

• 病例报告 •

乳腺导管内原位癌术后左锁骨上淋巴结转移一例报道

颜承平 姜楠 张宗明

乳腺导管内原位癌(ductal carcinoma in situ, DCIS)占乳腺癌的 10%, 占所有乳腺 X 线照相诊断为乳腺肿瘤的 20%~30%^[1]。DCIS 术后预后好。综合文献资料只有 1%~2%的腋窝淋巴结转移率^[2]。本院 1 例 DCIS 术后 5 年后发生左锁骨上淋巴结转移。

1 临床资料

患者, 女性, 65 岁, 因左乳腺癌于本科行改良根治术, 术后 5 年半发现左锁骨上肿物 2 周于 2010 年 7 月 9 日入院。原术后病理(图 1): 肿瘤直径约 5 cm, 乳腺增生症, 部分导管上皮呈中-重度非典型增生, 个别导管上皮原位癌变, 腋窝淋巴结未见肿瘤组织(0/13); 免疫组织化学: 雌激素受体(ER)(+), 孕激素受体(PR)(-), P53(-), cerbB-2[小灶区域的细胞(+)], 增殖细胞核抗原(PCNA)[个别细胞(+)], bcl-2(+). 术前超声检查未见腋窝及锁骨上淋巴结肿大; 术后首次化学药物治疗后出现重度骨髓抑制, 未再行化学药物治疗, 未行放射治疗, 未行内分泌治疗。患者无意发现左锁骨上肿物 2 周, 于本院外科门诊行左锁骨上肿物针吸细胞学检查, 发现癌细胞被收入院。查体: 左锁骨上可触及多发肿大淋巴结, 最大直径约 2 cm, 质硬, 轻压痛, 活动差。胸部 CT、腹部 CT、乳腺彩色超声、胃镜检查均未见明确肿瘤。于 2010 年 8 月 3 日行左锁骨上淋巴结活组织检查术, 术后病理报告: 纤维结缔组织及淋巴结中可见转移的中-低分化腺癌组织, 部分区域呈黏液腺癌分化(图 2、3、4), 癌可能来源于乳腺; 免疫组织化学检查: ER(+), PR[个别细胞(+)], P53[个别细胞(+)], cerbB-2(+), bcl-2(+). 综上所述, 转移癌来源于乳腺。请病理科医生协助复习原手术连续石蜡病理切片, 乳腺导管内原位癌诊断明确。患者目前正在接受综合性治疗。

2 讨论

乳腺原位癌是乳腺癌中最早期癌, 以导管内癌为主, 小叶原位癌较少。1971 年 Haagensen 提出如果肿物少于一半为浸润成分, 即为乳腺导管内原位癌(ductal carcinoma in situ, DCIS); 后来 DCIS 被定义为无论肿瘤的大小, 只要没有浸

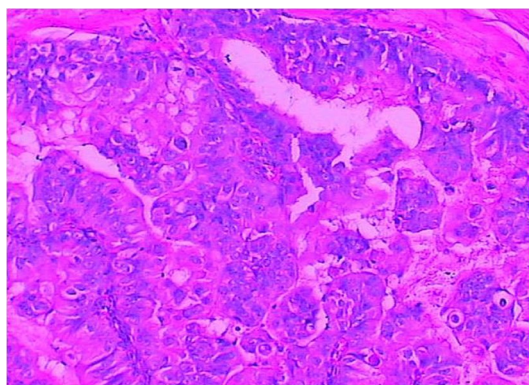


图 1 2004 年患者左乳腺癌病理图(HE 染色 $\times 200$)

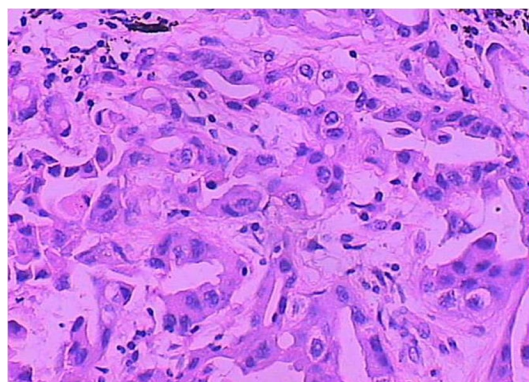


图 2 2010 年患者左锁骨上淋巴结病理图(HE 染色 $\times 200$)

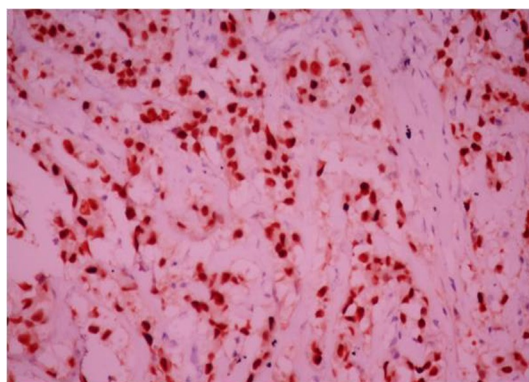


图 3 雌激素受体在细胞核内阳性表达(ABC 免疫组织化学 $\times 200$)

