

文章编号:1005-6947(2005)04-0305-02

· 临床报道 ·

# 乳腺肉瘤 11 例临床分析

吴伟

(安徽省铜陵市人民医院 普外一科, 安徽 铜陵 244000)

**摘要:**为探讨乳腺肉瘤的临床特点 and 治疗方法,笔者对 11 年间收治的 11 例乳腺肉瘤患者的临床资料进行回顾性分析。11 例中叶状囊肉瘤 4 例,间质肉瘤 2 例,血管肉瘤 2 例,纤维肉瘤 1 例,癌肉瘤 1 例,恶性淋巴瘤 1 例。对其中的 1 例癌肉瘤和 1 例瘤体大且浸润胸大肌筋膜的叶状囊肉瘤行 Halasted 根治术,其余行全乳切除术。随访 11 个月至 10 年,1 例叶状囊肉瘤患者死于车祸,2 例血管肉瘤患者分别于术后 26 个月和 34 个月死于肺转移和骨转移,其余患者已生存 11 个月至 10 年未复发。提示乳腺肉瘤一般行全乳切除术即可,但乳腺癌肉瘤和恶性淋巴瘤可发生淋巴转移,应行根治术或改良根治术,术后加放疗、化疗。在乳腺肉瘤中,以血管肉瘤恶性程度最高。

**关键词:**乳腺肿瘤/诊断;肉瘤/诊断;预后

**中图分类号:**R737.9;R730.262 **文献标识码:**B

乳腺肉瘤是发生于乳腺间叶组织的恶性肿瘤,临床上比较少见。我院 1993~2004 年共收治乳腺肉瘤 11 例,占同期乳腺恶性肿瘤的 2.1%(11/517)。本文就乳腺肉瘤的临床诊断、治疗及预后进行分析。

## 1 临床资料

### 1.1 一般资料

本组均为女性,年龄 26~71(平均 42 岁)。病史最长 16 年,最短为半个月。

### 1.2 临床表现及辅助检查

患者均因发现乳腺肿块就诊。初诊时肿块最小为 2 cm,最大 23 cm。就诊原因:5 例因乳腺肿块突然增大,2 例有乳腺胀痛不适,4 例因乳腺肿块术后复发,4 例中 2 例在诊断为乳腺叶状囊肉瘤之前在患处有手术史,以往的病理报告为乳腺纤维瘤或巨纤维瘤。肿块位于右侧 4 例,左侧 7 例,局限在一个象限内 3 例,累及 2 个象限 4 例,累及 3 个象限 3 例,累及全乳 1 例。肿块边缘均清晰,1 例肿块表面皮肤轻度红肿。1 例在同侧腋窝可触及淋巴结肿大,术后证实为肿瘤转移。7 例术前进行彩超检查均提示乳腺实质性肿块,3 例提示有包膜但不完整,2 例提示肿块中心有坏死区。CT 检查 3 例,有 2 例提示肉瘤可能。

## 2 治疗及结果

**收稿日期:**2005-01-27; **修订日期:**2005-03-15。

**作者简介:**吴伟(1956-),男,安徽合肥人,安徽省铜陵市人民医院副主任医师,主要从事普外肿瘤方面的研究。

**通讯作者:**吴伟 电话:0562-5838304(O), 0562-2617283(H), 13955912800(手机); E-mail:wuwei2617283@yahoo.com.cn。

### 2.1 治疗方法

11 例均先行肿块切除,其中 6 例术中行冷冻切片检查,结果 4 例确诊,1 例叶状囊肉瘤和 1 例纤维肉瘤误诊为乳腺纤维瘤,后被石蜡切片确诊再次手术;另 5 例术前石蜡切片确诊。1 例叶状囊肉瘤因瘤体大浸润到胸大肌筋膜和 1 例癌肉瘤有同侧腋窝淋巴结转移行 Halasted 根治术,其余 9 例行全乳房切除术。1 例癌肉瘤和 1 例恶性淋巴瘤术后分别行化疗加放疗。

