

• 病例报道 •

乳腺纤维腺瘤伴多形性小叶原位癌一例

张利静, 杨光

【关键词】 乳腺肿瘤; 纤维腺瘤; 体层摄影术, X 线计算机; 乳房摄影术

【中图分类号】 R814.42; R814.41; R737.9 【文献标志码】 D 【文章编号】 1000-0313(2020)12-1645-02

DOI:10.13609/j.cnki.1000-0313.2020.12.030

开放科学(资源服务)标识码(OSID):



病例资料 患者,女,51岁,间断发热1月余、左侧胸痛10余天,在当地医院行胸部CT检查发现右乳结节,建议进一步检查,即来本院。自诉发现乳腺肿块20余年,未经诊治,肿块较前缩小。无乳腺癌家族史。触诊:右乳内上象限触及一大小约2 cm×2 cm的肿块,质硬,边界不清,表面不规整,活动度良好,与皮肤、胸肌无粘连;左乳未触及明确肿块;双腋下及双侧锁骨上方未触及肿大淋巴结。

超声检查:右乳内上象限约1点钟方向可见一低回声结节,形态欠规则,大小约1.9 cm×1.5 cm×1.3 cm,其内可见多发钙化,部分边界不清;CDFI示结节内部和周边可见血流信号(图1)。超声诊断:右乳腺体层低回声结节伴钙化(BI-RADS 4c类)。钼靶X线示右乳头深面偏内上象限有一稍高密度、浅分叶状肿块,大部分边界较清楚,其内密度不均匀,可见多发成簇的粗大钙化,病变大小约1.8 cm×1.6 cm(图2)。X线诊断:右侧乳腺肿块伴粗大钙化(BI-RADS 4a类)。CT示右乳内上象限有一软组织密度类圆形肿块,大小约1.7 cm×1.6 cm,边界清楚,其内可见点状钙化(图3),增强扫描呈轻度不均匀强化。CT诊断:右乳内上象限肿块,考虑为良性病变。

患者局麻后在超声引导下经皮穿刺活检术,病理检查提示乳腺导管上皮细胞有异形增生,建议进行免疫组化检查。随后行右乳肿块切除术,术后病理检查:切开乳腺组织可见一大小约1.7 cm×1.5 cm×1.2 cm的肿块,包膜完整,切面呈灰白质、稍硬;镜下示腺管内可见肿瘤细胞,疏松、黏附性差,充满小叶内且使得小叶肿胀;胞质相对丰富,核仁明显,核膜不规则;可见双核细胞(图4)。免疫结果:AE1/AE3(+),ER(15%强阳性),PR(0%阳性),HER2(3+),Ki67(阳性细胞数20%),CK5/6(完整),Calponin(完整),P63(完整),P120(胞质+),E-cadherin(-)。根据免

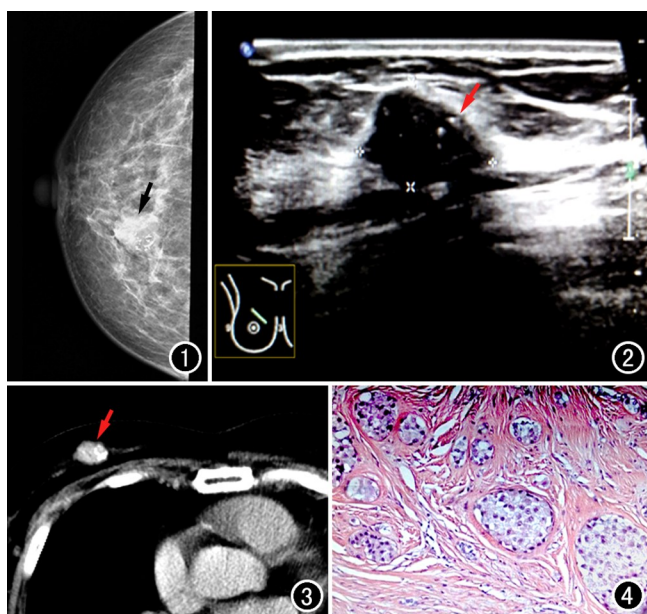


图1 钼靶X线CC位片,显示右乳内象限有一稍高密度、浅分叶状肿块(箭),其内有多发成簇粗大钙化,大部分边界清楚。图2 超声显示乳腺内低回声结节(箭)伴多发粗大钙化,结节形态欠规则,部分边界不清。图3 CT平扫示右乳有类圆形软组织密度肿块(箭)伴点状、条状钙化,边界清楚。图4 病理片镜下示腺管内可见肿瘤细胞,排列疏松,黏附性差,充满小叶内且使得小叶肿胀,胞质相对丰富,核仁明显,核膜不规则,可见双核细胞。

疫组化结果,病理诊断:符合乳腺纤维腺瘤伴多形性小叶原位癌。

讨论 乳腺纤维腺瘤(fibroadenoma, FA)是一种常见的良性肿瘤,根据成分不同可分为纤维腺瘤和腺纤维瘤,可单发、亦可多发,多见于青年女性,且多系偶然发现,患者一般无自觉症状。本病的发病机制不明,可能与雌激素升高、内分泌紊乱等因素有关。病程一般较长,多数病变缓慢增大或长时间无明显变化。通常情况下肿瘤边界清楚,触诊活动度良好,不伴有淋巴结肿大。纤维腺瘤可以发生恶变,但总体来说,纤维腺瘤的恶变率很低,仅为0.12%~0.30%,其中约60%为

作者单位:050011 河北,石家庄长城中西医结合医院放射科(张利静,作者现单位:050091 河北,石家庄市妇幼保健院影像科);050011 河北,河北医科大学第四医院放射科(杨光)

