

文章编号:1005-6947(2007)11-1129-02

· 临床报道 ·

原发性乳腺恶性淋巴瘤3例报告

张英豪¹, 金峰², 蒋宗刚¹, 任仪³, 王梅丽¹

(浙江省杭州市余杭妇幼保健院 1. 乳腺外科 2. B超室, 浙江 杭州 311100; 3. 山西中西医结合医院 普通外科, 山西 太原 030003)

摘要: 笔者对收治的3例原发性乳腺恶性淋巴瘤(PBL)患者的临床资料进行回顾性分析, 结果显示, 3例术前均未能确诊, 术中冷冻切片也不能确诊, 而依靠术后常规病理及免疫组化检查才能确诊和分型。治疗采用联合化疗为主加手术、放疗的综合治疗, 手术以乳腺肿物局部切除为主, 肿物较大者行单乳切除。化疗选用CHOP(环磷酰胺、阿霉素、长春新碱、强的松)方案。2例分别于术后5、2年死亡; 1例现已存活7年。提示: PBL临床诊断困难预后较乳腺癌差。

[中国普通外科杂志, 2007, 16(11): 1129-1130]

关键词: 乳腺肿瘤/外科学; 淋巴瘤, 非霍奇金/治疗

中图分类号: R 737.9

文献标识码: B

原发性乳腺恶性淋巴瘤(primary breast lymphoma, PBL)临床较少见, 偶有报道^[1-2], 笔者收治3例, 现报道如下。

1 病例报告

例1女, 48岁。因发现右乳腺无痛性肿物1个月入院。体检: 双乳腺大小形态对称, 右乳腺内上象限可及一2.5 cm × 2.5 cm × 2.5 cm大小的肿物, 圆形, 表面光滑, 与皮肤

无粘连, 硬度中等, 活动好, 无压痛, 未扪及双腋下淋巴结。乳腺彩超显示右乳腺内上象限实质性占位病变, 无完整包膜, 内有少许血流信号; 乳腺钼靶检查提示右乳腺内上象限边缘光滑的等密度肿物, 无明显钙化影。胸部X线和腹部B超未见异常。入院后经术前准备, 在局麻下行右乳腺肿物切除术。术中冷冻切片报告: 可见增生的淋巴样细胞, 无上皮样结构, 不排除恶性。术后病理报告: 黏膜相关淋巴组织型边缘区B细胞淋巴瘤, 免疫组化细胞角蛋白(CK)、上皮膜抗原(EMA)(-), B细胞CD20(+). 给予二次手术, 行右单乳腺切除术。术后行CHOP(环磷酰胺、阿霉素、长春新碱、强的松)方案化疗, 共6个疗程, 并直线加速器放疗1个疗程。随诊7年, 无复发。

收稿日期: 2007-02-10; **修订日期:** 2007-08-15。

作者简介: 张英豪, 男, 山西太原人, 浙江杭州市余杭妇幼保健院副主任医师, 主要从事疾病的临床和研究方面的研究。

通讯作者: 张英豪 E-mail: 565067083@qq.com

何种类的乳腺癌手术均存在着术后复发的危险性, 尤其是肿瘤临近乳晕区的保留乳头、乳晕手术, 然而, 根据现代乳腺癌保乳手术的治疗原则^[1], 只要术中能够保证切缘无癌组织残留, 术后进行有效的综合治疗, 位于中心部位的乳腺癌并不是保乳手术的禁忌症^[1]。

有保乳适应证的近一半患者在肿瘤安全切除的同时很难保持乳房原有的外形, 如: (1) 东方女性乳房体积偏小, 切除肿瘤难以取得安全边缘时; (2) 肿瘤瘤体较大时; (3) 肿瘤周边组织较大范围的良性病变, 要求一并切除时; (4) 如做乳腺腺体全切, 选择的供区组织量不足, 使再造的乳房小于对侧时。本组先按保乳术切除肿瘤, 取得安全创缘后。再根据肿瘤的部位不同, 选择保留腺体部位及所需腺体组织量, 以弥补转移的肌皮瓣组织量的不足, 使之达到满意的乳房外形。故内象限的肿瘤宜保留外侧的腺体, 宜选择横形腹直肌肌皮瓣转移乳房再造; 外象限的肿瘤宜保留内侧的腺体, 选择背阔肌肌皮瓣转移乳房再造。此方法可保留乳房原有的皮肤, 其乳房的形态和色泽没有改变, 切口隐蔽, 皮肤感觉明显好于肌皮瓣皮肤。乳房再造

