

· 经验交流 ·

原发性乳腺淋巴瘤与乳腺癌的鉴别诊断探讨

张月秋 郭文斌

淋巴瘤是原发于淋巴结和淋巴组织的恶性肿瘤,多见于淋巴结。原发性乳腺淋巴瘤(Primary breast lymphoma, PBL)临床罕见,占乳腺所有恶性肿瘤的 0.04% ~ 0.53%,占淋巴瘤的 0.38% ~ 0.70%,占结外淋巴瘤的 2.20%^[1-3],绝大多数为非霍奇金淋巴瘤(non-Hodgkin's lymphoma, NHL)。本文将大连市中心医院普外三科 2001 ~ 2006 年收治的 6 例乳腺 PBL 患者资料总结报告如下。

1 资料和方法

1.1 一般资料

6 例 PBL 患者皆为女性,年龄 35 ~ 54 岁,中位年龄 41.2 岁,均以无痛性乳腺肿块就诊,除 1 例患者伴有发热、体重减轻外,其余 5 例患者均无全身症状,病程 1 周 ~ 1 年。肿块直径 1.5 ~ 5 cm,质地较硬,边界较清楚,无乳头溢液,无橘皮样外观,无乳头凹陷,均未触及腋窝肿大淋巴结。所有患者均行乳腺钼靶摄像,1 例表现为大片状密度增高,其余均表现为乳腺肿块,边缘清楚,无毛刺、钙化征象;行超声检查发现,6 例患者均为低回声结节,内部回声不均匀,其中 4 例后方回声增强,2 例后方回声无改变,腋窝未探及肿大淋巴结,肿块部位血流丰富。术前诊断:乳腺癌 3 例,乳腺肿瘤、性质待查 2 例,乳腺良性肿瘤 1 例。

1.2 方法

6 例 PBL 患者均行乳腺肿物活检术,冰冻病理回报 5 例为乳腺恶性肿瘤,有待于进一步确诊,1 例冰冻病理为乳腺癌,行乳腺癌改良根治术,经术后病理及免疫组织化学进一步证实为 PBL,采用 CHOP 方案(环磷酰胺、阿霉素、长春新碱、强的松)化疗及局部放疗。

2 结果

本组病理组织学诊断均为 NHL, B 细胞来源。4 例为弥漫性大 B 细胞型, 其中包括 1 例冰冻病理误诊为乳腺癌患者, 余 2 例为滤泡性淋巴瘤。免疫组织化学检查: 细胞角蛋白(CK)(-)、上皮细胞膜抗原(EMA)(-), 而 CD20 抗原(+)(图 1, 2)。全组病例随访 1~5 年, 1 例行乳腺癌根治术患者 3 年后死于肿瘤多器官转移, 余 5 例患者无复发。

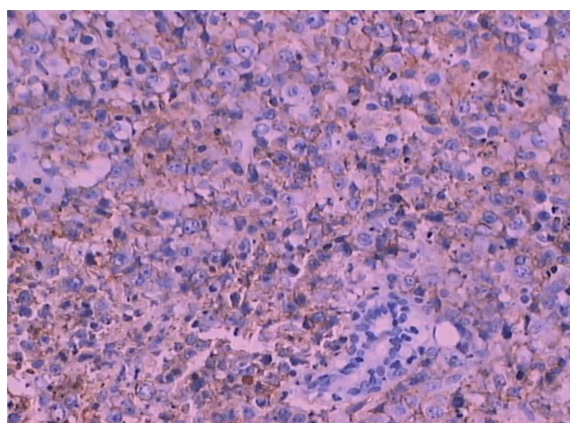


图 1 CD20(+) 的乳腺 B 细胞淋巴瘤(HE 染色 ×200)

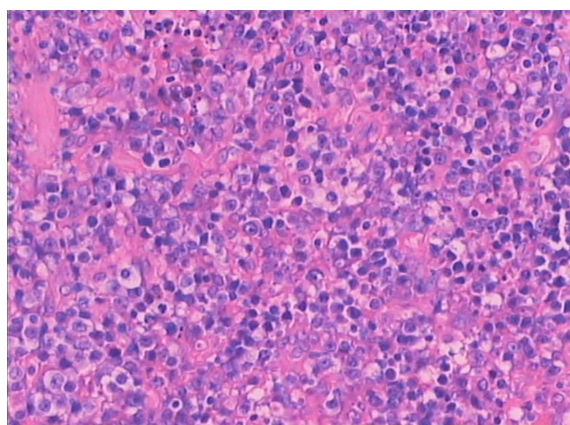


图 2 乳腺淋巴瘤(HE 染色 ×200)

3 讨论

PBL 是发生于淋巴结外乳腺组织的免疫系统的恶性肿瘤, PBL 以 NHL 为主, 乳腺霍奇金淋巴瘤(Hodgkin lymphoma, HL)罕见。本组均为 NHL。PBL 患者大多数为女性, 男性罕见。国外 PBL 发病中位年龄 54~55.6 岁, 国内则为 39 岁。与乳腺癌相比较, 其发病年龄偏低^[4-5]。本组 PBL 中位年龄为 41.2 岁, 与国内报道基本相符。

