

乳腺叶状肿瘤 33 例诊治分析

Diagnosis and Treatment in 33 Cases with Mammary Phyllodes Tumor

YE Yong-bin, XIE Shang-nao, CHEN You-fa

叶勇斌¹, 谢尚闹², 陈友法¹

(1. 杭州市余杭区第三人民医院, 浙江 杭州 311115;

2. 浙江省肿瘤医院, 浙江 杭州 310022)

摘要: [目的] 探讨乳腺叶状肿瘤的临床表现、诊治方法及预后情况。[方法] 回顾分析 33 例经手术后病理证实为乳腺叶状肿瘤患者的临床治疗情况。[结果] 乳腺叶状肿瘤 33 例中良性 23 例, 交界性 8 例, 恶性 2 例。20 例行局部切除术, 11 例行局部扩大切除术, 2 例行乳房单纯切除术。术后随访 18 例, 随访时间 8~74 个月, 2 例复发, 无死亡病例。[结论] 乳腺叶状肿瘤生物学行为较难测定, 应结合肿块大小及病理类型选择局部扩大切除或单纯乳腺切除。

关键词: 乳腺肿瘤; 叶状肿瘤; 诊断; 外科手术

中图分类号: R737.9 **文献标识码:** B

文章编号: 1671-170X(2013)04-0319-02

乳腺叶状肿瘤 (phyllodes tumors, PT) 是一组类似于纤维腺瘤, 由纤维、上皮两种成分构成的乳腺肿瘤, 有良性、交界性和恶性之分。以往乳腺 PT 被认为是一种少见的乳腺肿瘤。近几十年来, 随着全球乳腺肿瘤发病率的升高, PT 的病例数也在增多。目前, 对于乳腺 PT 的认识还不十分清楚, 其生物学特性及与临床表现、诊断、治疗以及预后的研究一直备受关注。本文对 33 例乳腺 PT 患者的临床及病理资料进行回顾性分析, 以期提高对该肿瘤的认识。

1 资料与方法

1.1 一般资料

收集 2001 年 3 月~2012 年 10 月, 杭州市余杭区第三人民医院经手术病理证实为乳腺 PT 的病例 33 例, 患者均为女性, 年龄 21~60 岁, 平均 40.2 岁; 所有病例均表现为无痛性乳房肿块, 部分伴有近期缓慢增大, 5 例伴有疼痛。发现肿块到就诊时间为 1 周至 10 余年。其中左乳 19 例, 右乳 14 例, 20 例为乳腺单发肿块, 13 例伴有同侧或对侧乳腺纤维腺瘤。肿块最大径 1.0~18.0cm, 平均 3.6cm。所有患者的肿块触之可活动, 未发现与皮肤及胸肌粘连, 无皮肤破溃、乳头溢液。乳腺 B 超均表现为低回声团块, 部分肿块呈融合状, 边界可见。

1.2 手术方法

33 例患者均行外科手术治疗。20 例肿瘤较小、境界清楚的良性患者行局部扩大切除术, 切除范围距肿块边缘 >1.0cm, 11 例行局部扩大切除术 (良性 3 例, 交界性 8 例), 切除范围距肿块 >3.0cm。2 例恶性患者行单纯乳房切除术。术中快速冰冻切片病理诊断为纤维腺瘤伴分叶状结构 9 例, 纤维上皮

性肿瘤, 不除外叶状肿瘤 14 例, 叶状肿瘤性质难定 9 例, 1 例诊断为梭形细胞肉瘤。

2 结果

术后病理结果显示乳腺良性 PT 23 例, 交界性 8 例, 恶性 2 例。33 例患者中 18 例获得随访, 随访时间 4~74 个月。1 例患者肿块最大径 3.5cm, 行局部扩大切除术 (无瘤边缘 >1.0cm), 病理诊断为良性 PT, 术后 2 年复发, 再次行局部扩大大部分乳腺切除 (无瘤边缘 >3.0cm) 术后随访 1 年半未复发。1 例 48 岁患者 10 年前曾有纤维腺瘤手术史, 此次就诊肿块最大径 5.0cm, 行局部扩大切除术 (无瘤边缘 >3.0cm), 术后病理诊断为交界性 PT, 术后 14 个月复发, 再次行局部乳腺扩大切除术, 随访 8 个月未复发。2 例恶性 PT 行单纯乳房切除术后, 1 例随访 20 个月, 另 1 例随访 4 个月均无复发。所有患者未行化疗。无死亡病例。