术伴随着社会的发展而发展, 是社会文明和进步的产物^[2-3]。乳腺癌改良根治术后同时行再造术的生存率与未行再造术者无明显差异^[4], 可使患者在肿瘤治疗安全的同时有一个理想的乳房外形。

参考文献:

- [1] 范志民, 宋东, 王蕾, 等. 保留皮肤的乳腺癌改良根治术后即时乳房及假体重建[J]. 乳腺病杂志, 2006, 4(3): 28-31.
- [2] Foster RD, Esseman LJ, Anthony JP, et al. Skin-sparing mastectomy and immediate breast reconstruction: a prospective cohort study for the treatment of advanced stages of breast carcinoma[J]. Ann Surg Oncol, 2002, 9(5): 462-466.
- [3] 元发芝, 陈君雪, 顾建英, 等. 保留皮肤的乳腺癌根治术后即时乳房及乳头再造[J]. 中华医学美容杂志. 2000, 10(5): 234-236.
- [4] 范先成, 熊立成, 孙海荣, 等. 乳腺切除术同时行乳房再造术11例报告[J]. 中国普通外科杂志, 2005, 14(4): 307-308.

例2女,69岁。因右乳腺无痛性肿物3个月入院。体检:双乳腺形态大小对称,右乳腺外上象限可及一1.5 cm × 1.5 cm × 2.0 cm分叶状肿物,质中等,偏硬,边界清楚,与皮肤无粘连,活动好,无压痛,双腋窝淋巴结未及。乳腺彩超显示右乳腺外上象限实质性占位影像,有少许血流信号。乳腺钼靶检查提示:右乳腺外上象限中等密度分叶状肿物,边缘清,内部分布均匀,无钙化。胸部X线和腹部B超未见异常。经必要术前准备,在局麻下行右乳腺肿物切除术,术中冷冻切片报告:淋巴细胞密集增生,无上皮样结构。术后病理报告:黏膜相关淋巴组织型边缘区B细胞淋巴瘤,免疫组织染色白细胞共同抗原(LCA)和B细胞CD20(+),细胞角蛋白(CK)和上皮膜抗原(EMA)(-),分期为Ie期,行二期右单乳腺切除术。术后行CHOP方案化疗,共6个疗程,并直线加速器放疗1个疗程。随诊第5年复发,全身器官淋巴瘤浸润,全身衰竭死亡。

例3女,52岁。因发现右乳腺无痛性肿物1个月,肿物破溃1周入院。体检:右乳腺外上象限可及一4.5 cm × 4.5 cm大小的肿物,圆形,表面光滑,与皮肤粘连,中央破溃,有少许脓性分泌物,边界清,有压痛,左乳腺正常。右腋下可及3枚肿大淋巴结,质硬,活动好。乳腺彩超显示右乳实质性占位影像,内有少许血流信号。乳腺钼靶检查显示:右乳腺圆形巨大肿块,边界清,无钙化,右腋下可及肿大淋巴结。胸部X线和腹部B超未见异常。入院后经必要术前准备,在局麻下行右单乳腺切除术,术中快速切片提示:右乳腺淋巴瘤可能。术后常规病理示:黏膜相关淋巴组织型边缘区B细胞淋巴瘤,免疫组化细胞角蛋白(CK)、上皮膜抗原(EMA)(-),B细胞CD20(+).术后行CHOP方案化疗6个疗程和放疗1个疗程。2年后复发,全身器官淋巴瘤浸润,全身衰竭死亡。

