

文章编号:1005-6947(2005)04-0303-02

· 临床报道 ·

妊娠期哺乳期乳腺癌 12 例临床分析

毛杰, 海健, 刘少华, 唐利立, 申正堂, 鄢玉辉, 欧慧英

(中南大学湘雅医院 乳腺科, 湖南 长沙 410008)

摘要:为探讨妊娠期及哺乳期乳腺癌在诊断和治疗上是否具有特殊性,笔者回顾性分析近5年收治的妊娠哺、乳期乳腺癌12例的临床资料。其中4例妊娠期,8例哺乳期乳腺癌,并与同期收治的普通乳腺癌患者在诊断、病期、治疗方法、5年总生存率等方面进行比较。结果示,5年总生存率为58.33%(7/12),比同期普通乳腺癌5年总生存率74.81%(805/1076)为低,但无统计学意义($P=0.1934$);与相同时间、相同分期和年龄的患者(60.06%,194/323)比较,其生存率也无明显差别($P=1.000$)。提示妊娠、哺乳不是乳腺癌的独立的预后不良指标。多数患者就诊时病期偏晚,是预后比普通女性乳腺癌差的主要原因。

关键词:乳腺肿瘤/诊断;乳腺肿瘤/治疗;妊娠,哺乳期
中图分类号:R737.9;R714.1 **文献标识码:**B

妊娠期和哺乳期乳腺癌是一种特殊类型的乳腺癌。由于哺乳期乳腺癌患者内分泌的变化及其对肿瘤产生的影响与妊娠期乳腺癌相似,故常将二者统称为妊娠期乳腺癌。其诊断标准为妊娠期、哺乳期或产后1年内确诊的原发性乳腺癌^[1]。虽然乳腺癌是最常见的妊娠合并恶性肿瘤之一,但其绝对患病率很低,其中约半数诊断于哺乳期。国内、外学者对其治疗和预后一直存在着不同的观点。如何进行早期诊断和选择正确的治疗方法仍然是临床面临的重要课题之一。我科于1995~2000年共收治妊娠哺乳期乳腺癌12例,现将诊治情况报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

本组患者年龄为26~45(平均33.8)岁。其中4例为妊娠期乳腺癌,8例为哺乳期乳腺癌。临床表现为无痛性肿块,大小4~8cm;均无感染征象。左侧7例,右侧5例。2例患者就诊时扪及同侧锁骨上肿大淋巴结。从发现肿块至确诊的时间1~8个月,平均4个月。均经病理诊断为浸润性乳腺癌。术后病理证实腋窝淋巴结阴性2例,1~3个淋巴结转移5例,4个以上淋巴结转移5例。雌激素受体(ER)(+),孕激素受体(PR)(+)1例;ER(-)、PR(+)

1例;ER(-)PR(-)10例。临床分期Ⅱ期7例,Ⅲ期5例。早期妊娠2例均为Ⅱa期;中期妊娠1例为Ⅱb期;晚期妊娠1例为Ⅲ期;哺乳期8例,其中Ⅱb期4例,Ⅲ期4例。

1.2 治疗方法

2例(Ⅱa期)早期妊娠患者,1例(Ⅱb期)中期妊娠患者,经穿刺及活检确诊后,要求中止妊娠行改良根治术等综合治疗;1例(Ⅲ期)晚期妊娠患者提前分娩后行改良根治术等综合治疗。哺乳期乳腺癌患者均立即停止哺乳,行改良根治术及其他综合治疗;综合治疗包括6周期CAF(环磷酰胺+阿霉素+5氟尿嘧啶)或TAC(泰素+阿霉素+环磷酰胺)方案化疗,放疗,受体阳性者分娩后行三苯氧胺(TAM)内分泌治疗。

1.3 统计学处理

组间率的比较采用Fisher确切概率法。 $P<0.05$ 为差异有显著性差异。应用SPSS11.0软件对数据资料进行统计学处理。

2 结果

本组无手术死亡。12例术后均随访至2004年12月,随访时间为3~9年,中位时间为60个月。7例生存的患者中,3例存活>5年,4例存活>6年,其中2例腋淋巴结阴性患者已分别存活7年和9年。死亡5例,分别于术后35、37、39、40个月肿瘤转移,1例术后46个月失访按死亡计算。5年总生存率为58.33%(7/12),比我院同期非妊娠期乳腺癌5年总生存率74.81%(805/1076)为低,但其差别无统计学意义($P=0.1934$);与相同时间、相同分

收稿日期:2005-01-31; 修订日期:2005-02-28。
作者简介:毛杰(1958-),男,湖南长沙人,中南大学湘雅医院副教授,主要从事乳腺癌防治方面的研究。
通讯作者:毛杰 电话:0731-4327035(O), 0731-4910566(H), 13873151166(手机); E-mail:maojie1166@sina.com。

