

乳腺叶状肿瘤和巨纤维腺瘤的临床病理特征 ——附 89 例临床分析

赵东兵,冯晓莉,吴健雄,邵永孚

The Features of Clinical and Pathological Study on Phyllodes Tumour and Giant Fibroadenomas of the Breast - A Clinical Analysis of 89 Cases

ZHAO Dong-bing, FENG Xiao-li, WU Jian-xiong, SHAO Yong-fu

Cancer Hospital of Chinese Academy of Medical Sciences, Peking Union Medical College, Beijing 100021, China

Abstract: Objective To evaluate the diagnosis and treatment of cystosarcoma phylloides and giant fibroadenomas of the breast. **Methods** The clinical features, pathological diagnosis and treatment of 89 patients with breast tumor were retrospectively analyzed from 1979 to 2002, including 27 cases of cystosarcoma phylloides and 62 giant fibroadenomas of the breast. **Results** Of the 27 cases of cystosarcoma phylloides, 4 cases underwent modified radical mastectomy, 16 cases underwent total mastectomy, 4 cases underwent local excision, 3 relapsed cases underwent wide excision, the local recurrence rate was 33.3% (9/27). Of the 62 cases of giant fibroadenomas, 40 cases underwent local excision, 18 cases underwent total mastectomy, 4 cases underwent modified radical mastectomy, the local recurrence rate was 11.3% (7/62). **Conclusion** According to the WHO classification of breast tumors, the unification term of "phyllodes tumour" should be used, and diagnosed from giant fibroadenomas. The different surgical operations should be performed according to the different classification of breast tumors.

Keywords: Breast; Cystosarcoma phylloides; Phyllodes tumor; Giant fibroadenomas

摘要:目的 探讨乳腺叶状囊肉瘤和巨纤维腺瘤的诊断和治疗。方法 回顾分析我院 1979~2002 年间外科收治的 89 例乳腺叶状囊肉瘤和巨纤维腺瘤的临床特点,病理诊断和治疗方式。结果 27 例乳腺叶状囊肉瘤,行乳腺改良根治术 4 例,乳腺单纯切除术 16 例,肿瘤局部切除术 4 例,肿瘤复发行扩大切除 3 例,复发率 33.3% (9/27); 62 例乳腺巨纤维腺瘤行肿瘤局部切除术 40 例,乳房单纯切除术 18 例,改良根治术 4 例,复发率 11.3% (7/62)。结论 按照 WHO 乳腺肿瘤分类的标准,使用乳腺叶状肿瘤的统一名称,并与乳腺巨纤维瘤相鉴别,根据肿瘤分类采用不同的手术方法。

关键词: 乳腺; 叶状囊肉瘤; 叶状肿瘤; 巨纤维腺瘤

中图分类号: R737.9; R730.261

文献标识码: A

文章编号: 1000-8578(2004)04-0231-03

0 引言

乳腺叶状囊肉瘤和乳腺巨纤维腺瘤均为乳腺纤维上皮型肿瘤,多年来国内外文献中对二者的命名较为混淆。为了阐明二者之间临床和病理特点中的异同,我们收集本院 1979 年 7 月~2002 年 2 月外科收治的乳腺巨纤维腺瘤 62 例。叶状囊肉瘤 27 例,分析报告如下。

1 临床资料

本组患者均为女性,乳腺叶状囊肉瘤 27 例,乳

腺巨纤维腺瘤 62 例。叶状囊肉瘤发病年龄 12~65 岁,平均 42 岁,20 岁以下 2 例,20~30 岁 3 例,30~40 岁 8 例,40~50 岁 8 例,50 岁以上 6 例;病史 1 年 13 例,>1 年 8 例,>5 年 4 例,>10 年 2 例;肿瘤 5cm 15 例,>5cm 5 例,10cm 4 例,记载不详 2 例,肿瘤伴破溃 1 例;肿瘤有短期迅速增大史 5 例。巨纤维腺瘤发病年龄 11~58 岁,平均 27 岁,其中 20 岁以下 32 例,20~30 岁 6 例,30~40 岁 12 例,而 40 岁以上仅 12 例;病史 1 年 29 例,>1 年 27 例,>5 年 3 例,>10 年 3 例;肿瘤 5~7cm 9 例,7~10cm 30 例,10cm 16 例,15cm 6 例,记载不详 1 例,2 例肿瘤伴破溃。肿瘤有短期迅速增大史 29 例。

