

乳腺叶状肿瘤临床病理分析

朱亚明

广东省韶关市妇幼保健院 512026

【摘要】目的 分析乳腺叶状肿瘤的病理学特点, 及其与诊断、治疗、预后的关系。**方法** 回顾性分析我院病理确诊为乳腺叶状肿瘤的 39 例患者的临床资料。**结果** 29 例中良性, 7 例交界性, 3 例恶性。病理学特点: 肿瘤切面呈分叶状, 大小不一, 由上皮成分和不同异型间质混合而成。**结论** 乳腺叶状肿瘤的临床诊断主要依靠病理确诊, 临床病理学可分为中良性、交界性、恶性三种形态, 后两者形态容易转移和复发, 注意诊断鉴别, 易与乳腺癌肉瘤、巨纤维腺瘤及乳腺肉瘤误诊, 目前临床对其治疗主要是以手术扩大切除为主。

【关键词】 良性; 乳腺叶状肿瘤; 交界性; 恶性; 病理学特点

1 资料和方法

1.1 临床资料 39 例乳腺叶状肿瘤患者, 均为女性, 年龄(25-53)岁, 平均年龄(43.6±2.1)岁, 病程4个月—15年, 平均(21±3.5)月; 患者均有单侧性乳腺肿块, 无双侧性, 左侧21例, 右侧18例; 32例肿块活动性好, 6例肿块活动度差, 1例出现与皮肤粘连, 皮肤发亮、变薄、溃烂。

1.2 方法: 送检标本均经10%的福尔马林进行固定, 用石蜡包埋, 4μm切片, 进行HE染色, 用光镜观察。

1.3 分类标准: ①良性: 间质梭形细胞有明显地增生现象, 密度较低, 细胞观察未有异型发生或者是轻度异型, 肿瘤边界呈推挤状, 分界清楚, 核分裂0-4/10HPF, 偶尔可见出血坏死。②交界性: 间质梭形细胞分布不一, 密度适中, 呈中度异型, 肿瘤膨胀生长或者是呈部分浸润性生长, 核分裂5-9/10HPF, 可见小片的坏死、出血。③恶性: 间质梭形细胞增生较为显著, 有明显的多形性, 并且间质伴异源性分化, 肿瘤浸润性生长, 核分裂大于10/10HPF, 伴出血、坏死。

1.4 统计学方法 统计分析是采用SPSS13.0软件, 计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示, 采用 χ^2 检验, $P < 0.05$, 差异有统计学意义。

2 结果

2.1 29例中良性, 7例交界性, 3例恶性。肿块大小不等, 直径最小约2.1cm, 直径最大为8.3cm。首发病例25例, 复发病例4例, 有2例病例为第3次复发。

2.2 病理检查

2.2.1 巨检: 病灶均为单一性, 体积(2.1×2×1.8—8.3×7×6.6)cm, 平均值为(5.2×4.6×4.2)cm。肿瘤切面呈分叶状, 大小不一, 部分有包膜, 有些却不完整, 无包膜者有2例, 切面有不等裂隙呈现。

2.2.2 镜检: 由上皮成分和不同异型间质混合而成。上皮主要有肌上皮或者是腺上皮两种, 分布呈裂隙状, 被增生明显过度的间质成分围绕, 分叶状结构形成。良性PT, 间质相较于纤维腺瘤更富于细胞, 梭形细胞核分裂0-4/10HPF, 形态一致; 细胞密度于上皮成分旁的区域相对较低, 基质一般呈粘液样, 和纤维腺瘤较为相似。交界性PT, 上皮旁区域间质细胞密度中等, 核分裂5-9/10HPF, 细胞分布不一, 中度异型, 无坏死, 有部分区域和其周围的组织没有很清晰的界限。恶性PT, 皮旁区域的间质细胞更为密集丰富, 核分裂大于10/10HPF, 呈明显异型性, 部分伴灶性坏死, 其边缘一般呈浸润性生长。本文29例患者的病理检查均未有异源性分化。