期和年龄的非妊娠期乳腺癌患者(60.06%,194/323)比较,其生存率也无统计学差异($P=1.000$)。

3 讨论

妊娠期乳腺癌是一种特殊类型的乳腺癌,国外报道本病占有妊娠期妇女的1/3 000~1/10 000,占有乳腺癌的2.8%^[2];国内统计约占1%~8%^[3]。本文12例约占同期乳腺癌的1.12%(12/1 076)。乳腺癌的发病年龄在30岁以下较少,以后逐步上升,45~50岁成为高峰,再逐步下降。而妊娠哺乳期乳腺癌的平均发病年龄约为35岁,本组为26~45岁,平均33.8岁。

妊娠期乳腺的生理发生很大的变化。由于妊娠哺乳期乳房肥大,乳腺肿瘤易被掩盖^[4],其症状和体征常被临床医生忽视而延误了诊断。本组中多数患者就诊时病期偏晚,是预后比普通女性乳腺癌差的主要原因;但与相同年龄和病期的患者相比,两者5年总生存率并无显著差别($P=1.000$)。通常妊娠期乳腺癌自发现肿块至确诊约需5~13个月^[5]。妊娠期乳癌细针穿刺检查准确性低,难以做到早期诊断^[6]。乳腺X线检查常不被推荐,因为妊娠期乳腺组织密度高,X线检查较困难^[7],同时X线对妊娠中、晚期胎儿有不良影响。本组12例从发现肿块到确诊在1~8个月。妊娠期妇女应在妊娠全过程中应接受常规的乳腺检查;一旦发现可疑肿块,可行B超、活检等手段诊断,并严密观察。

妊娠期乳腺癌患者是否需要中止妊娠,目前仍有争论。过去认为妊娠本身刺激了肿瘤的生长,治疗性终止妊娠在妊娠期乳腺癌的治疗中是很重要的一部分。近年研究发现,治疗性终止妊娠并不能改善预后,甚至反而对预后不利^[8]。张杰等^[3]在对妊娠哺乳期乳腺癌进行配对研究时,通过多因素分析,未能证实妊娠哺乳是独立的预后不良指标。本组12例中只有4例妊娠期乳腺癌,2例IIa期早期妊娠、1例IIb期中期妊娠患者,在中止妊娠后行改良根治术,术后生存均超过5年;1例(III期)晚期妊娠患者提前分娩后行改良根治术等综合治疗,37个月死于肝转移。因例数不多,还有待积累资料作进一步临床分析。

妊娠期及哺乳期乳腺癌的治疗方法无异于普通乳腺癌,对于未侵犯胸大肌的患者应首选改良根治术。根治术与改良根治术患者生存率相同,且前者手术损伤大,并发症

多,不宜首选,只有在肿瘤侵犯胸大肌时才采用。对早期妊娠期乳腺癌患者行保乳根治术也是可行的^[9]。现代医学技术多能保证手术安全,因手术发生自发性流产、早产和其他意外的可能性很小。是否终止妊娠和行辅助放疗、化疗或内分泌治疗,应根据患者具体情况而定。由于放疗对胎儿有影响^[7],应推迟到分娩后进行,但开始治疗的时间不应迟于术后3个月^[1]。对于化疗,大多数的回顾性研究表明:妊娠早期不宜化疗,而妊娠中晚期化疗是相对安全的^[1]。本研究显示妊娠哺乳期乳腺癌患者雌、孕激素受体阳性率低(16.67%),且内分泌药物有明显的致畸性^[9],在妊娠早期应避免使用TAM。

参考文献:

- [1] Puckridge PJ, Saunders CM, Ives AD, *et al.* Breast cancer and pregnancy: a diagnostic and management dilemma [J]. ANZ J Surg, 2003, 73(7): 500-503.
- [2] Petrek J, Seltzer V. Breast cancer in pregnant and postpartum women [J]. J Obstet Gynaecol Can, 2003, 25(11): 944-950.
- [3] 张杰,费菲,邵志敏,等. 妊娠哺乳期乳腺癌的配对资料分析[J]. 上海医学,2003,26(2):124-126.
- [4] Moore HC, Foster RS Jr. Breast cancer and pregnancy [J]. Semin Oncol, 2000, 27(4): 646-653.
- [5] Innes KE, Byers TE. First pregnancy characteristics and subsequent breast cancer risk among young women [J]. Int J Cancer, 2004, 112(2): 306-311.
- [6] 朱思伟. 哺乳期乳癌的诊治(附7例报告) [J]. 中国普通外科杂志,2001,10(5):467-468.
- [7] Chen J, Lee RJ, Tsodikov A, *et al.* Does radiotherapy around the time of pregnancy for Hodgkin's disease modify the risk of breast cancer? [J]. Int J Radiat Oncol Biol Phys, 2004, 58(5): 1474-1479.
- [8] Tonetti DA. Prevention of breast cancer by recapitulation of pregnancy hormone levels [J]. Breast Cancer Res, 2004, 6(1): 31-37.
- [9] 陈佳艺,林原. 妊娠期乳腺癌9例的诊断和综合治疗 [J]. 中国癌症杂志,2001,11(5):453-455.