

文章编号 :1005-2208(2016)07-0759-04

DOI:10.7504/CJPS.ISSN1005-2208.2016.07.13

乳腺增生症诊治专家共识

中华预防医学会妇女保健分会乳腺保健与乳腺疾病防治学组

中图分类号 R6 文献标志码 A

【关键词】 乳腺;乳腺增生症;乳腺腺病;乳腺囊性增生病

Keywords breast;breast hyperplasia;mastopathy;breast cystic hyperplasia

乳腺增生症是临床上最常见的良性乳腺疾病^[1]。目前临床对于该病的概念、分类、诊断和治疗等一系列问题存在诸多分歧。中华预防医学会妇女保健分会乳腺保健与乳腺疾病防治学组组织专家、学者对乳腺增生症的规范诊疗进行了多次讨论,初步达成以下专家共识。

1 命名与概念

乳腺增生症是乳腺正常发育和退化过程失常(ANDI)导致的一种良性乳腺疾病(BBD)^[2],本质上是由于乳腺实质和间质不同程度地增生及复旧不全所致的乳腺正常结构紊乱。其病理学形态多样、复杂,故临床命名不统一。国外文献通常称为乳腺腺病(mastopathy)、纤维囊性乳腺病(fibroadenosis)、乳腺纤维囊性改变(fibrocystic change)、良性乳腺结构不良(benign mammary dysplasia)、硬化性腺病(sclerosing adenosis)等。《疾病和有关健康问题的国际统计分类第10次修订版》(ICD-10)称之为乳腺囊肿、慢性囊性乳腺病、乳腺囊性增生病、乳房纤维硬化症、乳腺增生等。大中专医学院校常用的外科学教材中称之为乳腺囊性增生病或乳腺病^[3-4]。本共识将上述名称统一称为乳腺增生症。

2 危险因素

乳腺增生症多发生于30~50岁女性^[5]。致病原因主要与内分泌功能紊乱^[2-4,6]。(1)雌、孕激素比例失调,使乳腺实质增生过度及复旧不全。(2)乳腺性激素受体的质和量异常,使乳腺各部分增生程度参差不齐。(3)催乳素升高,影响乳腺生长、发育和泌乳功能,同时影响下丘脑-垂体-性腺轴功能。因此,任何导致性激素或其受体改变的因素均可能增加乳腺增生症的患病风险,如年龄、月经史、孕育史、哺乳史、服避孕药史及饮食结构,以及社会心理因素等。

3 组织病理学

乳腺增生症的组织病理学形态复杂多样,其分类也因此存在分歧。刘复生^[7]将乳腺增生症分为囊性增生病、小叶增生、腺病、纤维硬化病;张保宁^[8]、李树玲^[9]将之分为乳腺单纯性增生症(乳腺疼痛)、乳腺腺病、乳腺囊性增生症。乳腺疼痛(乳痛症)是国外分类中的生理性肿胀和触痛症候群^[6],因此,不在本共识的分类中。

3.1 乳腺腺病 乳腺腺泡和小导管明显地局灶性增生,并有不同程度的结缔组织增生,小叶结构基本失去正常形态。分为3个亚型,即小叶增生型、纤维腺病型、硬化性腺病型。小叶增生型小叶内导管及腺泡均增生,纤维组织轻度增生,可见淋巴细胞浸润,小叶境界清楚;纤维腺病型小叶内腺管和纤维组织进一步增生伴淋巴细胞浸润,小叶结构紊乱,腺管上皮增生呈多层或形成乳头状、筛状甚至充满管腔,小叶内导管扩张形成微囊;硬化性腺病型小叶内纤维组织过度增生,致使管泡萎缩乃至消失,腺管受挤压扭曲变形,上皮细胞体积变小、深染,但细胞无异型。

3.2 乳腺囊性增生病(症) 导管上皮增生,管腔扩大,可形成大小不等的囊肿,囊肿内容物多为淡黄色、无色或乳白色浆液。分为4个亚型,即囊肿、导管上皮增生、盲管型腺病、大汗腺样化生。囊肿主要由末端导管高度扩张而成,囊壁衬覆立方上皮;导管上皮增生为导管增粗,上皮细胞层次增多,管腔变小;盲管型腺病为小导管或末梢导管扩张形成,管腔一般无分泌物;大汗腺样化生囊肿内衬上皮呈高柱状、胞体大、核小而圆,位于细胞底部,游离缘可见小球形隆起物。

