

文章编号:1005-6947(2007)11-1132-02

· 临床报道 ·

# 乳腺叶状肿瘤的诊断与治疗:附9例报告

邱云峰<sup>1</sup>, 陈虹<sup>1</sup>, 许海民<sup>1</sup>, 廖芝伟<sup>2</sup>

(1.上海市大场医院 普通外科,上海 200436;2.上海市宝山区仁和医院 普外一科,上海 200431)

**摘要:**回顾分析10年间收治的乳腺叶状肿瘤9例的临床资料。全组术前仅1例确诊,其余均误诊。9例均手术治疗,行肿块局部切除2例,局部扩大切除2例,单纯乳房切除4例,乳腺癌改良根治术1例。9例均获2~10年随访,其中行局部切除1例,术后1年复发,再行乳房单纯切除术,今已6年,未再复发,1例4年死于脑出血;其余7例无复发,无转移。提示:乳腺肿块是该病的首发常见症状,术前诊断困难,明确诊断主要依靠术中冷冻切片检查;手术治疗,多采用局部扩大切除或单纯乳房切除术,预后良好。

[中国普通外科杂志,2007,16(11):1132-1133]

**关键词:** 乳腺肿瘤/诊断; 乳腺肿瘤治疗

**中图分类号:** R 737.9

**文献标识码:** B

乳腺叶状肿瘤(breast phyllodes tumor, BSP)以往曾称为乳腺叶状囊肉瘤,是由腺上皮成分和间叶组织混合组成的一种少见的乳腺肿瘤,只占乳腺肿瘤的1%<sup>[1-2]</sup>。笔者两院自1995年1月—2005年12月共诊治9例,均经病理检查证实,现报告如下。

## 1 临床资料

### 1.1 一般资料

本组病例均为女性,年龄29~63(平均年龄43.5)岁。9例均以乳腺肿块就诊,肿块位于左侧乳房5例,右侧乳房4例;位于外上象限5例,内上象限2例,全乳腺2例。病程2.5个月至11年,平均3.5年。就诊前3个月内肿块明

显增大者6例。肿块均呈半球形,直径为2~12cm,肿块表面静脉怒张者4例,肿块均无破溃,均未侵及皮肤和胸肌筋膜,有2例触及同侧腋下肿大淋巴结。

### 1.2 术前诊断

9例均行B超检查,疑诊为乳腺癌5例,乳腺纤维瘤4例;钼靶X线检查6例,1例提示乳腺叶状肿瘤,2例乳腺癌,3例乳腺纤维瘤。细针穿刺细胞学检查7例,均未查到癌细胞。术前诊断为乳腺叶状肿瘤1例,乳腺纤维瘤3例,巨纤维腺瘤2例,乳腺癌3例。

## 2 治疗及结果

### 2.1 治疗方法

本组患者均在术中进行了快速冷冻切片检查,并均在术中获得了明确诊断而行手术治疗,其中行肿块局部切除2例,局部扩大切除2例,单纯乳房切除4例,乳腺癌改良根治术1例。

**收稿日期:**2007-07-26; **修订日期:**2007-10-09。

**作者简介:**邱云峰,男,黑龙江依安人,上海市大场医院主任医师,主要从事乳腺及甲状腺疾病方面的研究。

**通讯作者:**邱云峰 E-mail:qiuyunfeng1955@sina.com

病史。有报道<sup>[5]</sup>利用二氧化碳激光治疗该病,取得一定的效果。但手术仍是治疗乳管瘘的首选方法,术前及术后必须辅以抗生素治疗。常用的手术方法包括瘘管切开、扩大引流和搔刮术,完整切除瘘管及周围炎性肉芽组织等<sup>[2]</sup>。对于单个瘘或明确瘘口的多发瘘,主张整块切除瘘管和受累的导管<sup>[3-4]</sup>,切口可以一期缝合。有学者<sup>[6]</sup>主张对于病变广泛、瘘管复杂、乳房严重畸形等病例,作皮下乳房切除或全乳房切除。本组采用将与窦道相连的受累导管切开达乳头开口,彻底搔刮,去除炎性带菌组织,并将瘘道及受累导管完整切除的手术方法,32例经充分引流,肉芽组织增生后二期愈合,8例一期愈合。术后随访37例均无复发。此外,本组手术时均同时纠正其乳头内陷或畸形,使乳房外观恢复正常,患者术后十分满意。

