

乳腺伴梭形细胞化生性腺癌 1 例

李维炜, 蒋爱梅, 王艳梅, 李姝墨, 马 芸
(昆明医科大学第一附属医院乳腺外科, 云南 昆明 650032)

[关键词] 乳腺肿瘤; 化生性癌; 腺癌

[中图分类号] R737.9 [文献标识码] A [文章编号] 2095-610X (2014) 01-0130-03

乳腺癌在我国已经占到城市女性恶性肿瘤第一位, 乳腺伴梭形细胞化生性腺癌是 WHO 在 2003 年的新分类中特殊类型乳腺癌 / 化生性癌的一个亚型, 曾叫做梭形细胞癌、肉瘤样癌, 在临床上十分罕见, 现报告昆明医科大学第一附属医院乳腺外科收治的该病 1 例, 以探讨其临床病理特征、免疫表型、诊断治疗及预后情况的特点。

1 临床资料

患者女, 39 岁, 已婚, 因“发现右乳肿物 1 月余”于 2012 年 9 月 10 日入院。患者 1 月前因复查“乳腺增生”至当地医院就诊, 体检发现右乳一约板栗大小肿物, 质硬、界欠清、活动性差、无压痛、红肿等, 行 B 超检查发现右乳内上象限占位性病变声像图, 考虑为: 乳腺纤维腺瘤。该肿物自发现以来迅速增大, 患者饮食、睡眠、体重等无明显变化。为求进一步治疗, 患者至乳腺外科就诊。既往患乳腺增生 10 a, 间断口服中成药治疗, 无基础疾病, 无肝炎结核等传染病史, 无手术外伤输血史, 平时无烟酒等不良嗜好, 月经欠规律, 初潮 14 岁, 生育 2 个小孩, 共哺乳 1 a。母亲患“肺癌”, 无乳腺癌家族史。专科查体: 右乳略大于左乳, 无乳头凹陷, 右乳内上象限可触及一大约 4 cm × 4 cm × 3.5 cm 圆形肿物, 质硬, 表面不光滑, 活动欠佳, 边界不清, 无压痛, 挤压乳头无溢液。左乳未及明显肿物, 双侧腋窝, 锁骨上下未及明显肿大淋巴结。辅助检查: 乳腺彩超示: 右乳内上象限实性结节, 彩色多普勒血流图 (color doplor flow image, CDFI), 彩色多普勒能量 (color doppler energy, CDE) 示其内可见 III 级血流信号。乳腺钼靶示: 右乳内上象限不规则稍高密度肿块影 (图

1、2), 边缘分叶状, 边界欠清晰, 内无钙化, 恶变不排除 (BI-RADS 4B 级)。腹部 B 超, 胸片及全身骨扫描未见异常。肿瘤标志物: CEA 0.15 ng/mL, CA125 2.54 U/mL, CA153 7.55 U/mL。经完善相关检查后给予右乳肿物切除, 术中见肿瘤大小约 4 cm × 3 cm × 3 cm, 包膜不完整, 边界不清, 呈鱼肉状。冰冻示恶性, 遂行右乳癌改良根治术, 手术完整切除右乳, 保留胸大肌, 胸小肌, 清扫 Rotter 淋巴结及 Level I、II 淋巴结。术后病理诊断: (右乳腺) 化生性癌 (梭形细胞癌)。腋窝淋巴结未见癌细胞转移 (0/25)。镜下见: 梭形肿瘤细胞呈条索状, 编织状排列 (图 3), 伴同部分腺上皮。免疫组化: ER (-)、PR (-)、Her-2 (-), CK、CK5/6、VIM (+) (图 4, 5), SMA 部分 (+)、CD34、Desmin、CD117、actin (-)。后续治疗给予 EC 方案 4 周期序贯 T 方案 4 周期化疗 (表柔比星 100 mg/m²dL+ 环磷酰胺 600 mg/m² dL, 4 周期, 序贯多西他赛 100 mg/m²dL, 4 周期, 21 d 为 1 周期) 及 5 周 25 次共 50 Gy 的放疗, 患者治疗期间呕吐及骨髓抑制均不重, 随访 9 个月, 无复发及远处转移。

