年生存率94.4%, 92.9%; 谷元廷报告5, 10年生存率97.2%, 90.9%^[12]; 左怀全等^[37]报告5年生存率91.7%; 马特等^[38]报告5年生存率97.0%。

术后局部复发和转移是恶性BPT的临床特点, 术后局部复发率: Chua报告^[39]为7.5%~58.8%; 朱汉达等^[40]报告4.8%; 何建军^[10]综合国内文献报道为41.7%, 其中2次复发78.1%, 3次复发13.4%, 4次复发3.5%, 5次复发2.8%。和其他肉瘤一样, BPT主要通过血行转移, 转移发

生率: Keelan^[28]报告为3%~17%, 且大多出现在诊断后5年内; 何建军^[10]综合国内文献报道为3.12%, 其中单纯肺转移占28.1%, 肺并脑、纵隔、肝或子宫转移占25.0%, 广泛转移占25.0%, 骨转移占6.3%, 淋巴转移占6.3%, 脑、胸壁、心包转移各占3.1%, 单纯脑、胸壁及心包转移很少见。

有关影响肿瘤预后因素不统一, 多数学者认为下列因素明显影响肿瘤预后: (1) 肿瘤病理分类。谷元廷^[12]报告良性、交界性病变的5, 10年生存率均为100%, 恶性者5, 10年生存率91.7%, 76.9%; 史凤毅等^[34]报告良性、交界性、恶性5年生存率100%, 92%, 33%。其他作者意见相同, 认为间质细胞增生不明显, 异型性不明显, 核分裂相少, 无出血坏死, 周边无浸润的良性肿瘤预后好; 而间质细胞过度生长, 异型性严重, 核分裂相多, 有出血坏死, 周边有浸润的恶性肿瘤预后差。 (2) 术式选择。谷元廷^[12]分析了71例手术, 认为良性肿瘤扩大肿瘤 (肿瘤外2 cm) 切除5年复发率10.0%, 5, 10年生存率均为100.0%, 较单纯肿瘤切除为好, 交界性肿瘤全乳切除5年复发率25.0%, 5, 10年生存率均为100.0%, 较扩大肿瘤切除为好, 恶性肿瘤全乳切 + 腋淋巴清扫5, 10年复发率分别为0.0%, 50.0%, 5, 10年生存率均为100.0%, 较扩大肿瘤切除为好。连臻强等^[9]报告89例单纯肿块切除术后局部复发率60%, 明显高于乳房单纯切除及区段切除 ($P < 0.01$)。

参考文献:

- [1] Hawkin RE, Schofield JB, Fisher C, et al. The clinical and histologic criteria that predict metastasis from cystosarcoma phyllodes [J]. *Cancer*, 1992, 69 (7): 141 - 142.
- [2] Palmer ML, Derisi D, Pelikan A, et al. Treatment options and recurrence potential from cystosarcoma phyllodes [J]. *Surger Gynecol Obst*, 1990, 170 (1): 193 -

