

· 病例报告 ·

乳腺纤维瘤病三例

李雪莲 刘鹏熙 陈亚丽

乳腺纤维瘤病又称韧带样瘤,是一种非常罕见的良性肿瘤,约占全部乳腺疾病的 0.2% 或更少^[1],具有局部浸润、易复发而无远处转移等特点。本文报道了在本院手术的 3 例女性患者的临床病理特征。

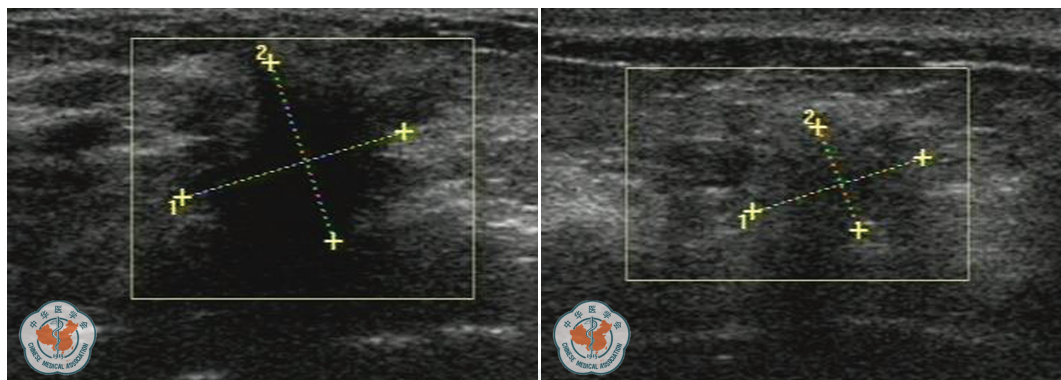
1 临床资料

患者 1, 21 岁, 2011 年 8 月因右乳肿物 2 月余就诊。右乳内下肿物 2.5 cm×2.5 cm, 质韧, 边界欠清, 活动欠佳, 表面不光滑, 与皮肤粘连, 可见“酒窝征”; 超声可见右乳内下象限低回声团块、内部回声不均匀, 周边呈蟹足样浸润, 不排除恶变可能(图 1); 钼靶 X 线检查: 右乳肿块边缘呈毛刺状, 边界不清, 疑有恶变; 术后标本, 肉眼见肿块色灰白, 边界不清(图 2); 镜下见肿块内大量梭形细胞及胶原纤维, 间质呈玻璃样变性, 增生胶原纤维在小叶间呈浸润性生长, 间质细胞核轻度增大, 核分裂罕见, 呈梭形或卵圆形, 染色质稀疏; 有淋巴细胞浸润(图 3)。免疫组织化学: CK(-), CD34(-), 平滑肌肌动蛋白(smooth muscle actin, SMA)(+), Desmin(-), Bcl-2(-), Ki 67(1% 阳性)。

患者 2, 21 岁, 2011 年 9 月因右乳肿物 3 月就诊。右乳内下可触及相邻的 2 个肿块, 大小分别为 1.4 cm×1.2 cm, 1.5 cm×1.2 cm, 质硬, 边界欠清, 表面欠光滑, 活动差, 无皮肤粘连。超声见低回声肿块, 内部回声均匀, 拟诊为纤维瘤; 肉眼见肿块剖面色灰白, 无包膜, 边界不清; 病理: 间质见结节状分布的瘤样病灶, 边界不规则, 浸润性生长, 可见长梭形细胞纤维样细胞, 伴广泛性玻璃样变性, 核分裂数罕见(图 4); 免疫组织化学: CK(-), SMA(+), Desmin(-), CD10(+), CD34(+)