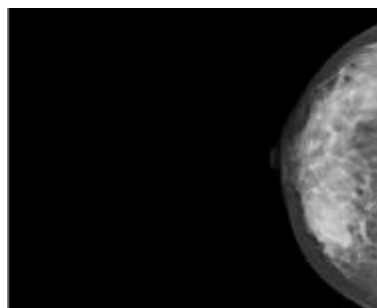


图 1 右乳 CC 位

[作者简介] 李维炜 (1984~), 男, 四川宜宾市人, 在读硕士研究生, 主要从事乳腺外科临床及研究工作。

[通讯作者] 蒋爱梅. E-mail: aimei.jiang2007@126.com

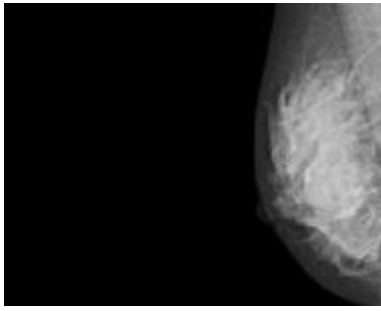


图 2 右乳 MLO 位

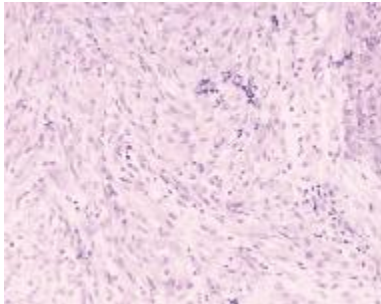


图 3 梭形细胞呈条索状排列

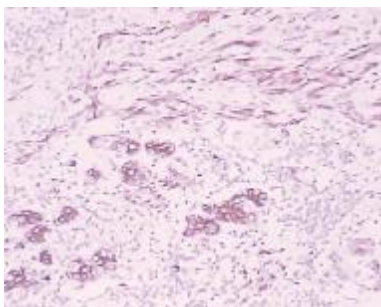


图 4 CK5/6 (+) 定位于浆细胞

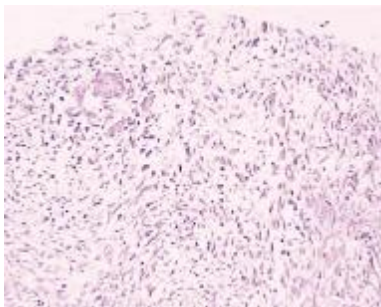


图 5 Vimentin (+) 定位于浆细胞

2 讨论

Gobbi 等^[1]认为乳腺伴梭形细胞化生性腺癌在全部乳腺浸润性癌中的比例低于 0.5% (国外也有报道称约 0.02%), 国内仅见极少量报道. 在 2003 年最新的 WHO 乳腺肿瘤组织学分类中, 将乳腺化生性癌分为: 纯上皮化生性癌及上皮 / 间叶混合性

化生性癌 2 类, 其中乳腺伴梭形细胞化生的腺癌 (既往称乳腺梭形细胞癌) 属于乳腺化生性癌的一个亚型, 本质是上皮来源. 诊断上的依据是病理检查. 该病多见于绝经后妇女, 平均发病年龄 68 岁, 有报道肿瘤直径平均约 5.7 cm, 多呈分叶状, 其内可见丰富血流信号^[2], 范围 (1.6 ~ 20 cm)^[3], 外观较灰白, 质多硬. 本例患者 39 岁, 发病年龄轻, 未绝经, 肿瘤大小约 4 cm × 3 cm × 3 cm, 包膜不完整, 边界不清, 呈鱼肉状. 病检一度认为是右乳交界性 (低度恶性) 叶状肿瘤, 后经 307 医院乳腺疑难病理会诊中心确诊为伴梭形细胞化生性腺癌. 在治疗上, 由于化生性癌雌、孕激素多呈阴性, 导致从内分泌药中获益较少. 加之梭形细胞来源于间叶组织, 对雌、孕激素不敏感, 基因突变较少, 基本不表达 Her-2, 在分子靶向治疗上也无法得到有效治疗^[4]. 乳腺伴梭形细胞化生的腺癌由于核分裂像比较少见, 异型性不高, 一般认为恶性程度较低, 但学者 Catroppo 等^[5]认为化生性癌常绕过腋窝淋巴结在远处转移, 主要是肺, 其次是骨, 所以即便腋窝淋巴结阴性的情况下, 化疗及必要时的局部放疗对防止新的癌细胞出现是有帮助的. Esbah 等^[6]认为此类癌化疗中位周期为 6 次, 范围 (4 ~ 8 次), 多选用紫杉类及铂类药物化疗. 也有报道称化生性癌常表达 EGFR (表皮生长因子), 可能从抗表皮生长因子的药物吉非替尼的治疗中获益^[7]. 国内目前对乳腺伴梭形细胞化生的腺癌性治疗尚缺乏标准的方案, 多参照常規的手术 - 化疗 - 放疗方式, 但由于其特殊性, 术前可以考虑先行前哨淋巴结活检, 如为阴性则不清扫腋窝淋巴结, 本例因已行术中切除活检, 故未予前哨淋巴结活检, 但前哨淋巴结活检对减轻术后并发症有较大帮助. 化疗则可针对其远处转移的特点, 在能耐受的周期和合理化疗剂量下应适当加强, 本例患者免疫组化为三阴性, 从内分泌和基因靶向治疗中的获益少, 使用 EC 方案 4 周期序贯 T 方案 4 周期强化, 待化疗结束后可根据具体身体情况决定放疗方案. 放疗区域应包括同侧胸壁, 腋窝淋巴结及经改良根治术后最易复发的同侧锁骨上区等区域, 这对于防止患者的局部复发和远处转移有积极帮助, 本例患者年轻, 耐受性好, 采用 5 周 25 次共 50 Gy 的放疗更有益于患者的生存预期.

