

指南与共识

文章编号:1005-2208(2016)07-0752-03

DOI:10.7504/CJPS.ISSN1005-2208.2016.07.11

乳腺纤维腺瘤诊治专家共识

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;纤维腺瘤;乳腺良性肿瘤

Keywords breast; fibroadenoma; breast benign neoplasm

乳腺纤维腺瘤是常见的乳腺良性疾病,自然病程较长,确诊依据病理学检查,处理方法包括随访观察和外科干预。目前国内外对纤维腺瘤的处理方法选择标准不一,缺乏统一的诊疗规范。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国内部分专家编写《乳腺纤维腺瘤诊治专家共识》,期望能对乳腺纤维腺瘤的诊断与治疗起到一定的指导和参考作用。

1 纤维腺瘤流行病学特征及乳腺癌风险概述

1.1 流行病学特征 乳腺纤维腺瘤是最常见的乳腺良性肿瘤,占乳腺科门诊病人的7%~13%^[1],可发生于青春后期任何年龄段的女性,发病高峰年龄为15~25岁。约25%的纤维腺瘤无症状^[2],13%~20%为多发病灶^[3],多发纤维腺瘤病人多有家族史^[4]。纤维腺瘤病程较长,多数病变缓慢增大或无变化^[5],少数可自然消退或快速增大^[4-8]。

1.2 乳腺癌风险 纤维腺瘤中的上皮成分癌变风险极低,癌变率为0.12%~0.30%,且癌变者多为小叶原位癌^[9-12]。经手术切除后病理学检查确诊的纤维腺瘤病人乳腺癌的发病风险较普通女性略增高(1.48~1.70倍),伴有非典型增生或一级亲属乳腺癌家族史或复杂纤维腺瘤病人,其乳腺癌发病风险高于普通纤维腺瘤病人^[13-18]。因此,建议此类高危纤维腺瘤病人术后仍须定期行乳腺检查。

2 诊断

纤维腺瘤的诊断主要依据触诊、彩色超声、乳腺X线摄影检查,确诊依靠病理学检查诊断。不推荐磁共振作为纤维腺瘤的常规影像学诊断方法。

2.1 临床特征 新发纤维腺瘤多见于青春期至绝经前女性,发病高峰年龄为15~35岁,绝经后女性较少新发纤维腺瘤。纤维腺瘤多病程较长,伴有家族史者不少见^[1-3]。纤维腺瘤触诊多为圆形或卵圆形,可有分叶,质韧、边界清楚、活动度良好的肿物,偶伴疼痛。约25%的纤维腺瘤不可

触及,单纯依靠触诊诊断纤维腺瘤的准确率较低^[7,19]。

2.2 影像学特点 纤维腺瘤彩色超声表现多为卵圆形或分叶状、边界清楚、有包膜的低回声区,纵横比 <1 ,生长迅速的纤维腺瘤中心可能出现梗死液化,彩色超声表现为肿物内部的无回声区。尽管依据乳腺超声诊断纤维腺瘤的敏感度和特异度均较高^[20-24],仍有约25%的纤维腺瘤彩色超声所见形态不规则,甚至与乳腺癌难以鉴别。

乳腺X线摄影中多表现为卵圆形或分叶状、边缘清晰的高密度或等密度影,其内常可见粗大钙化。年轻女性腺体致密,肿物边缘常被正常腺体部分遮盖,故乳腺X线摄影在纤维腺瘤中的诊断作用有限。对于不排除恶性可能性的纤维腺瘤病人,有必要行乳腺X线检查。

2.3 穿刺活检 初步诊断为纤维腺瘤的病灶应尽量取得病理学诊断。对于影像学诊断乳腺影像学报告与数据系统(BI-RADS)3类以上的可疑纤维腺瘤,均应取得病理学诊断。推荐组织获取方法为空芯针穿刺活检(core needle biopsy, CNB)。

3 鉴别诊断

纤维腺瘤与叶状肿瘤均为纤维上皮性肿瘤,二者在临床表现及影像学特征方面有相似之处,是鉴别诊断的重点。后者发病高峰年龄为40~50岁,较纤维腺瘤晚,常为单发病灶,病程较长,可短期内迅速增大。快速生长的肿瘤内部可发生梗死,彩色超声表现为肿物内部的囊性腔隙,乳腺X线摄影检查中可见肿物周围透亮晕环,由肿瘤生长压迫周围组织形成。当肿瘤具备以上特征时,应警惕叶状肿瘤可能。CNB有助于诊断,但由于穿刺组织量有限,明确诊断还需完整切除肿瘤。叶状肿瘤具备一定的恶性潜能和复发转移风险,治疗以局部扩大切除为主。