以上几种类型可单独存在,也可同时出现在同一病人的乳腺小叶内,各小叶的增生发展也不完全一致。

4 临床表现

乳腺增生症的主要临床表现是乳腺疼痛、结节状态或肿块,部分病人合并乳头溢液^[6,8-9]。

疾病早期病人主诉的疼痛可为与月经周期相关的周期

性疼痛,而乳腺囊性增生患者常为定位明确的非周期性疼痛。

乳腺结节状态包括颗粒状结节、条索状结节以及局限性或弥漫性腺体增厚等,结节常为多个,可累及双侧乳腺,亦可单发。肿块一般较小,形状不一,可随月经周期性变化而增大、缩小或变硬、变软。伴乳头溢液者占3.6%~20.0%,常为淡黄色、无色或乳白色浆液,血性溢液少见^[10]。

5 辅助检查

5.1 乳腺超声检查 对腺体丰富且年龄<35岁的病人,首选彩色超声检查。超声检查对致密腺体中的结节和囊、实性肿物的分辨率远优于乳腺X线检查^[11]。

超声表现多为回声增粗、增强,内可见低回声结节,结节边界不规则,界限欠清晰,后方回声无衰减或有轻度增强,彩色多普勒仅见少量点状或短棒状血流信号。实性病变呈局限性低回声,囊肿表现为无回声的液性暗区,边界光滑锐利,有明显的病变后方回声增强效应。

5.2 乳腺X线检查 X线检查是发现早期癌和微小癌的重要手段,对于微钙化的检查是其他影像学检查不能比拟的^[12-13]。

可触及明确肿块的乳腺增生症病人中超过半数X线检查表现为无明显边界的片状密度增高影或结节影,可伴有钙化灶。钙化常为较粗大砂砾状、杆状或小弧状,分布于乳腺局部,也可弥漫分布于整个乳腺腺体,但每平方厘米钙化数目均<10个。也有部分病变呈腺体密度,较均匀,形态可不规则,边缘模糊或部分边缘清楚。囊肿性病变也表现为结节状影,密度均匀,边界清晰。

5.3 乳管镜、乳管造影检查 针对乳头溢液的病人,可行乳管镜或乳管造影并结合细胞学检查进行鉴别诊断。

5.4 病理学检查 针对体检和影像学检查发现的乳腺肿块、局限性腺体增厚,彩色超声检查发现的可疑结节,X线检查发现的微钙化,均须进行病理组织学检查(空芯针穿刺活检、细针穿刺细胞学检查或手术活检)进行明确诊断。需要强调的是,病理学检查是诊断乳腺良恶性疾病的金标准。因此,没有病理学依据而进行乳腺增生症的诊断是不科学的。

5.5 其他 乳腺磁共振(MRI)、CT可作为对乳腺增生症进行定性并分型的辅助检查。

6 诊断与鉴别诊断

结合病人的临床表现、辅助检查,尤其是病理学检查,并除外相关疾病后才能做出乳腺增生症的诊断。应对病人进行适宜的影像学检查和对可疑病变的病理组织学检查,以排除恶性病变。

6.1 乳腺疼痛 乳腺增生症为真性乳腺疼痛,多为非周期性乳腺疼痛,疼痛强度轻重各异,常伴有影像学上结节或囊肿样改变。需要与疾病或症状相鉴别。

6.1.1 乳痛症 多为周期性疼痛,少数为非周期疼痛,疼痛

呈弥漫性钝痛或局限性刺痛,触动或颠簸时加重,有时向双上肢放射。临床检查乳腺腺体弥漫性增厚(也可无增厚),无明显可触及的肿块或结节,也可有结节感,但影像学检查并无囊肿或结节。

6.1.2 胸壁疼痛 多为单侧,可分为两类^[2,14]。(1)Tietze综合征:疼痛来源于肋软骨,位于乳腺内象限,按压病变肋软骨时疼痛加重,影像学检查无特异性改变。(2)侧胸壁疼痛:最长发生在腋前线,与前锯肌起源区域相关。