收稿日期:2003-02-18; 修回日期:2003-04-24

作者单位:100021 北京,中国医学科学院中国协和医科大学肿瘤医院

2 结果

27 例乳腺叶状囊肉瘤行乳腺改良根治术 4 例, 乳腺单纯切除术 16 例, 肿瘤局部切除术 4 例, 肿瘤复发行扩大切除 3 例, 术后合并放疗 1 例, 化疗 1 例, 2 例患者死于肿瘤转移; 治疗后肿瘤有复发史 9 例, 复发 1 次 4 例, 2 次 1 例, 3 次 1 例, 4 次 3 例, 复发率 33.3% (9/27)。27 例患者 18 例获随访, 随访 3 月~7 年。

62 例乳腺巨纤维腺瘤行肿瘤切除术 40 例, 乳腺单纯切除术 18 例, 改良根治术 4 例, 其中 2 例因术前细胞学或冰冻检查为恶性, 2 例因为肿瘤复发, 患者要求行改良根治术。治疗后肿瘤有复发史 7 例, 复发 1 次 5 例, 2 次 2 例, 复发率 11.3% (7/62)。因该病我院编目为良性肿瘤, 未作肿瘤常规随访, 62 例中随访 16 例, 随访率仅为 25.8% (16/62)。

3 讨论

3.1 分类

乳腺叶状囊肉瘤 (cystosarcoma phyllodes) 是由 Müller (1838 年) 描述命名并认为是良性肿瘤。后来发现本病可发生复发和转移, 证明本病有恶性特征。既往国外文献报道本病命名有乳腺巨纤维腺瘤、分叶状囊肉瘤、假性肉瘤、良性和恶性叶状囊肉瘤等^[1]; 国内亦有分歧, 一种观点将乳腺巨纤维腺瘤和叶状囊肉瘤分为两个独立的乳腺肿瘤, 认为前者是良性的, 后者是恶性的^[2]; 沈镇宙等学者认为乳腺叶状囊肉瘤中有良性形态学表现者称为巨纤维腺瘤, 恶性表现者称为叶状囊肉瘤^[3]。世界卫生组织 1982 年使用乳腺叶状肿瘤的概念取代乳腺叶状囊肉瘤, 并分为良性、交界性和恶性三类^[4], 目前国外文献已按世界卫生组织的标准统一命名, 而国内文献仍多沿用叶状囊肉瘤的名称。乳腺巨纤维腺瘤临床上通常是指肿瘤直径 7cm (5cm) 以上的纤维腺瘤, 临床表现与叶状囊肉瘤较为相似, 如肿瘤体积较大, 病史较长, 活动度好等, 且部分叶状囊肉瘤可由巨纤维腺瘤恶变而来, 二者在组织学上有时较难界定。

3.2 病理特征和鉴别诊断

叶状肿瘤中包含间质和上皮两种成分, 其肿瘤成分为过度增生的间质细胞。良性叶状肿瘤的细胞密度较低, 分布均匀, 细胞无异型性, 核分裂相 < 1/10HPF, 肿瘤边缘膨胀生长; 恶性叶状肿瘤, 细胞异型性明显, 明显间质过生长, 具有明显的增殖活性, 核分裂相 > 5/10HPF, 肿瘤边界不清, 浸润周边组织; 交界性叶状肿瘤诊断标准介于良恶性之间。乳腺良性叶状肿瘤与乳腺纤维腺瘤所含的肿瘤成分

相近, 但叶状肿瘤的间质比纤维腺瘤间质的细胞成分更致密; 在鉴别富含间质细胞的纤维腺瘤和低度恶性叶状肿瘤时, 是否有明显的叶状结构和间质细胞量是重要的特点。本组中 62 例巨纤维腺瘤, 经复习病理资料有 8 例符合 WHO 颁布的良性叶状肿瘤的诊断标准, 1 例符合恶性叶状肿瘤的诊断标准。因此, 使用 WHO 的统一诊断标准和命名, 便于临床上对该类乳腺肿瘤的分类总结和对比分析。