总之, 对于乳腺伴梭形细胞化生性腺癌应该采取改良根治术后根据免疫组化选择性的治疗, 如为三阴性, 可在化疗上给予强化, 对于放疗的范围和频率如今尚无标准. 而前哨淋巴结活检技术和保乳

(下转第 133 页)

大, 极为罕见, 临床上应予以注意, 以防牙拔除过程中将多生牙遗留在上颌骨中, 造成不必要的拔牙术后感染等各种并发症。

[参考文献]

- [1] 续美如, 霍益亮, 吕冰峰. 北京地区青少年恒牙先天数目异常的分析[J]. 人类学学报, 2003, 22(2): 145 - 149.

- [2] KHALAF K, ROBINSON D L, ELCOCK C, et al. Tooth size in patients with supernumerary teeth and a control group measured by image analysis system [J]. Arch Oral Biol, 2005, 50(2): 243 - 248.
- [3] 樊明文, 周学东. 牙体牙髓病学[M]. 第3版. 北京: 人民卫生出版社, 2008: 123 - 124.
- [4] 石四箴. 儿童口腔医学[M]. 第3版. 北京: 人民卫生出版社, 2008: 56 - 57.

(2013 - 12 - 15 收稿)

(上接第 131 页)

手术使用的增加将会让更多的此类患者在保证预后的基础上得到相对理想的生活质量。

[参考文献]

- [1] GOBBI H, SIMPSON J F, BOROWSKY A, et al. Metaplastic breast tumors with a dominant fibromatosis-like phenotype have a high risk of local recurrence [J]. Cancer, 1999, 85(10): 2170 - 2182.
- [2] LAI Y C, HSU C Y, CHOU Y H, et al. Sonographic presentations of metaplastic breast cancers [J]. J Chin Med Assoc, 2012, 75(11): 589 - 594.
- [3] KHAN H N, WYLD L, DUNNE B, et al. Spindle cell carcinoma of the breast: a case series of a rare histological subtype [J]. Eur J Surg Oncol, 2003, 29(7): 600 - 603.
- [4] 徐亮, 王忆丽, 吴晓波, 等. 乳腺腺癌伴梭形细胞化生一例并文献复习 [J]. 中华乳腺病杂志 (电子版),

2012, 6(2): 229 - 233.

- [5] CATROPPO J F, LARA J F. Metastatic metaplastic carcinoma of the breast (MCB): an uncharacteristic pattern of presentation with clinicopathologic correlation [J]. Diagn Cytopathol, 2001, 25(5): 285 - 291.
- [6] ESBAN O, TURKOZ F P, TURKER I, et al. Metaplastic breast carcinoma: case series and review of the literature [J]. Asian Pac J Cancer Prev, 2012, 13 (9): 645 - 649.
- [7] LEIBL S, MOINFAR F. Metaplastic breast carcinomas are negative for Her-2 but frequently express EGFR (Her-1): potential relevance to adjuvant treatment with EGFR tyrosine kinase inhibitors [J]. J Clin Pathol, 2005, 58 (7): 700 - 704.

(2013 - 12 - 12 收稿)