## 参考文献:

- [1] Atkins HSB. Mammillary fistula [J]. Br Med J, 1955, 2(11): 1473-1474.
- [2] 葛自新, 尤其邑, 王庆庆, 等. 乳腺导管瘘的外科治疗 [J]. 中国普通外科杂志, 2004, 13(5): 334-336.
- [3] Dixon JM, Thompson AM. Effective surgical treatment for mammary duct fistula [J]. Br J Surg, 1991, 78(10): 1185-1186.
- [4] Khoda J, Lantsberg L, Yegev Y, et al. Management of peri-areolar abscess and mammillary fistula [J]. Surg Gynecol Obstet, 1992, 175(10): 306-308.
- [5] 卢志刚, 马凤藻. 二氧化碳激光治疗乳腺导管瘘28例 [J]. 中华普通外科杂志, 2003, 18(12): 757.
- [6] 李玉珠, 姚其远, 金忱, 等. 非哺乳期复发性乳腺炎的诊断和治疗探讨 [J]. 上海医学, 1994, 17(10): 569.

## 2.2 结果

本组术后未发生并发症,切口均正常愈合,未发生切口感染等。术后病理检查均为叶状肿瘤。本组均获随访,随访时间为2~10年。其中行肿块局部切除的1例手术后1年复发,肿块增长迅速,再次进行乳房单纯切除,二次手术后6年,无复发;1例行乳房单纯切除后4年死于脑出血;其余病例均健在,已分别存活10,7,6.5,5.5,4,2,1.5年。

## 3 讨论

本病在青年和老年妇女均可发生,以中年为最多,男性罕见。是一种病理形态和临床表现上颇具特征的乳腺纤维上皮性肿瘤。1974年我国病理学者倡议良性者称分叶型腺纤维瘤(或巨纤维腺瘤),恶性者称腺纤维肉瘤(分叶囊肉瘤或叶状囊肉瘤)<sup>[3]</sup>。1982年WHO提出本病的组织学分类是“叶状肿瘤”,并分为良性、临界病变和恶性3类。笔者认为这种命名及分类法较为合理,即符合肿瘤的命名原则,又便于统一认识本病。本病病因尚不明确,一般认为与乳腺纤维腺瘤有着相似的发病因素,主要与雌激素分泌和代谢紊乱有关。有报告,其发病率占所有乳腺肿瘤的0.3%~0.9%,其中恶性病例在欧美占2%,日本占10%,国内尚无发病率统计<sup>[4]</sup>。笔者两院统计10年的乳腺肿瘤病例,BSP占1.2%。

本病有较明显的病理特点:(1)BSP是由乳腺的间质细胞异常增生和腺上皮所组成。根据间质细胞丰富、细胞异形和核分裂多少分为良性(属巨纤维腺瘤)、低度恶性和恶性3种<sup>[5]</sup>。按组织学可分为I级(轻度间变),II级(中度间变),III级(重度间变)。是一种临界性或低度恶性肿瘤;(2)多数瘤体巨大,呈结节状,为有包膜和境界清楚的肿瘤,但包膜常不完整,切面呈鱼肉状,内有分叶状裂隙和囊腔。在瘤缘处可见指状新生物外突,侵入临近组织,如切除不够广泛,有较早的引起局部复发的倾向。本组1例行局部切除,术后1年局部复发,而且生长迅速。本病腋淋巴结转移少见,主要经血行转移至肺、骨、肝等处。王洪江等<sup>[4]</sup>报告17例,5年内发生肺转移4例。本组经随访2~10年,无远处转移者。