6.1.3 其他原因引起的乳腺疼痛 胆结石、胃食管反流性疾病、颈椎放射痛和心绞痛也可引起乳腺牵涉痛,这类病人通常疼痛有诱因,且常伴有原发病。一些药物,如抗抑郁药、地高辛、噻嗪类利尿剂等也会引起乳腺的疼痛^[15]。

6.1.4 其他原因引起的乳腺真性疼痛 乳腺脓肿引起的疼痛多伴随着炎症症状,疼痛较剧烈,病变呈红、肿、热、痛的炎性表现,脓肿形成后可触及明显的波动感,可伴体温升高,疼痛无规律,与月经周期无关。

6.2 乳腺肿块或囊肿 乳腺增生症的肿块多为双侧多发,亦可单发,肿块呈结节状、片块状或颗粒状,质地一般较软,亦可呈硬韧,生长缓慢,其性状可随月经周期发生变化,可伴有乳腺疼痛。超声表现呈局限性低回声,囊肿表现为无回声的液性暗区,边界光滑锐利。乳腺X线检查多表现为无明显边界的片状密度增高阴影,可伴有粗大钙化,形态多为圆形、环形、杆状或不规则形,量少,多散在分布。乳腺超声及X线检查乳腺影像学报告与数据系统(BI-RADS)分类多为1~3类。需要与疾病或症状相鉴别。

6.2.1 乳腺纤维腺瘤 肿块多为单侧单发,亦有多发者,呈圆形或卵圆形,边界清楚,活动度大,质地一般较韧,与月经周期无明显关系,无乳腺胀痛及触痛。发病年龄多≤30岁,以20~25岁最多见。超声多表现为边界清晰、形态规则的低回声肿物,有时可有小分叶存在。乳腺X线检查常显示形态规则,边界清晰的等或略高密度肿物影及特有的环形透明晕。乳腺超声及X线检查乳腺影像学报告与数据系统(BI-RADS)分类多为2~3类。

6.2.2 乳腺癌 肿块多为单侧单发,多为无痛性肿物,肿块可呈圆形、卵圆形或不规则形,质地较硬,活动度差,具有侵袭性。肿块与月经周期及情绪变化无关,生长迅速,好发于中老年女性。乳腺超声检查显示肿块多数形态不规则或呈分叶状,边缘呈毛刺状,蟹足样,包膜不清晰或无包膜,内部回声多不均匀,低回声或呈混合型回声或病变区呈弥漫性高回声。乳腺X线检查常表现为肿块影、细小钙化点、异常血管影及毛刺等恶性征象。乳腺超声及X线检查BI-RADS分类多为4C或5类。

乳腺增生症各症状与乳痛症、乳腺纤维腺瘤、乳腺癌的鉴别详见表1。诊断流程详见图1。

7 治疗原则

充分的个体化心理及药物干预,结合必要的活检及适当的手术切除是乳腺增生症的有效治疗模式。治疗时应

表1 乳腺增生症鉴别诊断表

	年龄	病程	疼痛	肿块	乳头溢液	影像学表现	
						超声	X线
乳腺增生症	30~50岁	缓慢	多为非周期性	常多个,但亦可单发呈片状、结节状或条索状	无色、淡黄色	局限性低回声或无回声,病变后方回声增强效应	形态规则,片状密度增高影
乳痛症	25~45岁	缓慢,常有自限性	多为周期性	无肿块或结节状弥漫性增厚	无	腺体回声增强,结构紊乱,但无肿块及结节	无异常或可较对侧乳腺呈弥漫性腺体密度增高
乳腺纤维腺瘤	30岁以下, 20~25岁多见	缓慢	无	常单个	无	边界清晰,形态部分规则的低回声,多呈圆形、椭圆形或分叶状	边界清晰的等或略高密度肿块影,周围见薄透亮环,可伴有爆米花样钙化
乳腺癌	40~60岁	迅速	无	常单个	血性、黄色、黄绿色	形态不规则或呈小分叶状毛刺状,蟹足样	高密度肿块影、边缘毛刺样,边界不清,周围见宽窄不等透亮环;泥沙样钙化段样分布