2 讨论

PBL是发生于淋巴结外,局限于乳腺组织的免疫系统恶性肿瘤。据报道其患病率占同期乳腺恶性肿瘤的0.04%~0.53%,占乳腺肉瘤的10%,占结外恶性淋巴瘤的2.2%^[3],病理类型主要为B细胞来源的非霍奇金淋巴瘤^[4]。

PBL一般见于40岁左右的女性,多为单发,以右乳腺多见,通常表现为生长较快的乳腺无痛性肿块,病期较短,肿块多呈圆形、椭圆形和分叶状,境界清楚,与皮肤无粘连,活动好,质中等,无橘皮样改变,无压痛,无乳头内陷,无乳头溢液;肿物巨大的可突出皮肤表面,皮肤菲薄,血管显露,皮温较高;破溃的肿物可呈菜花状或出现溃疡面,有脓性分泌物,腋下淋巴结有的可肿大,一般无全身症状。

B超乳腺内实性占位,中等密度,有血流信号。钼靶显示乳腺内边缘光滑的中等密度肿块,无明显钙化。近来有人把MRI应用于乳腺肿块的诊断,发现乳腺淋巴瘤的MRI信号在T1加权图像上为中等或中等偏低信号,在T2加权图像上为中等偏高信号,信号质地一般均匀,边界清,有时肿物内坏死信号不均匀。

本病临床诊断有一定难度,临床表现、体检、B超、X线征与乳腺癌、乳腺纤维瘤难鉴别。术中冷冻切片往往不能确诊,只能看到乳腺腺体内有增生的淋巴样细胞,必须依靠常规病理及免疫组化检查才能确诊和分型。病理中非霍奇金淋巴瘤占绝大多数,多为B细胞来源。组织学上淋巴样细胞可排列成串状,类似经典浸润性小叶癌。非霍奇金淋巴瘤镜下所见易与乳腺未分化癌及髓样癌相混淆,免疫组化显示是缺乏上皮细胞的阳性标记,如:细胞角蛋白(CK)、上皮膜抗原(EMA),而B细胞CD20等阳性,临床上主要为弥漫大B细胞淋巴瘤和黏膜相关淋巴组织型边缘区B细胞淋巴瘤两种类型。

1972年Wiseman^[3]提出乳腺原发性淋巴瘤的诊断标准:(1)病理检查材料必须严格符合技术要求;(2)乳腺内淋巴瘤组织必须在乳腺组织内;(3)在乳腺肿瘤发生前,无其他部位的恶性淋巴瘤存在;(4)乳腺恶性淋巴瘤是唯一或最初的原发病变。

PBL的治疗方案目前仍有争议,但应遵循恶性肿瘤综合治疗的原则,采用联合化疗为主加手术、放疗的综合治疗。对于IV期病灶可进行术前化疗。手术以乳腺肿物局部切除为主,肿物较大者行单乳切除。关于化疗方案,笔者首选CHOP方案,一般4~6个疗程,最少坚持4个疗程,同时或化疗后行放疗1个疗程。

文献报道本病5年生存率为50%~83%^[4]。一般认为预后与病程长短、病期早晚、组织学分型、是否运用综合治疗有关。总的来说,乳腺淋巴瘤比乳腺癌预后差,手术方式与预后无关。

参考文献:

- [1] 杨学伟,闫朝岐,杨松林,等.原发性乳腺恶性淋巴瘤1例[J].中国普通外科杂志,2006,15(11):835.
- [2] 薛世平,赵东玲.男性乳房发育并乳腺恶性淋巴瘤1例[J].中国普通外科杂志,2001,10(5):400.
- [3] Babovic N, Jelic S, Javanovic V. Primary non-Hodgkin lymphoma of breast: is it possible to avoid mastectomy? [J]. J Exp Clin Cancer Res, 2000, 19(3):149-154.
- [4] 胡春宏,周立强,刘平.原发性乳腺恶性淋巴瘤(15例报告及文献复习)[J].中国肿瘤临床,2001,28(7):501-503.