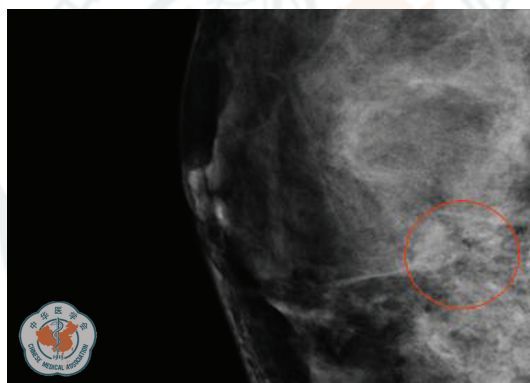
患者 3, 35 岁, 2011 年 11 月因左乳肿物 3 年余入院。左乳外上肿块 2.5 cm×2.0 cm, 质韧硬, 边界尚清, 呈分叶状。超声见左乳外上象限混合回声肿块, 拟诊囊肿并感染。钼靶示左乳外上肿块, 良性可能性大(图 5)。大体标本为色灰白, 包膜完整、分叶状。病理: 肿物由增生的长梭形肿瘤细胞构成, 浸润性生长。细胞分化良好, 核呈轻度异形性, 核分裂罕见。肿瘤见间质玻璃样变性。

免疫组织化学:CK(-),SMA(灶+),Demin(-),S-100(-),CD10(-),CD34(+),Ki67(阳性率<2%)。



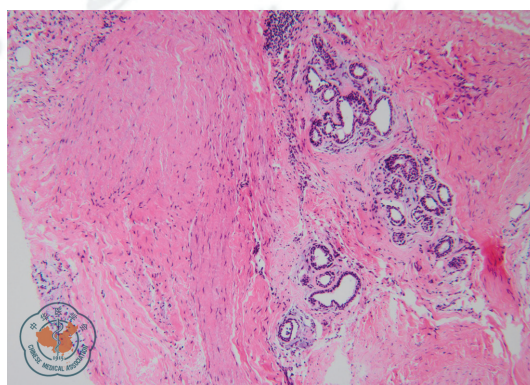
肿物内部回声不均匀,边界不清,浸润性生长。

图 1 患者 1 的超声图像



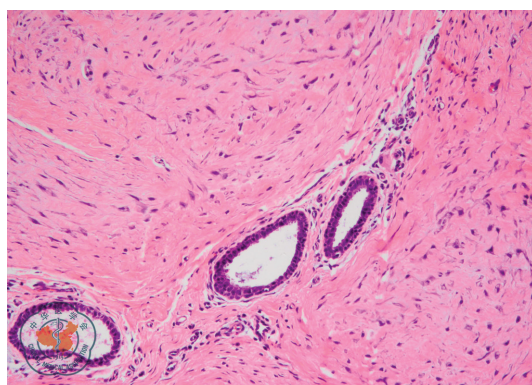
肿块边缘呈毛刺状,边界不清。

图 2 患者 1 的钼靶 X 线图像



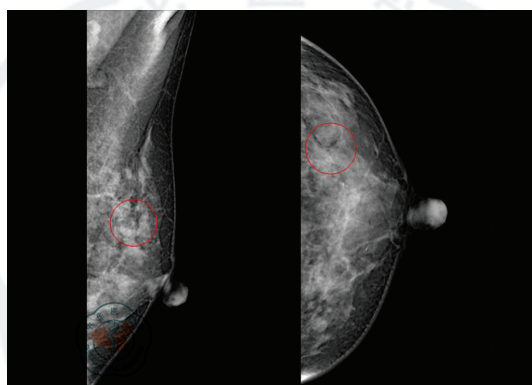
大量梭形细胞及胶原纤维增生,组织间质呈玻璃样变,胶原纤维在乳腺小叶间呈浸润性生长,边界不清,细胞核呈梭形或卵圆形,染色质稀疏。

图 3 患者 1 的病理图片(HE 染色 ×40)



见长梭形细胞纤维样细胞,伴广泛性玻璃样变性,向乳腺小叶及脂肪组织浸润。

图 4 患者 2 的病理图片(HE 染色 $\times 40$)