乳腺叶状肿瘤和巨纤维腺瘤临床上术前鉴别诊断困难, 病理诊断是唯一的标准, 冰冻病理检查对手术方案的选择有重要的价值, 但也有其局限性, 如本组 5 例叶状囊肉瘤术中冰冻诊断为巨纤维腺瘤或未能确诊, 最终经石蜡切片确诊, 提示临床医生决定最终治疗方案应依据石蜡切片。年龄是鉴别诊断的重要标准, 叶状肿瘤好发年龄平均为 45 岁, 很少病人发生在 25 岁以下。本组资料显示, 叶状囊肉瘤平均发病年龄 42 岁, 巨纤维腺瘤平均年龄 27 岁, 相差 15 岁。肿瘤的大小、有无破溃和短期内肿瘤增大则非鉴别的要点。对于病理分类存在异议的年轻患者, 我们认为应保守诊断为纤维腺瘤。

3.3 治疗

外科手术切除是治疗乳腺叶状肿瘤和巨纤维腺瘤的首选治疗。巨纤维腺瘤或良性叶状肿瘤不发生转移, 完整切除肿瘤后不易复发。交界性叶状肿瘤术后较少发生转移, 但可局部复发; 恶性的叶状肿瘤术后可发生转移和复发, 主要通过血行转移, 转移的主要部位是肺和骨。淋巴转移少见, 有报道腋淋巴转移发生率小于 1%^[5]; 复发主要取决于最初的手术方式, 肿瘤切除范围不足是复发的主要原因。本组中叶状囊肉瘤复发率为 33.3%, 巨纤维腺瘤复发率为 11.3%, 多为局部切除所致。因此, 对于良性叶状肿瘤或巨纤维腺瘤, 建议行局部扩大切除 (肿瘤边界 2cm 外); 交界性和恶性叶状肿瘤行乳腺单纯切除术; 若伴发腋窝淋巴结肿大或严重胸肌浸润, 行改良根治术或根治术。通常认为乳腺叶状肿瘤对化疗和放疗不敏感^[6], 但少数发生全身转移或胸壁浸润者, 仍有一定的治疗价值。乳腺叶状囊肉瘤外科手术的预后较好。有报道 5 年生存率为 94.4%, 10 年生存率为 92.9%^[7]。我院病例因随访差, 无法分析。因此, 我们建议应该按照 WHO 乳腺肿瘤分类的原则, 统一的名称和诊断标准, 采用乳腺叶状肿瘤的名称取代乳腺叶状囊肉瘤, 并与乳腺巨纤维腺瘤相鉴别, 根据肿瘤分类的不同采用不同的手术方法。同时加强对此类肿瘤患者的随访, 以便积累更多的病例, 使该类肿瘤的诊治更加规范和有效。

参考文献:

[1] Salvadori B, Cusumano F, Del Bo R, et al. Surgical treatment of phylloides tumor of the breast [J]. Cancer, 1989, 63 (12): 2532-2536.

[2] 杨名添, 肖启煌, 刘广森. 乳腺巨纤维腺瘤和叶状囊肉瘤 52 例临床分析 [J]. 中华外科杂志, 1987, 25 (4): 209-211.

[3] 沈镇宙, 张廷璆, 韩企夏. 乳腺巨纤维腺瘤和叶状囊肉瘤的临床病理研究 [J]. 肿瘤, 1982, 2 (3): 29-31.

[4] WHO. Histological typing of breast tumors [J]. Tumori, 1982, 68 (1): 181-198.

[5] Hawkins RE, Schofield JB, Fisher C, et al. The clinical and histologic criteria that predict metastases from cystosarcoma phylloides [J]. Cancer, 1992, 69 (1): 141-147.

[6] Zurrida S, Bartoli C, Galimberti V, et al. Which therapy for unexpected phylloides tumor of the breast? [J]. Eur J Cancer, 1992, 28 (2/3): 654-657.

[7] 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 (9): 679-681.