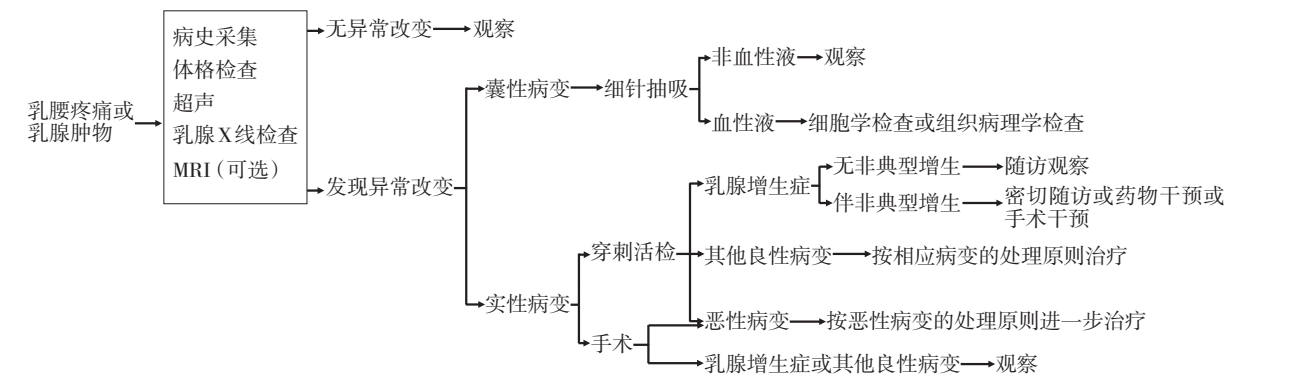


图1 乳腺增生症诊治流程

针对不同的临床表现及病理学类型予以分别对待。对于伴随轻至中度疼痛者以心理疏导及改变生活习惯为主,对于持续性存在的严重乳腺疼痛病人,可予药物治疗^[15-19]。但须注意,药物治疗不能有效缓解乳腺增生症的病理学改变,不能起到根治作用。

对于超声提示的薄壁囊肿,细针穿刺抽吸是首选的治疗方式。抽吸液呈血性者或超声检查提示为复杂性囊肿时应警惕乳腺恶性病变,建议对血性抽吸液进行细胞学或病变部位的病理学检查^[20-21]。

乳腺增生症病变多弥漫,局部手术切除不能解决根本问题。该病本身并无手术治疗的指征,外科干预的主要目的是为了避免漏诊、误诊乳腺癌,或切除可疑病变。需要注意的是,当病人伴有非典型增生时,应成为临床预防的重点。主要有3种预防方法:密切随访、药物干预和手术干预。

治疗流程详见图1。

8 恶变倾向

不同病理学表现的乳腺增生症发生乳腺癌的危险性也不相同^[20]。其中乳腺囊性增生病的癌变率为1%~5%,只有活检证实为非典型增生时其发生乳腺癌的危险性才会明显增加^[22-24]。但约有80%的非典型增生病人终生都不会发展成为乳腺癌^[20]。目前,非典型导管增生(atypical ductal hyperplasia, ADH)及外周型导管内乳透状瘤(peripheral papilloma, PP)(导管内乳头状瘤病)被视为乳腺癌癌前病变^[25-27]。

《乳腺增生症诊治专家共识》编写委员会

参与讨论专家(按姓氏汉语拼音排序):曹旭晨,陈杏初,崔树德,段学宁,范志民,郭晓光,何建军,江泽飞,姜军,蒋宏传,金锋,李波,李晓曦,厉红元,刘健,刘荫华,刘运江,马秀芬,毛大华,欧阳涛,孙靖中,唐金海,田富国,王俊鹏,王宁,王颀,王殊,王翔,薛付忠,尉承泽,余之刚,张斌,张嘉