左乳外上肿物,边界欠清。

图 5 患者 3 的钼靶 X 线图像

2 手术方法及结果

以上 3 例均于静脉全麻下行局部肿块切除,术中发现肿块向局部组织浸润,无包膜,边界不清,质脆,遂进一步扩大切除周边组织,术后恢复尚可,随访 12 个月均未见复发征象。

3 讨论

本病多发生在腹壁,胸壁也可见,少见于胸腹壁以外的部位。首发在乳腺组织者每百万人中少于 5 例,其发病率不足 0.2%^[1],因而容易误诊。以往文献报道的乳腺纤维瘤病,临床可触及,乳腺彩超及钼靶 X 线检查均疑似恶性;平均发病年龄多在 35.0 ~ 50.3 岁,13 ~ 83 岁均可患病,本组 3 例均为年轻女性。本病尽管属于良性肿瘤,但据文献报道其浸润率及复发率可高达 29% 以上,术后 3 年内复发率最高。其局部表现为单个孤立肿块或多发性肿块,其中多发性肿块在已报道的病例中占 15%。该病的病因可能与乳房的创伤有关,

如缩乳术或隆胸术后,乳房内放置硅胶等相关^[2]。有少数病例考虑与家族性息肉综合征的患者或 Gardner 综合征相关。该病通常易与低级别的纤维肉瘤相混淆,临床仅有 50% 的病例可通过术前活检明确诊断。治疗方面:最有效的治疗是手术切除并切缘阴性^[3],国外多数学者认为导致高复发率的主要原因是未获得阴性手术切缘^[4]。但有学者认为复发与切缘是否阴性并无相关性,如反复术中切缘均为阳性时,也可以选择放疗、放疗联合手术或单独放疗(50~60 Gy),可使 70%~80% 的患者达到长期控制^[5]。Heinrich^[6]等报道了在个别病例中使用伊马替尼(Imatinib,一种酪氨酸激酶抑制剂)后,患者可临床获益,可能与肿瘤细胞内 PDGFRD 基因的表达激活了酪氨酸激酶 c-kit 的受体和血小板衍生生长因子受体- α 有关。本文报道的 3 例,均为本院首诊发现,术后随访时间短,尚未见复发。

【关键词】 乳腺肿瘤;纤维瘤病

【中图分类号】 R 737.9

【文献标识码】 A

参考文献

- [1] Schwarz GS, Drotman M, Rosenblatt R, et al. Fibromatosis of the breast: case report and current concepts in the management of an uncommon lesion[J]. Breast J, 2006, 12(1):66-71.
- [2] Neuman HB, Brogi E, Ebrahim A, et al. Desmoid tumors (fibromatoses) of the breast: a 25-year experience[J]. Ann Surg Oncol, 2008, 15(1):274-280.
- [3] Buitendijk S, van de Ven CP, Dumans TG, et al. Pediatric aggressive fibromatosis: a retrospective analysis of 13 patients and review of literature[J]. Cancer, 2005, 104(5):1090-1099.
- [4] Faulkner LB, Hajdu SI, Kher U, et al. Pediatric desmoid tumor: retrospective analysis of 63 cases. J Clin Oncol, 1995, 13(11):2813-2818.
- [5] Lakhan SE, Eager RM, Harle L. Aggressive juvenile fibromatosis of the paranasal sinuses: case report and brief review. Hematol Oncol, 2008, 1:3.
- [6] Heinrich MC, McArthur GA, Demetri GD, et al. Clinical and molecular studies of the effect of imatinib on advanced aggressive fibromatosis (desmoid tumor)[J]. J Clin Oncol, 2006, 24(7):1195-1203.

(收稿日期:2011-12-31)

(本文编辑:刘军兰)

李雪莲,刘鹏熙,陈亚丽. 乳腺纤维瘤病三例[J/CD]. 中华乳腺病杂志:电子版,2012,6(5):582-585.