

巨大乳腺恶性叶状肿瘤1例报道与分析

张红梅 李 俐 郭永强 李月雅
定西市第二人民医院肿瘤内科 甘肃定西 743000

摘要: **目的:** 提高对乳腺叶状肿瘤的临床病理特征、诊断及治疗的认知。**方法:** 回顾我科收治的1例巨大恶性乳腺叶状肿瘤患者的临床病例资料和诊治经过, 并进行分析。本病例患者为女性, 年龄38岁, 因左侧乳房肿块逐渐增大伴轻度疼痛就诊。初步影像学检查提示左乳肿块疑为良性肿瘤, 但考虑到肿块增长速度较快, 且存在局部疼痛, 决定进行组织活检。**结果:** 患者为50岁女性, 左乳肿块已发现超过10年, 近期明显增大并伴随疼痛持续半月。通过钼靶检查、乳腺彩超及MRI影像学检查均提示为叶状肿瘤。经细针穿刺活检确诊为恶性叶状肿瘤。患者接受了阿霉素化疗后症状有所缓解, 疼痛明显减轻。治疗后1个月, 患者进行了单纯乳房切除术, 术后恢复良好, 未见复发迹象。**结论:** 乳腺叶状肿瘤是一种少见的乳腺纤维上皮性肿瘤, 具有较强的生长潜力, 并且可能表现为恶性病变。病理检查是确诊的金标准。该肿瘤的治疗应以阴性切缘手术切除为主, 切除时应确保肿瘤完全切除以避免复发。化疗在恶性叶状肿瘤治疗中具有一定效果, 尤其在术前或术后缓解症状方面, 但化疗并不能替代手术治疗, 手术切除仍为治疗的核心方法。

关键词: 叶状肿瘤; 诊断; 治疗

乳腺叶状肿瘤 (Phyllodes tumor of breast, PTB) 是一种由乳腺间质和上皮组成的纤维上皮性肿瘤。2003年, 世界卫生组织 (WHO) 首次将其命名为分叶状肿瘤。根据其组织学特点, 2012年, WHO进一步将乳腺叶状肿瘤分为三类: 良性、交界性和恶性。这些类型的区分对于肿瘤的临床管理、治疗选择和预后评估至关重要。良性乳腺叶状肿瘤通常生长缓慢, 且具有较低的恶性转化风险; 交界性肿瘤则介于良性和恶性之间, 具有一定的侵袭性; 而恶性乳腺叶状肿瘤则具有较高的转移风险和不良预后^[1]。此肿瘤相对少见, 占有乳腺肿瘤的0.3%~1%, 其发病率为0.21/10万。患者中恶性叶状肿瘤约占叶状肿瘤的25%~30%。最早由Muller通过显微镜下观察发现: 患者的肿瘤结构与树叶状比较相似, 因此将其命名为叶状肿瘤。女性各年龄段均可发病, 但发病的高峰期通常在40岁左右。绝经前、多产妇以及哺乳期的女性相对较为多发, 且该肿瘤的发病年龄通常比纤维腺瘤大^[2-3]。截至目前, 临床对乳腺叶状肿瘤的发生机制尚未有明确的界定。初步研究表明, 这种罕见的乳腺间

叶性肿瘤的发生可能与多种因素有关, 包括患者的雌激素水平变化、遗传因素以及其他环境因素等。虽然其发生机制仍在进一步探索中, 但目前的研究已提示, 乳腺叶状肿瘤的形成可能是多因素交互作用的结果。与良性或交界性叶状肿瘤相比, 恶性叶状肿瘤的侵袭性较强, 通常表现出更为显著的临床症状。患者可能出现肿瘤增大较快、肿块硬实等症状, 且局部可能伴随有皮肤破溃、溃疡、局部疼痛等表现, 影响患者的生活质量。恶性叶状肿瘤的临床进展较为迅速, 且易发生局部复发和远程转移, 因此及时的诊断和治疗对于患者的预后至关重要^[4-5]。本文旨在通过对我科收治的1例乳腺巨大恶性叶状肿瘤的诊治经过进行分析, 并讨论, 提高临床医师对本病的认识, 为临床诊治提供一定的依据。

一、病例介绍

患者, 女, 50岁, 因“发现左乳肿物10余年, 明显增长伴疼痛半月”入院。患者入院前10余年无明显诱因发现左乳一指节大小肿物, 活动佳, 无疼痛, 在当地医院诊断考虑纤维瘤, 未行任何特殊处理, 半月前肿物突发增大伴疼痛, 查体: 双乳不对称, 无乳头内陷及橘皮样改变, 左侧乳房增大明显, 左乳皮肤表面静脉曲张, 颜色加深, 可触及10cm×10cm×10cm大小肿物, 质地硬, 表面尚光滑, 形态不规则, 活动性欠佳, 行钼靶检