3 讨论

乳腺 PT 由于大体可见漩涡状结构并伴有叶状弯曲的裂隙而得名。它是一种临床和病理学上颇具特征的肿瘤, 由良性上皮和富含细胞的间质成分组成, 其间质成分是该瘤的主质成分, 决定着肿瘤良、恶性和分化程度。过去此病曾被称为“叶状囊肉瘤”, 由于大部分 PT 生物学行为是良性, WHO (1981) 分类将其更改为“叶状肿瘤”这一中性名词并沿用至今。

PT 发病率具有种族差异。在西方国家, PT 占乳腺原发肿瘤的 0.3%~1.0%, 平均发病年龄 40~50 岁, 亚洲女性发病率较西方国家高, 且发病年龄较轻 (平均 25~30 岁)^[1], 但青春期至老年均可发生。病人通常表现为单侧、质硬、无痛性乳腺包块, 与皮肤不粘连, 双侧发病概率相当。乳腺 PT 通常较纤维腺瘤大, 平均大小为 4.0~5.0cm, 本组中肿瘤最大者直径达 18.0cm。由于乳腺影像扫描的应用, 越来越多地查出 2.0~3.0cm 大小的 PT, 因此初诊时不能凭肿块大小排除 PT 的可能性。患者病程一般较长, 本组 33 例患者中 19 例病程在半年以上并自觉肿块逐渐增大, 其中 9 例短期内肿块明显增大。因此我们认为长期存在的乳腺包块短期内迅速增大这一特点对于临床诊断乳腺 PT 具有一定的提示作用。

收稿日期: 2012-12-27

目前病理学上将 PT 分为良性、交界性和恶性。分级基础是依据间质细胞密度、细胞多形性、核分裂活性、肿瘤边缘情况及间质的分布。虽然这些形态学参数与 PT 的生物学行为相关,但尚无特征性的表现和分级方案能准确预测 PT 的发展变化,现行的诊断方法也不能确切给出 PT 复发和转移的信息。所有 PT 中良性约 70%,然而组织学诊断与其临床生物学行为并不完全吻合^[2],表现为良性和恶性 PT 均可复发,复发可以是原发肿瘤的特征,或者显示去分化的特点。本组 2 例复发病例中,1 例术后诊断为良性 PT,复发后为交界性 PT,另 1 例交界性 PT,复发后病理诊断仍呈交界性改变。该病的诊断主要依靠术后病理检查。术中快速冰冻切片检查中部分良性 PT 有时与纤维腺瘤难以区分,同时肉瘤成分可能误诊为软组织肉瘤或化生性癌,从而导致过度治疗,所以术中快速冰冻切片检查的结果需斟酌。影像学表现不能提供 PT 良、恶性及与纤维腺瘤的鉴别诊断。

手术切除是乳腺 PT 的主要治疗方法,但目前面临的治疗难题是术式选择和防止复发转移。良性 PT 边界通常清楚,但有时可能有非常小的瘤组织突起伸入周围组织。这种情况可能在外科切除时被遗漏,成为局部复发的根源,因此肿瘤切除充分成为预防复发的关键。Jang 等^[3]认为乳腺 PT 复发的主要原因包括手术切除时边缘是否干净以及肿瘤的大小。所以首次手术选择的术式异常重要。随着对 PT 认识的加深,保证手术切缘阴性的局部扩大切除术成为临床治疗乳腺 PT 的首选方案,但无瘤切缘的范围尚无明确定论,目前多数采用 1.0~3.0cm 作为安全范围^[4]。恶性 PT 多推荐乳房单纯切除术。结合本组病例的治疗及随访,我们认为应结合肿块大小及病理类型选择合理有效的治疗方案:①对于肿块小于 3.0cm 的境界清楚的良性 PT,可采用肿块及周围乳腺切除术,无瘤边缘保证在 1.0cm 以上。②肿块大于 3.0cm 的 PT 及交界性病变应适当扩大切除范围,保证无瘤边缘在 3.0cm 以上。③恶性 PT 应行乳腺单纯切除术。④局部复发者根据肿瘤分化程度,可再次选择局部扩大切除或乳腺单纯切除。Sakurai 等^[5]认为即使初次手术切缘阴性的良性 PT 也存在复发的可能,应定期随访,所以我们认为所有患者术后定期随访都是必要