根据本组病例资料及结合文献报道,BSP有以下临床特点:(1)虽然本病可发生于任何年龄的女性,但中年女性最常见,本组平均年龄43.5岁;(2)起病隐匿,进展缓慢,主要表现为无痛性肿块,病史较长,但一部分患者可表现为短期内迅速增长,本组1例生长11年,但有6例在就诊前3个月增长明显,其中有3例占据大部分乳腺;(3)肿块多为单侧,位于外上象限,本组均为一侧乳腺肿块,有5例位于外上象限;(4)肿块多硬韧,边界清楚,活动度大,呈球形或结节状,有时因肿块巨大可使皮肤变薄、发亮,局部静脉怒张。本组有2例肿块巨大者均有此种表现,但均无乳头内陷或溢液,无皮肤溃破或溃疡,也未与胸壁粘连;(5)易复发性,常在切口处复发,且在短期内生长迅速。本组1例局部切除1年复发,且生长迅速。

本组术前只确诊1例,其余均误诊。本病在青年女性中较难与纤维腺瘤或乳腺癌相鉴别,在老年女性中易误诊为乳腺癌。笔者认为主要是在乳腺肿块的鉴别诊断中要始终想到本病,但更应该熟悉本病的病理特点和临床特点,同时要积极的进行下列检查:(1)穿刺细胞学检查。本组有7例作了此项检查,均未查到癌细胞,对本病的诊断可靠性不大,反易引起误诊。因肿瘤在不同部位其间质细胞增生或异形程度不同,另外囊性肿瘤其瘤细胞多在囊壁上。(2)X线钼靶检查。可见大小不一的病灶,为圆形或椭圆形,可有分叶,边缘光滑,密度均匀,皮下脂肪完整。本组有6例进行了此项检查,只1例提示BSP。(3)B超检查。可见肿物呈分叶状,与周围组织界限清楚,回声分布不均匀,有囊腔及高回声间隔,实质区血供丰富<sup>[6]</sup>;本组均行B超检查,均误诊,其中5例提示乳腺癌,4例乳腺纤维瘤;(4)CT检查。对鉴别良恶性疾病有较高价值<sup>[7]</sup>,本组未进行此项检查。以上检查均无较强的特异性诊断。故主张手术时常规作冷冻切片,在不同部位切取肿瘤组织,作连续切片检查,采用此种方法,本组无1例漏诊。

本病应手术治疗。笔者的经验是:(1)先作乳房肿块的局部切除,然后行术中送冷冻切片检查,如为BSP,肿瘤直径小于2cm者行局部切除即可(本组2例),如肿瘤超过3cm应行局部扩大切除(本组2例),或乳房单纯切除(本组2例);(2)如为低度恶性者可行乳房单纯切除(本组2例)或乳腺癌改良根治术(本组1例)。(3)如肿瘤恶性程度为II级以上并侵犯胸肌筋膜应行乳腺癌根治术;(4)本病对放疗及化疗均不敏感,本组均未进行。

有报道BSP术后5年生存率为80%<sup>[8]</sup>,本组均获随访,其中有2例为低度恶性,治疗效果均佳。

## 参考文献:

- [1] 李彩云,张横. 乳腺叶状囊肉瘤. 实用癌症杂志[J]. 2000,15(5):552-554.
- [2] 王伟峰,冯文清. 乳腺叶状囊肉瘤治疗分析(附6例报告)[J]. 中国普通外科杂志,2001,10(5):470-471.
- [3] 实用肿瘤学编辑委员会. 实用肿瘤学[M]. 第2册. 北京:人民卫生出版社,1979.289-291.
- [4] 王洪江,闫鹏,赵作伟,等. 乳腺叶状囊肉瘤17例诊治分析[J]. 中国医师进修杂志,2006,29(1):38-39.
- [5] Najdu SL. Mammary Cyatosarcoma Phyllodes[J]. Cancer, 1996, 58(12):1402-1402.
- [6] 梁洪彬,刘实. 乳腺叶状囊肉瘤钼靶X线与彩超征象分析[J]. 医学影像学杂志,2003,13(4):241-243.
- [7] 修建军,李传福,刘庆伟,等. 螺旋CT鉴别乳腺良、恶性疾病的价值探讨[J]. 中国现代普通外科进展,2005,8(2):107.
- [8] Soumarova R, Seneklova Z, Norova N, et al. Retrospective analysis of 25 women with malignant cystosarcomaphyllodes - treatment results[J]. Arch Gynecol Obstet, 2004,269(4):278-281.