### 2.2 病理检查结果

术后石蜡切片病理报告叶状囊肉瘤 4 例,间质肉瘤 2 例,血管肉瘤 2 例,癌肉瘤 1 例,恶性淋巴瘤 1 例,纤维肉瘤 1 例。

### 2.3 治疗结果

本组无手术死亡。术后 11 例均获随访,随访 11 个月至 10 年。1 例叶状囊肉瘤于术后 18 个月死于车祸;2 例血管肉瘤分别于术后 26 个月和 34 个月死于肺转移和骨转移;1 例恶性淋巴瘤于术后 28 个月同侧腋窝淋巴结转移再次行腋窝淋巴清扫术,目前健在已 23 个月;其余患者已生存 11 个月至 10 年未见肿瘤复发。

## 3 讨论

乳腺肉瘤约占乳腺恶性肿瘤的 0.5%~3%<sup>[1]</sup>,男性罕见。其发生年龄较早于乳腺癌,国外报道发病平均年龄在 49~51 岁<sup>[2]</sup>,国内报告发病年龄较国外早;蔡建强等<sup>[3]</sup>报道 39.5 岁,本组为 42 岁。多以无痛性肿块就诊。肿块生长迅速,体积多巨大须与巨纤维瘤相鉴别。转移途径以

血行播散为主,淋巴转移少见。因乳腺肉瘤种类繁多,生物行为各异,临床表现及病程长短差别很大,很难有一个良好统一的治疗方案。笔者仅就几种主要和特别的乳腺肉瘤分述如下。

(1) 乳腺叶状囊肉瘤 (Cystosarcoma phyllodes, CP): CP 由 Johanes Muller 于 1838 年首先报道,因肿瘤剖面呈鱼肉状,内含囊泡,且见叶状裂隙而得名。当时认为此瘤为良性<sup>[4]</sup>,在认识到其可发生转移以后才提出恶性乳腺叶状囊肉瘤的称谓,后有人注意到此瘤仅有局部复发,不发生转移,故又提出交界性乳腺叶状囊肉瘤一词。为了统一认识,1981 年世界卫生组织制定的乳腺肿瘤分类推荐了叶状肿瘤的命名,区分为良性、交界性、恶性三种类型,确认了良性型的存在。CP 是乳腺肉瘤中最为常见的一种,可发生于任何年龄,但以中年女性多见。发病原因尚不清楚,国内外多数文献报道与种族、年龄、卫生习惯、生育授乳、内分泌变化等因素有关。有人认为 CP 发病与乳腺纤维瘤有关,甚至认为 CP 可能原本即起源于纤维瘤,其依据是有相当一部分 CP 患者曾患乳腺纤维瘤<sup>[5]</sup>,本组有 2 例在确诊为 CP 之前在同一患处曾切除乳腺纤维瘤。基于此,笔者认为对于乳腺纤维瘤,尤其对复发的巨纤维瘤患者进行包括腺瘤在内及周围一定范围内的正常乳腺组织一并切除,以预防 CP 的发生。CP 的治疗主张手术。但对手术切除的范围意见不一。马淑资<sup>[6]</sup>报道肿瘤局部切除的患者有近半数复发。有人认为应根据病理组织学恶性度分级决定手术方案:高度恶性者行全乳切除术,低度恶性且肿块小于 5cm 者可行乳腺区段切除术<sup>[7]</sup>。本组有 1 例肿块长径 23cm 且浸润至胸大肌筋膜行 Halasted 根治术,其余 3 例行全乳切除术。主要因 4 例患者年龄都大于 40 岁,又都居住农村偏远地区,恐后续治疗跟不上。该 4 例中除 1 例死于车祸外,其余 3 例均已分别生存 1,5,10 年,治疗效果满意。本病对化疗和放疗不敏感,很少采用。