润成分^[3]。乳腺原位癌一般无临床症状和阳性体征,或只伴乳腺其他病变的症状和体征,如乳头溢液、乳腺肿块等;各种影像学检查对其诊断多显无助;其诊断主要依靠组织病理学来明确。一般 DCIS 预后良好,复发及远处转移很少。该患者术前因未能明确 DCIS 行改良根治术,术后病理为 DCIS,术后考虑瘤体大,ER(+),PR(-),试预防性化疗,由于首次化疗出现重度骨髓抑制,未再坚持化疗,也未行放射治疗及内分泌治疗。鉴于本例肿瘤直径约 5 cm, ER(+),PR(-),cerbB-2 [小灶区域的细胞(+)],认为术后坚持内分泌治疗可能会使其受益。笔者认为评价 DCIS 术后预后应考虑以下方面:(1)肿瘤以原位癌成分为主,已有部分浸润的乳

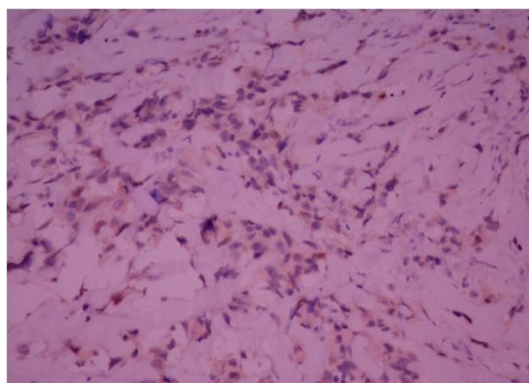


图 4 孕激素受体在细胞核内阳性表达(ABC 免疫组织化学 ×200)

腺癌,在病理切片检查时,由于取材部位的关系,或切片数量过少,仅依据一张或两张切片所见为原位癌,而将浸润部分遗漏,导致诊断上的误差。事实上,有重要临床意义的是已发生癌组织浸润的部分,即使是很小的局部,而不是在体积上占优势的原位癌成分。(2)乳腺 DCIS 的传统分型是形态学分型,近些年常用的是结合生长方式和细胞核异型性,将 DCIS 分为高、中、低分化 3 种亚型或是高、低分化 2 种亚型^[4]。高分化 DCIS 进展为浸润性癌的危险性是 13%,低分化 DCIS 则为 36%^[5]。Wiechmann 等^[6]指出 DCIS 进展为浸润性导管癌(IDC)的遗传学通路演变模式是不同的,乳腺癌在原位癌甚至更早期阶段就不是一种单一的病变而是多种不同病变的集合。可见根据分化程度分型对预后有一定影响。(3)原发肿瘤大小与复发及淋巴结转移有关。Yi 等^[7]认为临床 DCIS 肿物直径>5 cm 应行前哨淋巴结活检(SNB),Sakr 等^[8]则认为 DCIS 肿物直径>3 cm 是 SNB 的指征。总之,乳腺癌是一个全身性疾病,可能还存在着其他不明机制影响或决定着乳腺原位癌的复发及转移。

为了减少复发,改善预后,应该注意:病灶切除应广泛而彻底,不遗留病变组织;手术医生应与病理科医生密切配合、协作,送检的癌组织要充分;病理医生对原位癌的诊断应严格,取材要全面,必要时需行连续切片,以免遗漏有癌浸润部分;腺体部分保留者,如需要及允许,手术后应辅以放射治疗及(或)内分泌治疗等措施,并定期复查。

【关键词】 乳腺肿瘤;导管原位癌;淋巴结转移

【中图分类号】 R737.9 【文献标识码】 B

参考文献

- [1] Jemal A, Murray T, Ward E, et al. Cancer statistics, 2005 [J]. CA Cancer J Clin, 2005, 55(1): 10-30.
- [2] 韦佳明, 刘治滨. 乳腺导管内的腋窝淋巴结转移率与术式选择[J]. 中国癌症杂志, 2004, 14 (5): 472-473.
- [3] 王俊杰, 马力文, 庄永志, 等. 乳腺导管内原位癌治疗进展[J]. 中华肿瘤临床与康复, 2002, 9 (1): 126-128.
- [4] 王淑玲, 牛昀. 乳腺原位癌研究的新进展[J]. 中华医学杂志, 2010, 90(8): 570-573.
- [5] OFlynn EA, Morel JC, Gonzalez J, et al. Prediction of the presence of invasive disease from the measurement of extent of malignant microcalcification on mammography and ductal carcinoma in situ grade at core biopsy [J]. Clin Radiol, 2009, 64(2):

178-183.

- [6] Wiechmann L, Kuerer HM. The molecular journey from ductal carcinoma in situ to invasive breast cancer [J]. Cancer, 2008, 112(10):2130-2142.
- [7] Yi M, Krishnamurthy S, Kuerer HM, et al. Role of primary tumor characteristics in predicting positive sentinel lymph nodes in patients with ductal carcinoma in situ or microinvasive breast cancer [J]. Am J Surg, 2008, 196(1):81-87.
- [8] Sakr R, Antoine M, Barranger E, et al. Value of sentinel lymph node biopsy in breast ductal carcinoma in situ upstaged to invasive carcinoma [J]. Breast J, 2008, 14(1):55-60.

(收稿日期:2010-09-01)

(本文编辑:赵彬)

颜承平, 姜楠, 张宗明. 乳腺导管内原位癌术后左锁骨上淋巴结转移一例报道[J/CD]. 中华乳腺病杂志:电子版, 2011, 5(3):374-377.