- 195.
- [3] Zurrida S, Berrtoli C, Galmberti V, *et al* Which therapy for unexpected phyllods tumor of the breast? [J]. *Eur J Cancer*, 1992, 28(3): 654 - 655.
- [4] Salvadori B, Cusumano F, Delbo R, *et al*. Surgical treatment of phyllods tumor of the breast [J]. *Cancer*, 1989, 63(11): 2532.
- [5] Adel AL - Jurf, Haw WA, Crile G, *et al* Cystosarcoma phyllods [J]. *Surg Gynecol Obst*, 1978, 146(5): 358 - 359.
- [6] WHO. Histological Typing of Breast Tumors [J]. *Tumori*, 1982, 68(4): 181 - 198.
- [7] Chao TC, Lo YF, Chen SC, *et al*. Phylloides tumors of the breast [J]. *Eur Radiol*, 2003, 13(1): 88 - 93.
- [8] 赵东兵,冯晓莉,吴健雄,等. 乳腺叶状肿瘤和巨纤维腺瘤的临床病理特附 89 例临床分析 [J]. *肿瘤防治研究*, 2004, 31(4): 231 - 233.
- [9] 连臻强,杨名添. 乳腺叶状肿瘤 89 例临床分析 [J]. *肿瘤防治杂志*, 2005, 12(20): 1559 - 1562.
- [10] 何建军. 乳腺叶状肿瘤的诊断和治疗(附 1673 例分析) [J]. *中国医疗前沿*, 2007, 2(16): 51 - 54.
- [11] 何建军. 乳腺叶状囊肉瘤 31 例诊治体会 [J]. *中华实用外科杂志*, 2005, 2(6): 527 - 529.
- [12] 谷元廷. 乳腺分叶状肿瘤的手术治疗和预后 [J]. *中国普通外科杂志*, 2004, 13(5): 167 - 169.
- [13] 安军,曹铭谦. 乳腺叶状囊肉瘤 36 例临床分析 [J]. *医师进修杂志*, 2002, 16(1): 59 - 60.
- [14] 施勇. 乳腺叶状囊肉瘤 9 例外科治疗 [J]. *西北国防医学杂志*, 2004, 25(2): 146 - 147.
- [15] 周祝谦,张义同. 乳腺叶状囊肉瘤的影像学检查结果分析 [J]. *山东医药*, 2000, 40(11): 28.
- [16] 梁洪彬,刘实,尚延海. 乳腺叶状囊肉瘤临床钼靶 X 线与彩超征象分析 [J]. *医学影像学杂志*, 2003, 13(4): 241 - 243.
- [17] 董怡,王怡,张希敏,等. 超声对乳腺叶状肿瘤的诊断价值 [J]. *中国医学计算机成像杂志*, 2006, 12(2): 129 - 132.
- [18] 曹英英,蒋苏齐,王占江,等. 乳腺叶状肿瘤超声特征及与病理对照分析 [J]. *医学影像学杂志*, 2007, 17(3): 260 - 262.
- [19] 严松莉,唐旭平,曹亚丽. 超声在乳腺叶状肿瘤和纤维腺瘤鉴别诊断中的价值 [J]. *中华超声影像学杂志*, 2006, 15(3): 202 - 204.
- [20] 焦方莲,邵雨梅,何秀英,等. 乳腺叶状肿瘤的超声诊断——附 15 例报告 [J]. *中华肿瘤防治杂志*, 2006, 13(13): 1037.
- [21] 汤兵辉,瞿伟. 乳腺叶状肿瘤 19 例高频超声特征 [J]. *中华医学超声杂志(电子版)*, 2006, 3(3): 175 - 177.
- [22] 蒋绍仟. 5 例乳腺叶状囊肉瘤的组织学及免疫组化观察 [J]. *四川肿瘤防治*, 1999, 12(1): 6 - 7.
- [23] 赵强,曾庆彪. 乳腺叶状囊肉瘤临床病理观察及 ER、PR 免疫组织化学研究 [J]. *衡阳医学院学报*, 24(2): 100 - 102.
- [24] 赵宗幕,韩忠镛,张伟国,等. 27 例乳腺叶状肿瘤的临床和病理分析 [J]. *上海医学*, 1997, 20(3): 163 - 165.
- [25] 牛昀,傅西林,赵颖,等. 乳腺叶状囊肉瘤的增殖细胞核抗原的表达及其意义 [J]. *中华病理学杂志*, 1997, 26(6): 337 - 339.
- [26] Keelan PA, Myers JL, Wold LE, *et al*. Phylloids tumor: Clinicopathologic Review of 60 patients and flow cytometric analysis in 30 patients [J]. *Hum Pathol*, 1992, 23(9): 1048.
- [27] 姜广杰,张希文. 乳腺囊肉瘤的临床和病理 [J]. *国外医学外科学分册*, 1997, 24(6): 346 - 349.
- [28] 陈志年,沈铭昌,郭幕依. 实用外科病理学 [M]. 上海:上海医科大学出版社. 1997, 610.
- [29] 苏鸣,张绪鹏. 青少年叶状囊肉瘤的病理特点和临床分析 [J]. *卫生职业教育*, 2004, 22(18): 137 - 138.
- [30] 吴兴荣,骆利康. 乳腺分叶状囊肉瘤 21 例临床病理研究 [J]. *浙江临床医学*, 2002, 4(12): 901 - 902.
- [31] Rowell WD, Perry RR, Hsiu JG, *et al*. Phylloids tumors [J]. *Am Surg*, 1993, 165(3): 376.
- [32] 刘秀美,马金龙,侯刚. 乳腺叶状囊肉瘤 33 例临床病理分析 [J]. *肿瘤防治杂志*, 2000, 7(6): 634 - 635.
- [33] 何建军. 中国人乳腺导管扩张症 7406 例荟萃分析 [J]. *中华现代外科学杂志*, 2006, 3(23): 1881 - 1886.
- [34] 史风毅,王恩华,姜黎多. 乳腺叶状肿瘤的诊断和治疗 [J]. *解放军医学杂志*, 2006, 31(6): 536 - 539.
- [35] Reivfuss M, Mitus J, Somlak K, *et al*. Malignant phylloids tumors of the breast: A clinical and pathological analysis of 55 cases [J]. *Eur Cancer*, 1993, 29(10): 1252.
- [36] 马淑资,惠锐,刘红,等. 乳腺叶状囊肉瘤的诊断和治疗 [J]. *中国肿瘤临床*, 1994, 21(9): 679.
- [37] 左怀全,徐亮,王元正,等. 乳腺叶状囊肉瘤 24 例临床分析 [J]. *中国现代医学杂志*, 2004, 14(8): 93 - 94.
- [38] 马特,张斌,任力. 乳腺叶状囊肉瘤的诊断和治疗 [J]. *中国实用外科杂志*, 2000, 20(5): 275 - 276.
- [39] 裴东坡. 乳腺分叶状囊肉瘤 [J]. *国外医学外科分册*, 1988, 15(5): 299.
- [40] 朱汉达,高俊,王强. 42 例乳腺叶状囊肉瘤的临床分析 [J]. *河南肿瘤学杂志*, 2003, 16(2): 133 - 134.