作者简介:张利静(1982—),女,河北新乐人,硕士研究生,主治医师,主要从事乳腺影像诊断工作。

通信作者:杨光, E-mail: yanggzj@163.com

原位癌,又以小叶原位癌最为多见^[1-2]。

乳腺纤维腺瘤癌变(carcinomatous change of the fibro-adenoma,CCFA)的定义:①FA 上皮发生癌变;②癌组织局限于 FA 内或伴有小灶状浸润^[3]。对于与 FA 共存的乳腺癌或 FA 受周围乳腺癌浸润者均不能称为 CCFA。有报道称 CCFA 平均发病年龄较 FA 高发年龄大约晚 20 年^[4]且纤维腺瘤生长时间越长,癌变的概率越高;但连渊娥等^[5]对 20 例乳腺纤维腺瘤内癌统计分析发现,发病年龄中位数与单纯 FA 发病高峰年龄近似,这可能意味着即使是年轻女性也要警惕纤维腺瘤内癌的可能。众多学者认为 FA 是乳腺癌的长期危险因素,尤其是复杂型 FA 伴上皮增生性疾病、不典型增生和有乳腺癌家族史者^[2,6-7]。

文献中对 CCFA 的影像学研究较少,陈立美等^[8]的研究中 X 线片上病变边缘毛糙和成簇微钙化在 FA 和 CCFA 组的差异具有统计学意义;超声显示病变内部回声、形态、边界及有无包膜在两组间的差异具有统计学意义。侯卫华等^[3]分析了 4 例 CCFA 的影像学特点,病变在 X 线及超声上均表现为边界清楚的肿块,仅 1 例伴有不规则钙化,难以与 FA 鉴别。本例 CCFA 的钼靶 X 线表现难以与 FA 进行鉴别;CT 平扫及增强扫描也仅提示良性肿瘤病变;但超声根据其形态、边界及 CDFI 检查,提示其恶性程度较高(4C 类);这也提醒我们在实际临床工作中,要多种检查联合应用、结合临床资料进行综合分析,才能提高诊断准确性。

CCFA 发病多为早期阶段,很少发生腋窝淋巴结转移,治疗方面应根据癌的类型、病变范围、免疫组化结果等采用相应的方案^[9]。由于癌组织基本局限于 FA 的包膜内,临床治疗上推荐保乳手术^[10],而术后辅助放化疗及内分泌治疗与预后的关系仍是未知。Wu 等^[10]认为保乳术后可选择性放疗。本例仅行乳腺肿块切除术后,未行辅助性放化疗,随访至今未见复发及远处淋巴结转移。有报道称 21% 的 CCFA 在纤维腺瘤以外的组织内可检测出原位癌^[11],提示我们在检材

时要多处取材、避免遗漏。有 10%~15% 的单侧 CCFA 患者可同时或滞后发生对侧乳腺癌^[11],对于这样的患者,推荐双侧乳腺的影像学检查,在条件允许的情况下推荐对侧乳腺随机活检。

由于 CCFA 较为罕见,在影像学上呈良性肿瘤征象,缺乏特征性,最终确诊还需依靠病理诊断。对于年龄较大、腺瘤生长时间较长且具有乳腺癌家族史者,应警惕纤维腺瘤发生癌变。

参考文献:

- [1] El-Wakeel H, Umpleby HC. Systematic review of fibroadenoma as a risk factor for breast cancer[J]. *Breast*, 2003, 12(5): 302-307.
- [2] Dupont WD, Page DL, Parl FF, et al. Long-term risk of breast cancer in women with fibroadenoma[J]. *N Engl J Med*, 1994, 331(1): 10-15.
- [3] 侯卫华, 杨虎, 李海霞. 乳腺纤维腺瘤内癌 4 例临床病理学观察[J]. *临床与实验病理学杂志*, 2013, 29(11): 1242-1244.
- [4] Pick PW, Iossifides IA. Occurrence of breast carcinoma within a fibroadenoma: a review[J]. *Arch Pathol Lab Med*, 1984, 8(7): 590-594.
- [5] 连渊娥, 郑巧灵, 蒋逸婷, 等. 乳腺纤维腺瘤内癌 20 例临床病理分析[J]. *临床与实验病理学杂志*, 2018, 34(2): 204-206.
- [6] Nassar A, Visscher DW, Degnim AC, et al. Complex fibroadenoma and breast cancer risk: a mayo clinic benign breast disease cohort study[J]. *Breast Cancer Res Treat*, 2015, 153(2): 397-405.
- [7] Kabat GC, Jones JG, Olson N, et al. A multi-center prospective cohort study of benign breast disease and risk of subsequent breast cancer[J]. *Cancer Causes Control*, 2010, 21(6): 821-828.
- [8] 陈立美, 张丽娜, 张艳琦, 等. 18 例乳腺纤维腺瘤癌变患者临床特点与预后分析[J]. *中国肿瘤临床*, 2014, 41(24): 1582-1586.
- [9] 杨光之, 郭莉, 金华, 等. 乳腺纤维上皮性肿瘤内癌临床、病理学观察[J]. *中华病理学杂志*, 2014, 43(7): 437-441.
- [10] Wu YT, Chen ST, Chen CJ, et al. Breast cancer arising within fibroadenoma: collective analysis of case reports in the literature and hints on treatment policy[J/OL]. *World J Surg Oncol*, 2014, 12: e335. <https://doi.org/10.1186/1477-7819-12-335>.
- [11] Rosai J. Rosai and Ackerman's surgical pathology[M]. Missouri: Mosby, 2011: 1765-1766.

(收稿日期:2020-01-13 修回日期:2020-02-25)