4 治疗方法

4.1 随访观察 通过CNB病理学确诊后进行随访观察,医疗卫生经济学成本最低,适用于大多数生长缓慢或无变化

通信作者:王殊, E-mail: wangshu@pkuph.edu.cn

的纤维腺瘤病人,对于年轻(35岁以下)病人,尤其是25岁以下病人,随访观察法乳腺癌的漏诊率极低^[25]。推荐的观察频率为每6个月1次,推荐的检查方法为触诊结合彩色超声。对于>35岁的病人,推荐加入乳腺X线摄影检查作为随访检查手段^[26]。

在随访过程中发现肿瘤生长迅速时,建议结束随访观察,接受外科干预。生长迅速的标准为(满足下列1项):(1)6个月内肿瘤最大直径增长 $\geq 20\%$;(2)<50岁的病人肿瘤最大直径每月增长 $\geq 16\%$;(3) ≥ 50 岁病人肿瘤最大直径每月增长 $\geq 13\%$ ^[27]。

4.2 外科干预 除肿瘤生长迅速外,随访过程中BI-RADS分类升高也是外科干预的指征之一。纤维腺瘤还可能导致乳腺外形改变、乳腺不适感和病人精神压力增大等。因此,是否进行外科干预和实施办法应在充分知情同意的前提下尽可能尊重病人的意愿。外科干预的方法主要有传统的切开法肿瘤切除术以及较新的真空辅助微创旋切术。

4.2.1 切开法肿瘤切除术 切开法肿瘤切除术是直观有效的治疗方式,适用于较大的纤维腺瘤或依据医生判断适合选择切开法的病人。

4.2.2 真空辅助微创旋切术 真空辅助微创旋切术可在超声或X线引导下进行,具有表皮创伤小、外形美观的特点,也是安全有效且耐受性良好的治疗方式^[28]。该法适用于肿瘤直径 ≤ 3 cm的病人。禁忌证包括:(1)有出血倾向、凝血机制障碍等造血系统疾病;(2)妊娠期、哺乳期;(3)有感染性疾病;(4)乳腺较小且病灶靠近乳头、腋窝或胸壁不易完全切除;(5)乳腺假体植入术后。

5 特殊类型纤维腺瘤

5.1 少年型巨大纤维腺瘤 少年型纤维腺瘤多发生于青春早期或年轻女性,多为单侧单发病灶。当肿瘤直径 ≥ 5 cm,或 ≥ 500 g,或占据单侧腺体总量的80%时,称为“少年型巨大纤维腺瘤”^[29]。此型占青春女性乳腺肿瘤的1%~8%^[30],肿瘤多生长迅速,可造成双侧乳腺不对称,乳腺不适感,加重病人的心理负担^[31]。确诊依据CNB或切除活检。治疗以完整切除为主,尽量保留正常腺体组织及乳头乳晕复合体,必要时可行乳房重建。

5.2 复杂纤维腺瘤 复杂纤维腺瘤指具备以下至少1项特征的纤维腺瘤:(1)上皮钙化;(2)乳头大汗腺化生;(3)硬化性腺病;(4)伴有直径 > 3 mm的囊肿^[32]。此型约占所有纤维腺瘤的16%,与非复杂纤维腺瘤相比发病年龄更大,肿瘤直径更小^[33]。此型病人发生乳腺癌的风险略高于非复杂纤维腺瘤病人^[18],治疗原则同非复杂纤维腺瘤。

《乳腺纤维腺瘤诊治专家共识》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,黄韬,蒋宏传,金锋,李波,厉红元,李晓曦,刘健,刘荫华,刘运江,毛大华,唐金海,田富国,王俊鹏,王颀,王殊,王翔,薛付忠,尉承泽,