的。由于恶性 PT 很少出现淋巴结转移,故不建议对腋窝淋巴结行清扫,本组 1 例恶性患者行单纯乳腺切除术后随访 20 个月尚未复发。最近有学者提出恶性 PT 有一个恶性程度上的跨度,建议病理医师应报告低度/高度恶性,因为不同的恶性程度与治疗方式的选择及预后密切相关^[6]。放、化疗对于乳腺 PT 术后治疗效果不明确,但对于无法手术的复发转移灶可能起到延长生命的作用^[4,7]。

参考文献:

- [1] Tavassoli FA, Dvilee P. WHO classification of tumors. Pathology and genetics: tumors of the breast and female genital organs[M]. Lyon: IARC Press, 2003. 10.
- [2] Lin M, Wang TZ, Chen YF, et al. Diagnosis and treatment for 32 cases of breast phyllodes tumor[J]. The Journal of Practical Medicine, 2007, 23(12): 1864-1865. [林苗, 王通舟, 陈勇峰, 等. 乳腺分叶状肿瘤 32 例的诊断与治疗[J]. 实用医学杂志, 2007, 23(12): 1864-1865.]
- [3] Jang JH, Choi MY, Lee SK, et al. Clinicopathologic risk factors for the local recurrence of phyllodes tumors of the breast[J]. Ann Surg Oncol, 2012, 19(8): 2612-2617.
- [4] Ji HY. Research advance in pathology of breast phyllodes tumor[J]. The Journal of Medical Theory and Practice, 2011, 24(21): 2555-2556. [纪洪媛. 乳腺叶状肿瘤病理研究进展[J]. 医学理论与实践, 2011, 24(21): 2555-2556.]
- [5] Sakurai K, Enomoto K, Amano S. Long-term results of surgical therapy for phyllodes tumor of the breast [J]. Gan To Kagaku Ryoho, 2010, 37(12): 2784-2785.
- [6] Niu Y. Recent advances in immunophenotype of breast phyllodes tumors[J]. Chinese Journal of Diagnostic pathology, 2010, 17(1): 7-10. [牛昀. 乳腺叶状肿瘤免疫表型的研究进展[J]. 诊断病理学杂志, 2010, 17(1): 7-10.]
- [7] Khosravi-Shahi P. Management of non metastatic phyllodes tumors of the breast: review of the literature[J]. Surg Oncol, 2011, 20(4): 143-148.

2013 中国肿瘤专科管理论坛预告

由《中国医院院长》杂志社、中国抗癌协会肿瘤医院(研究所)管理专业委员会、中国医院协会肿瘤分会、浙江省肿瘤医院和《中国肿瘤》杂志社联合举办的 2013 中国肿瘤专科管理论坛将于 2013 年 7 月 26 日~28 日在浙江绍兴召开。会务组联系方式:

地址: 杭州市拱墅区半山桥广济路 38 号(310022)

联系人: 夏庆民(13757142507, 0571-88122556)

刘念(13735889701, 0571-88122280)

电子邮箱: tony_588588@163.com

地址: 北京市西城区西环广场 A 座 17-18 层(100044)

联系人: 仲颖(13910558335, 010-58302828 转 6635)

张国鹏(13699270065, 010-58302828 转 6639)

电子邮箱: zgp0006@126.com