PBL 由乳腺内小血管旁的未分化间叶细胞衍生而来,乳腺小叶间有淋巴小结存在,小叶内有淋巴细胞浸润,在此基础上发生 PBL。有关 PBL 的病理类型,绝大多数学者认为来源于 B 细胞,且弥漫性大 B 细胞型恶性淋巴瘤占多数。Brogi^[6]回顾了他人的研究,总结出在 PBL 中,40% ~ 71% 的病理类型是弥漫性大 B 细胞型或免疫母细胞型,而滤泡性淋巴瘤的发生率为 2% ~ 44%,黏膜相关性淋巴瘤为 8.5% ~ 35%。T 细胞来源的 PBL 较少。本组 66.7% (4/6) 为弥漫性大 B 细胞型,33.3% (2/6) 为滤泡性淋巴瘤,与报道一致。

PBL 的诊断多按 Vigliotti 的标准^[7]:(1)乳腺肿块的病理检查结果为恶性淋巴瘤;(2)首发于乳腺;(3)与乳腺淋巴瘤同时发生或随后累及区域淋巴结,但不同时存在乳腺外淋巴瘤;(4)既往无其他部位淋巴瘤病史,并除外全身淋巴瘤及白血病。

乳腺淋巴瘤有不同于乳腺癌的特点:发病以中青年多见,症状和病变不平行,肿块多位于乳腺外上象限,生长迅速,肿块质中有弹性,活动度好,与皮肤无黏连,乳头无凹陷,皮肤无橘皮样改变等。本组 83.3% (5/6) 患者符合上述改变。少数患者是弥漫浸润使乳房变硬,局部皮肤受累,伴炎症改变与炎性乳腺癌相似。本组 16.7% (1/6) 有此改变,与报道大致相同。少数患者有发热、盗汗、体重减轻等伴随症状,本组 16.7% (1/6) 患者出现上述症状。约 30% ~ 50% 患者伴有同侧腋下淋巴结肿大,而本组患者均无腋窝肿大淋巴结。

关于乳腺淋巴瘤 X 线表现的文献报道不多,大致可分为结节或肿块型及致密浸润型,表现为结节或肿块型者,可为单发或多发,肿块多边缘清楚,缺乏毛刺、细小簇状钙化、漏斗征及皮肤凹陷征等乳腺癌典型征象。致密浸润型表现为大片状密度增高伴皮肤增厚,此时需与乳腺炎症或炎性乳腺癌相区别^[8]。本组 83.3% (5/6) 表现为结节型,16.7% (1/6) 患者表现为致密浸润型。

PBL 的超声表现多见低回声结节,边界不规则,内部回声不均匀,后方回声增高或无改变,而乳腺癌超声表现为肿物内部可见点状钙化,部分乳腺癌内部可见砂粒状细小钙化,肿块后方常有衰减或有声影,这应作为主要的鉴别依据。本组患者均体现 PBL 的上述超声特点,无一例出现毛刺、钙化等典型乳腺癌 X 线征象^[9]。

尽管 PBL 有自己的临床特点,但与早期乳腺癌并无特异性区别,确诊仍需依靠病理及免疫组织化学检查。PBL 镜下所见易与乳腺未分化癌及髓样癌混淆,必需行常规的免疫组织化学检查,最有诊断价值的是免疫组织化学染色,表现为缺乏上皮细胞的阳性标记,如 CK、EMA,而 CD20 抗原标记阳性。

本组 6 例患者均行石蜡切片,苏木精-伊红(HE)染色及免疫组织化学染色,结果 EMA、CK 均为(-),全 B 细胞标记 CD20 抗原为(+)。

总之,PBL 相对少见,其临床及影像学表现缺乏特异性,病理及免疫组织化学联合检查是其确诊的金标准。目前 PBL 仍需要长期的临床观察和随访深入研究,争取术前诊断,避免乳房切除,降低并发症,提高生活质量。

【关键词】 原发性乳腺淋巴瘤; 乳腺癌; 鉴别诊断

【中图法分类号】 R737.9 **【文献标识码】** B

参考文献

- [1] Mambo N C, Burke J S, Butler J J. Primary malignant lymphomas of the breast. *Cancer*,1977,39:2033 – 2040.
- [2] Lamovee J, Jancar J. Primary malignant lymphoma of the breast. *Cancer*,1987,60:3033 – 3041.
- [3] Smith M R, Brustein S, Straus D J. Localized non-Hodgkin's lymphoma of the breast. *Cancer*,1987,59:351 – 354.
- [4] Wong W W, Schild S E, Halyard M Y, *et al.* Primary non-Hodgkin lymphoma of the breast: the Mayo Clinic experience. *J Surg Oncol*,2002,80:19 – 25.
- [5] 胡春宏,周立强,刘平. 原发性乳腺淋巴瘤(15 例报告及文献复习). *中国肿瘤临床*,2001,28:501 – 503.
- [6] Brogi E, Harris N L. Lymphomas of the breast pathology and clinical behavior. *Semin Oncol*, 1999,26:357 – 364.
- [7] Vigliotti M L, Dellolio M, Lasala A, *et al.* Primary breast lymphoma outcome of 7 patients and a review of the literature. *Leuk Lymphoma*, 2005,46:1321 – 1327.
- [8] 刘佩芳,尹璐,牛昀,等. 原发性乳腺淋巴瘤线表现及与病理相关性探讨. *中华放射学*,2005,39:46 – 49.
- [9] 朱利,郝玉芝,李洪林,等. 乳腺原发性淋巴瘤的超声诊断. *中国医学影像技术*,2001,17:434 – 435.

(收稿日期:2008-03-05)

(本文编辑:陈莉)

张月秋,郭文斌. 原发性乳腺淋巴瘤与乳腺癌的鉴别诊断探讨[J/CD]. *中华乳腺病杂志:电子版*,2008,2(5):593 – 596.