作者简介: 张红梅 (1985.04-), 女, 汉族, 山西古交人, 本科学历, 主治医师, 主要从事肿瘤学方面的研究工作。

查示左乳巨大肿物，考虑叶状肿瘤，BI-RADS IV a级，乳腺彩超：左侧乳腺可见大小约10cm×12cm×10cm的低回声团块，边界欠清，形态欠规则，其内可见血流信号。双侧腋下未见明显异常淋巴结，BI-RADS IV b类。磁共振乳腺平扫+增强+弥散检查：左侧乳房明显增大，乳房皮肤无增厚，乳头无回缩，其内见巨大软组织占位，约109mm×90mm×86mm大小，T1WI不均匀高低混杂信号，周边以高信号为主，T2WI呈不均质高低混杂信号，DWI呈混杂高信号，可见信号包膜，包膜不完整，动态增强扫描早期明显强化，TIC曲线呈速升-流入型，肿瘤后方与胸大肌层次清楚，双侧腋窝，锁骨上，内乳区未见明显增大淋巴结，入院后行穿刺活检诊断恶性叶状肿瘤，疼痛（WHO中度），因患者拒绝手术，经患者及家属同意后行阿霉素90mg化疗后患者疼痛缓解，1月后患者同意手术后行左侧乳房切除术，术后病理回报：右乳恶性叶状肿瘤，肿瘤体积10cm×8cm×8cm，乳腺内外上下及底缘未见肿瘤浸润，脉管及神经未见肿瘤侵犯。免疫组化：（KI-67（20%）、ER（-）、PR（-）、Her-2（-）、CK8/8/18（-）、SMA（+）、Desmin（-）、CD117（-）、CD10（+）、CK5/6（-）、P53（80）、P63（-）、术后随访1年患者肿瘤无复发及转移。

二、诊断与治疗

乳腺叶状肿瘤（Phyllodes tumor, PTB）的诊断主要依赖于影像学检查和病理活检。常见的影像学检查方法包括超声、MRI和钼靶等。超声检查能够提供肿块形态、边界、内部回声等信息，尤其在区分乳腺肿块时有一定帮助，能够初步判断肿块的性质；MRI则可帮助评估肿瘤的大小、位置及其与周围组织的关系，尤其是在肿瘤较大或存在多发病灶时，MRI能够提供更加精确的定位及进一步评估肿瘤侵袭程度；钼靶影像则对于肿瘤的钙化情况和边缘特征有一定帮助，有助于判断肿瘤的恶性潜力。然而，这些影像学检查虽然能够为肿瘤的存在提供提示，但在区分良性、交界性和恶性肿瘤方面存在一定局限性。具体而言，影像学检查往往难以准确判断肿瘤的恶性程度，尤其是在肿瘤的边界不清或存在复杂结构时，影像学结果可能无法提供明确的诊断。病理活检通常在手术切除后进行，通过对肿瘤组织进行详细的病理学检查，可以结合多个指标对肿瘤的性质进行全面评估。具体来说，病理检查会关注间质细胞的密度、核分裂象、细胞异型性、肿瘤的浸润情况等，同时还会使用免疫组化标记方法，分析相关生物标志物的表达情

况。这些多方面的指标有助于评估肿瘤的侵袭性和增殖活性，从而最终得出明确的诊断结果。

乳腺叶状肿瘤的治疗以手术为主，通常采用乳腺全切或广泛局部切除手术，手术过程中必须严格保证切缘阴性，避免术后肿瘤复发。对于一些高风险患者，术后放疗可能有助于降低肿瘤的局部复发风险，尤其是对于交界性或恶性叶状肿瘤患者。在临床中，尽管叶状肿瘤对化疗和内分泌治疗反应较差，但对于某些特定患者，化疗仍然是可选的治疗方案，尤其是在肿瘤直径较大、组织学分级较高或手术后切缘阳性的情况下。此外，由于乳腺叶状肿瘤主要通过血行转移，转移的常见部位包括肺、软组织、骨骼等，术后需要特别注意远处转移的监测。乳腺叶状肿瘤的手术治疗是当前最有效的治疗方法，对于恶性叶状肿瘤，特别是肿瘤转移的风险较高时，外科手术仍然是标准的治疗方案。切除手术时，确保手术切缘清晰和阴性，切缘≥1cm被认为是减少复发的有效措施。术后高蛋白、高维生素的饮食有助于提高患者的免疫力，促进术后恢复，进一步提高患者的生存质量。