[编辑: 周永红; 校对: 刘红武]

技术交流

近全胃切除术在胃癌手术中的运用

王明元, 王星, 林雨冬, 钱印榕, 吴德柱, 熊维玲

关键词: 胃癌; 近全胃切除; 保留; 幽门
 中图分类号: R735.2 文献标识码: B
 文章编号: 1000-8578 (2004) 04-0233-01

0 引言

胃癌标准全胃切除术后产生不可避免的并发症, 多因丧失了贮存器和食物不经十二指肠途径所致, 目前采用的各种代胃术效果还不能令人满意。我院 1997 年 1 月至 2002 年 12 月对 48 例胃癌施行了近全胃切除、食管幽门上胃吻合术, 取得较好效果。

1 资料与方法

1.1 一般资料 男性 33 例, 女性 15 例; 年龄 39~82 岁。胃近端癌 27 例, 胃中部癌 21 例; 肿瘤直径 2~8cm。术前均行纤维胃镜、钡餐、病理及细胞学检查确诊。经腹切除 31 例, 胸腹联合切除 17 例。

1.2 手术方法 腹部探查肿瘤可切除后, 在十二指肠降部外侧做 Kocher 氏切口, 尽量游离十二指肠和胰头, 将其牵引, 确认吻合无张力后于幽门上 1~3cm 处将胃切断, 切除近全胃, 将食管下端直接与幽门上胃端吻合 (胃管置于十二指肠内), 吻合口周边与食管裂孔角处缝合数针固定, 隔下置引流管, 空肠预防性造瘘。

2 结果

平均手术时间 3 小时 30 分钟, 切口

均一期愈合, 术后第 2 天开始经空肠造瘘早期营养, 2 例分别于 5、7 天并发吻合瘘, 经造瘘管营养, 充分引流治愈, 无手术死亡。术后 3 至 6 个月体重基本恢复术前水平, 未出现显性倾倒综合征, 胃镜及钡餐示幽门功能良好, 无明显返流现象, 有吻合炎症仅 2 例。

3 讨论

全胃切除后消化道重建术式繁多, 一类食物通过十二指肠, 另一类不经过十二指肠。其中以双腔或三腔空肠代胃术式较常用, 目前较推崇空肠食管 Roux-en-y 和“P”型空肠袢 Roux-en-y 吻合术^[1], 虽然减少了十二指肠液返流, 但不具备储存功能亦非十二指肠通路, 故术后早期有饱胀感、烧灼感和某些吸收障碍^[2]。虽有各种贮袋研究报道, 但其操作复杂, 吻合口多, 术后并发症发生率高且效果不能肯定^[3], 本组施行保留幽门的近全胃切除, 并将幽门上胃直接与食管吻合取得较好效果, 此术式既可达到全胃根治性切除的目的, 又能符合生理功能, 还减少了很多操作步骤, 提高了安全性。

传统全胃切除易引发返流性食管炎及其他并发症, 有人统计碱性返流性食管炎的发生率在全胃切除后高达 95%, 大大

降低了患者的生活质量。本术式在根治的前提下保留了幽门功能, 能延缓食物进入十二指肠, 且随时间推移, 中下段食管可呈代偿性扩张, 继之肌肉肥厚, 起到“代胃”的作用, 犹如间置空肠的效果。

本术式的可行性有: (1) 充分游离胰十二指肠及食管下端, 多数病例能在无张力下吻合; (2) 食管与幽门上胃口径及管壁相仿利于组织愈合; (3) 保留了幽门部, 食物通过幽门可刺激胃窦、十二指肠、胆、胰等同步分泌消化液; (4) 符合生理通道, 有利于消化及营养; (5) 只有一个吻合口, 操作步骤简便; (6) 不影响肿瘤淋巴结清除。

凡病变于胃近端、胃中或胃体上部食管及幽门管未受侵及腹内无显性扩散者可施行本术式, 关键是胃-食管吻合应确保无张力, 如有张力应改行其他术式。本术式最大的不足是需暂时空肠造瘘, 其远期疗效就有待论证。

参考文献:

[1] 冯笑山, 涂心明, 孙江涛, 等. 全胃切除术后消化道重建术式的对比观察 [J]. 中华胃肠外科杂志, 2002, 5 (3): 188-189.

[2] Sakamoto T, Fujimaki M, Tazawa K, et al. Ileocolon interposition as a substitute stomach after total or proximal gastrectomy [J]. Ann Surg, 1997, 266 (2): 139-144.

[3] Iivonen MK, Ahola TO, Matikainen MJ. Bacterial overgrowth, interintestinal transit, and nutrition after total gastrectomy. Comparison of a jejunal pouch with Roux-en-y reconstruction in a prospective randomized study [J]. Scand J Gastroenterol, 1998, 33 (1): 63-70.

[编辑: 周永红; 校对: 贺文]

收稿日期: 2003-03-18; 修回日期: 2003-06-19
 作者单位: 351100 福建莆田, 解放军第 95 医院外科