(2) 乳腺恶性淋巴瘤 (Primary breast lymphoma, PBL): PBL 是一种发生在结节外的恶性淋巴瘤,临床罕见。文献报道 PBL 占结节外恶性淋巴结瘤的 2.2%,占同期乳腺恶性肿瘤的 0.04%~0.5%<sup>[8]</sup>。多数学者认为 PBL 的发生与乳腺导管周围和乳腺小叶内淋巴组织瘤样增生、恶变有关。也有认为其来源于血管外皮幼稚的未分化的间叶细胞<sup>[9]</sup>,它们在抗原刺激下发生基因突变,即可能形成黏膜相关淋巴组织型 (MALT) 淋巴瘤<sup>[10]</sup>。有人发现,发生在乳腺的 MALT 淋巴瘤常在相当时间内只在原部位复发或累及其他具有黏膜相关淋巴组织的部位,在较长时间内亦不播散到前哨淋巴结<sup>[10,11]</sup>。对 BPL 的治疗方法意见不一。大多数学者不主张行乳腺根治加腋窝淋巴结清扫术,因为这种手

术与单纯肿块摘除加放疗化疗的结果无明显差异,不但未能提高生存率反而增加了患者的创伤,延误了术后放化疗的时间<sup>[9]</sup>。本组有 1 例 BPL 行全乳房切除术加放疗和化疗,术后 28 个月同侧腋窝淋巴结复发,再次行腋窝淋巴结清扫术,再次术后已 23 个月未发现复发。

(3) 乳腺癌肉瘤:文献报道乳腺癌肉瘤约占乳腺肉瘤的 13.7%<sup>[3]</sup>。由于其具有癌和肉瘤两种成分,血液和/或淋巴结均可发生转移。因此本病一旦确诊应按乳腺癌进行综合治疗。本组 1 例行 Halasted 根治术加放疗和化疗,已存活 6 年未见复发。

(4) 乳腺其他肉瘤:乳腺纤维肉瘤和间质肉瘤。是临床上较为常见的乳腺肉瘤,其发生率仅次于叶状囊肉瘤,一般肿块不大,生物学行为亦较好,手术效果比较理想,术后一般不需要化疗和放疗。本组 1 例纤维肉瘤和 2 例间质肉瘤行全乳房切除术,术后未作放疗和化疗,现已分别生存 2,4,7 年未见复发。血管肉瘤本组有 2 例。行全乳切除术,未作放疗和化疗,术后分别死于远处转移,本组资料提示乳腺血管肉瘤在所有的乳腺肉瘤中恶性程度最高,可能与肿瘤起源于血管易发生血行转移有关,应引起重视。

## 参考文献:

- [1] 曹月敏,王佩国. 乳腺外科学 [M]: 河北科技出版社, 1991. 352-363.
- [2] Barnes L, Pietroszka M. Sarcoma of the breast [J]. Cancer, 1977, 40(): 1577.
- [3] 蔡建强,邵永孚,余宏超. 29 例乳腺肉瘤临床治疗分析 [J]. 中华外科杂志, 1997, 35(10): 589-591.
- [4] Rosen PP. Rosen's Breast Pathology [J]. New York: Lippincott-Raven, 1996. 155-172.
- [5] 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): 367-369.
- [6] 马淑资,惠锐,刘红,等. 乳腺叶状囊肉瘤的诊断与治疗 [J]. 中国肿瘤临床, 1994, 21: 679-681.
- [7] 辛智芳,王志惠,姚曙光. 乳腺肉瘤 34 例分析 [J]. 中国肿瘤临床, 2002, 29(12): 877-879.
- [8] Vianello F, Sgarabotto D, Stefani PM, et al. Primary breast lymphoma [J]. Forum Genova, 1998, 8(2): 188-195.
- [9] Sakurai S, Nakajima T, Oyama T, et al. Anaplastic large cell lymphoma with histiocytic phenotypes [J]. Acta Pathol Jpn, 1993, 43(1): 142-147.
- [10] Edi B, Naney LH. Lymphoma of the breast: Pathology and clinical behavior [J]. Seminars in Oncology, 1999, 26(3): 357-364.
- [11] Burke JS. Are there site-specific differences among the MALT lymphomas - morphologic, clinical [J]. Am J Clin Pathol, 1999, 111(Suppl 1): 133-143.