三、讨论

乳腺叶状肿瘤（PTB）是一种相对罕见的乳腺疾病，临床表现为逐渐增大的无痛性肿块，通常容易与乳腺纤维腺瘤等良性肿瘤混淆^[6-9]。叶状肿瘤的组织学特征具有一定的特异性，诊断时需要重点考虑间质细胞的密度、核分裂象的数量、细胞异型性等因素。乳腺叶状肿瘤的分级及诊断依据是世界卫生组织（WHO）提供的组织学标准，该标准通过评估间质细胞的丰富程度、核分裂象的数量、细胞的异型性以及肿瘤的边界性质来进行分类^[10]。叶状肿瘤分为良性、交界性和恶性三类。良性叶状肿瘤的特点是肿瘤边界清晰，间质细胞无过度生长，细胞异型性较轻，核分裂象少于5/10HPF；而恶性叶状肿瘤则表现为肿瘤浸润性生长，间质细胞出现过度生长，细胞呈现重度异型，核分裂象大于或等于10/10HPF。在临床诊断中，考虑到其组织学特征及病理表现，鉴别诊断对判断其恶性程度具有重要意义。

尽管影像学检查如超声、MRI和钼靶等可以帮助发现肿块，但对于良性、交界性和恶性肿瘤的区分仍然存在较大难度^[11]。因此，组织学检查在确诊过程中仍然占据核心地位。细针穿刺（FNA）对于乳腺叶状肿瘤的诊断有一定作用，但由于其特殊的病理特征，穿刺后可能误诊为乳腺纤维腺瘤或低估其病理分级^[12]。因此，尽管

免疫组化检测对叶状肿瘤的诊断价值有限，病理活检仍是最为准确的诊断手段。在治疗方面，乳腺叶状肿瘤以外科手术为主。对于恶性叶状肿瘤，早期的诊断与手术切除至关重要，手术中确保足够的阴性切缘可以显著降低疾病的复发风险。特别是对于恶性肿瘤，血行转移的特征使得手术切除后仍需要密切监测。放疗可以有效降低局部复发的风险，尤其适用于交界性或恶性叶状肿瘤患者。而化疗和内分泌治疗在乳腺叶状肿瘤中的作用相对较小，主要应用于高风险患者，例如肿瘤直径较大或切缘阳性的恶性PTB患者。在术后管理方面，高蛋白、高维生素的饮食有助于提升患者的免疫功能，加速术后恢复。患者的整体营养状况、免疫力以及术后的病理类型对其预后有着重要影响。虽然叶状肿瘤的治疗以手术为主，但结合放疗和化疗的综合治疗策略，能够进一步改善患者的预后并降低复发风险。因此，乳腺叶状肿瘤的早期诊断、及时治疗以及术后的密切监测和支持治疗都对于改善患者的生存质量和长期生存率至关重要。

综上所述，乳腺叶状肿瘤（PTB）是一种具有独特组织学特征的乳腺疾病，诊断主要依赖组织学检查。早期诊断、及时治疗及术后综合管理对提高患者的生存质量和生存率至关重要。

参考文献

[1] 梅林航, 马兆生. 乳腺恶性叶状肿瘤术后并发浸润性1癌例并文献复习[J]. 医学信息, 2015, 28(32): 295-296.
[2] Lakhani SR, Ellis IO, Schnitt SJ, et al. WHO classification of tumors of the breast[M]. 4th ed. Lyon: IARC

Press, 2012: 49-52.

[3] 刘小梅, 沈丹华, 陈定宝, 徐贵游, 阙秀, 诊断病理学杂志, 2020, 27(4): 286-287.
[4] Strode M, Khoury T, Mangieri C, et al. Update on the diagnosis and management of malignant phyllodes tumors of the breast [J]. The Breast, 2017, 33:91-96.
[5] 徐佳伟, 黎晓星, 余腾骅, 孙正魁, 乳腺叶状肿瘤诊疗现状与研究进展, 中国普通外科杂志, 2022, 31(11).
[6] 汪家佳, 国志浩, 张健, 阿霉素、顺铂提升三阴性乳腺癌细胞RNA m6A甲基化水平及其机制探讨. 现代肿瘤医学, 2022, 30(13).
[7] 张勇, 孙玮. 乳腺巨大恶性叶状肿瘤1例[J]. 实用医学影像杂志, 2024, 25(03): 239-240.
[8] 张幸, 朱迪, 廖玥, 等. 乳腺巨大恶性叶状肿瘤1例[J]. 中国肿瘤临床, 2024, 51(08): 431-432.
[9] 李丹, 柴春燕, 王冬梅. 1例巨大恶性乳腺分叶状肿瘤患者行单纯切除术的围术期护理[J]. 当代护士(中旬刊), 2024, 31(02): 91-94.
[10] 曹一楠, 姜雪, 孔辉, 等. 乳腺巨大恶性叶状肿瘤破溃伴贫血1例[J]. 沈阳医学院学报, 2021, 23(05): 459-460.
[11] 林伟洵, 邹娟, 李志扬, 等. 乳腺巨大恶性叶状肿瘤伴破溃术后复发1例[J]. 汕头大学医学院学报, 2021, 34(01): 57-58.
[12] 肖晓岚, 左国杰, 孙颖, 等. 乳腺巨大恶性叶状肿瘤伴破溃及感染性休克1例诊治分析[J]. 中国医药科学, 2019, 9(16): 255-257.