2.3 治疗与预后: 良性PT29例, 均予以肿瘤单纯切除术, 术后随访调查, 复发2例, 予以扩大切除手术, 目前恢复良好, 未有复发; 交界性PT7例, 行肿瘤切除后又予以扩大切除, 范围可扩大至肿瘤边缘向外1cm, 目前未见复发; 恶性PT3例, 予以改良根治术, 腋窝淋巴结清扫后未见转移瘤, 术后随访3年未见复发。

3 讨论

乳腺叶状肿瘤临床较为罕见, 该肿瘤生长极为迅速或者突然发生增大现象, 应当早期发现诊断, 及早治疗, 尤其是对于年轻的女性患者。其发病的原因尚不明确, 据国内外大量文献报道, 可能与年龄、生育授乳情况、种族、生活卫生习惯、内分泌等因素相关。一般好发于40-50岁的中年妇女, 但是在亚洲, PT发病年龄在20-30岁之间, 较为年轻化。通常单侧患者较多, 双侧或多灶性少见, 乳腺包块质地硬, 无痛性, 不与皮肤粘连[3]。

PT大体检查, 其边界一般较为清楚, 生长呈膨胀性, 真性包膜不明确, 有些周围乳腺组织受到侵犯而导致部分边界不清, 表面结节状突起。切面质韧、外翻, 呈分叶状, 呈灰白色或者是灰黄色, 大小、密度不一的狭窄囊腔或者是裂隙较为常见, 囊内有出血或者是含有清液。

镜下检查, 肿瘤由上皮成分和不同异型间质混合而成, 间质细胞一般呈梭形, 良性到恶性之间形态转变较大。一般良性与纤维腺瘤较为相似, 区别在于良性者间质较后者更富于细胞, 且细胞核形态更为一致, 观察会有少量的核分裂; 恶性者有较为明确的肉瘤性质, 发生纤维肉瘤改变, 如发生异源性分化, 可见软骨、横纹肌、脂肪或骨等产生肉瘤; 交界性者细胞异型性、间质细胞密度、核分裂均介于上述二者之间, 形态与低级别的纤维肉瘤相似, 比较少见发生异源性分化。上皮成分主要可由肌上皮或者是腺上皮组成, 分化良好的也可见增生现象, 鳞状上皮和大汗腺化生偶尔可见, 上皮可有增生, 由上皮形成腺腔被过度增生的间质挤成裂隙状。

注意PT的诊断鉴别, 易与乳腺癌肉瘤、巨纤维腺瘤及乳腺肉瘤误诊。良性、恶性及交界性PT均会复发。其复发的肿瘤可恶性度增加, 亦可与原发级别相同。PT几乎可以转移至患者所有的内脏器官, 但以骨和肺最为常见, 少见干腋窝淋巴结。治疗以手术作为首选, 一般不作单纯的肿瘤切除, 极易引起术后局部复发[4]。因此, 不论是良恶性还是交界性, 或者是复发者, 选择离肿瘤边缘大于1cm的扩大范围作切除是必要的, 该肿瘤的转移主要以血行性为主, 因此, 不作腋窝淋巴结清扫。本文39例患者, 良性PT29例, 均予以肿瘤单纯切除术, 术后随访调查, 复发2例, 予以扩大切除手术, 目前恢复良好, 未有复发; 交界性PT7例, 行肿瘤切除后又予以扩大切除, 范围可扩大至肿瘤边缘向外1cm, 目前未见复发; 恶性PT3例, 予以改良根治术, 腋窝淋巴结清扫后未见转移瘤, 术后随访3年未见复发, 治疗效果显著。

参考文献

- [1]王洁.乳腺纤维母细胞/肌纤维母细胞性肿瘤临床病理分析[J].临床与实验病理学杂志,2009,25:33-36.
- [2]史凤毅,叶海军,刘英杰.乳腺叶状肿瘤病理特征性改变的诊断价值[J].中华临床医学杂志,2007,8(3):5.