庆,张建国,郑莹,邹天宁

执笔者:冯薇,金泉秀,吴云飞,金锋

参考文献

- [1] 姜军.乳腺增生症:值得重视的临床问题[J].中华乳腺病杂志(电子版),2008,1(2):13-18.
- [2] Sweetland HM. Benign Disorders and Diseases of the Breast [M]. Bailliere Tindal,2009:1-4.
- [3] 吴在德,吴肇汉. 外科学[M].7版.北京:人民卫生出版社,2008:307.
- [4] 陈孝平. 外科学[M].2版.北京:人民卫生出版社,2010:398.
- [5] 邵志敏.乳腺肿瘤学[M].上海:复旦大学出版社,2013:218-223.
- [6] 左文述.现代乳腺肿瘤学[M].2版.济南:山东科学技术出版社,2006:1382-1389.
- [7] 刘复生.中国肿瘤病理学分类[M].北京:科学技术文献出版社,2001:409-410.
- [8] 张保宁.乳腺肿瘤学[M].北京:人民卫生出版社,2013:453-456.
- [9] 李树玲.乳腺肿瘤学[M].2版.科学技术文献出版社,2007:288-291.
- [10] Okazaki A, Okazaki M, Asaishi K, et al. Fiberoptic ductoscopy of the breast: a new diagnostic procedure for nipple discharge [J]. Jpn J Clin Oncol, 1999, 21(3): 188.
- [11] 张建兴.乳腺超声诊断学[M].北京:人民卫生出版社,2012:51-56.
- [12] 鲍润贤.中华影像医学(乳腺卷)[M].北京:人民卫生出版社,2002:68-79.
- [13] 杜红文.乳腺增生症的影像学诊断[J].中国医学影像学杂志,2007,15(4):270-273.
- [14] Salzman B, Fleegle S, Tully AS. Common breast problems [J]. Am Fam Physician, 2012, 86(4): 343-349.
- [15] Ferrara A. Benign breast disease [J]. Radiol Technol, 2011, 82(5):447-462.
- [16] 杜红文,张蕴.乳腺疾病影像诊断学[M].西安:陕西科技出版社,2007,15(4):270-273.
- [17] Iddon J, Dixon JM. Mastalgia [J]. BMJ, 2013, 347:f3288.
- [18] Goyal A. Breast pain [J]. BMJ Clin Evid, 2011, 1:812-846.
- [19] Faiz O, Fentiman IS. Management of breast pain [J]. Int J Clin Pract, 2000, 54(4): 228-232.
- [20] Rungruang B, Kelley JL 3rd. Benign breast diseases: epidemiology, evaluation, and management [J]. Clin Obstet Gynecol, 2011, 54(1):110-124.
- [21] Uzan C, Seror JY, Seror J. Management of a breast cystic syndrome: Guidelines [J]. J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris), 2015, 44(10):970-979.
- [22] 吴祥德.乳腺疾病诊治[M].北京:人民卫生出版社,2009:163-167.
- [23] Sakorafas GH. Nipple discharge: current diagnostic and therapeutic approaches [J]. Cancer Treat Rev, 2001, 27(5): 275-278.
- [24] Cote ML, Ruterbusch JJ, Alosch B, et al. Benign breast disease and the risk of subsequent breast cancer in African American women [J]. Cancer Prev Res (Phila), 2012, 5(12):1375-1380.
- [25] Rubin E, Visscher DW, Alexander RW, et al. Proliferative disease and atypia in biopsies performed for nonpalpable lesions detected mammographically [J]. Cancer, 1988, 61:2077-2082.
- [26] 乳腺增生症非典型增生及其与乳腺癌的关系[M]//阙秀.乳腺癌临床病理学.北京:北京医科大学协和医科大学联合出版社,1993:166-175.
- [27] Rosen PP. Rosen's breast pathology [M]. 2nd ed. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins, 2001:201-251.

(2016-04-01 收稿)

本期主要审稿专家(按姓氏汉语拼音顺序排列)

曹 晖,陈 凜,冯 勇,胡建昆,金 钢,李桂臣
李子禹,廖 泉,楼文晖,刘续宝,刘荫华,刘颖斌
刘永锋,刘峥嵘,马 榕,沈坤炜,所 剑,孙 备
唐健雄,田雨霖,涂 巍,王海江,王深明,王 权
王 翔,吴克瑾,吴 毅,杨尹默,余 云,张保宁
张太平,张学文,赵海鹰,赵 毅,郑新宇,朱精强