余之刚,张建国,邹天宁

执笔者:王殊,谢菲

参考文献

- [1] Dent DM, Cant PJ. Fibroadenoma [J]. World J Surg, 1989, 13(6): 706-710.
- [2] El-Wakeel H, Umpleby HC. Systematic review of fibroadenoma as a risk factor for breast cancer [J]. Breast, 2003, 12(5): 302-307.
- [3] Guray M, Sahin AA. Benign breast diseases: classification, diagnosis, and management [J]. Oncologist, 2006, 11(5): 435-449.
- [4] Wiegenstein L, Tank R, Gould VE. Multiple breast fibroadenomas in women on hormonal contraceptives [J]. N Engl J Med, 1971, 284(12): 676.
- [5] Cant PJ, Madden MV, Coleman MG, et al. Non-operative management of breast masses diagnosed as fibroadenoma [J]. Br J Surg, 1995, 82(6): 792-794.
- [6] Diaz NM, Palmer JO, McDivitt RW. Carcinoma arising within fibroadenomas of the breast. A clinicopathologic study of 105 patients [J]. Am J Clin Pathol, 1991, 95(5): 614-622.
- [7] Wilkinson S, Anderson TJ, Rifkind E, et al. Fibroadenoma of the breast: a follow-up of conservative management [J]. Br J Surg, 1989, 76(4): 390-391.
- [8] Smallwood JA. A review of the natural history of fibroadenomas [J]. Br J Clin Pract, 1989, 68(suppl): 144-146; discussion 157-158.
- [9] Kalderon AE, Diner WC. Carcinoma arising in a long-standing fibroadenoma [J]. Am J Diagn Gynecol Obstet, 1979, 1(3): 269-273.
- [10] Pick PW, Iossifides IA. Occurrence of breast carcinoma within a fibroadenoma. A review [J]. Arch Pathol Lab Med, 1984, 108(7): 590-594.
- [11] Shinde SR, Jussawalla DJ. Lobular carcinoma arising in a fibroadenoma [J]. J Surg Oncol, 1982, 20(1): 59-61.
- [12] Yoshida Y, Takaoka M, Fukumoto M. Carcinoma arising in fibroadenoma: case report and review of the world literature [J]. J Surg Oncol, 1985, 29(2): 132-140.
- [13] Dupont WD, Page DL, Parl FF, et al. Long-term risk of breast cancer in women with fibroadenoma [J]. Engl J Med, 1994, 331(1): 10-15.
- [14] McDivitt RW, Stevens JA, Lee NC, et al. Histologic types of benign breast disease and the risk for breast cancer. The Cancer and Steroid Hormone Study Group [J]. Cancer, 1992, 69(6): 1408-1414.
- [15] Levi F, Randimbison L, Te VC, et al. Incidence of breast cancer in women with fibroadenoma [J]. Int J Cancer, 1994, 57(5): 681-683.
- [16] Ciatto S, Bonardi R, Zappa M, et al. Risk of breast cancer subsequent to histological or clinical diagnosis of fibroadenoma - retrospective longitudinal study of 3938 cases [J]. Ann Oncol, 1997, 8(3): 297-300.
- [17] Moskowitz M, Gartside P, Wirman JA, et al. Proliferative disorder

- ders of the breast as risk factors for breast cancer in a self-selected screened population: pathologic markers [J]. Radiology, 1980,134(2): 289-291.
- [18] Carter CL, Corle DK, Micozzi MS, et al. A prospective study of the development of breast cancer in 16,692 women with benign breast disease[J]. Am J Epidemiol,1988,128(3): 467-477.
- [19] Pruthi S. Detection and evaluation of a palpable breast mass. Mayo Clinic proceedings [J]. Mayo Clin Proc,2001,76(6):641-647; quiz 647-648.
- [20] Stavros AT, Thickman D, Rapp CL,et al. Solid breast nodules: use of sonography to distinguish between benign and malignant lesions[J]. Radiology,1995,196(1): 123-134.
- [21] Skaane P, Engedal K. Analysis of sonographic features in the differentiation of fibroadenoma and invasive ductal carcinoma [J]. Am J Roentgenol,1998,170(1):109-114.
- [22] Flobbe K, Bosch AM, Kessels AG,et al. The additional diagnostic value of ultrasonography in the diagnosis of breast cancer [J].Arch Intern Med,2003,163(10):1194-1199.
- [23] Cole-Beuglet C,Soriano RZ,Kurtz AB,et al. Fibroadenoma of the breast sonomammography correlated with pathology in 122 patients[J]. Am J Roentgenol, 1983,140(2):369-375.
- [24] Jackson VP, Rothschild PA, Kreipke DL, et al. The spectrum of sonographic finding of fibroadenoma of the breast [J]. Invest Radiol, 1986,21(1):34-39.
- [25] Cant PJ, Madden MV, Close PM,et al. Case for conservative management of selected fibro-adenomas of the breast [J]. Br J Surg,1987, 74(9): 857-859.
- [26] Dixon JM, Dobie V, Lamb J,et al. Assessment of the acceptability of conservative management of fibroadenoma of the breast [J]. Br J Surg, 1996,83(2): 264-265.
- [27] Gordon PB, Gagnon FA, Lanzkowsky L. Solid breast masses diagnosed as fibroadenoma at fine-needle aspiration biopsy: acceptable rates of growth at long-term follow-up [J]. Radiology, 2003,229(1): 233-238.
- [28] Fine RE, Whitworth PW, Kim JA,et al. Low-risk palpable breast masses removed using a vacuum-assisted hand-held device[J]. Am J Surg, 2003,186(4):362-367.
- [29] Matz D, Kerivan L, Reintgen M, et al. Breast preservation in women with giant juvenile fibroadenoma [J]. Clin Breast Cancer,2013,13(3): 219-222.
- [30] Jayasinghe Y, Simmons PS. Fibroadenomas in adolescence [J]. Curr Opin Obstet Gynecol,2009,21(5):402-406.
- [31] Amiel C, Tramier D, Marck MF, et al. Giant breast fibroadenoma [J].J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris),1993,22(7):764-765.
- [32] Kuijper A, Mommers EC, van der Wall E, et al. Histopathology of fibroadenoma of the breast [J]. Am J Clin Pathol,2001,115(5): 736-742.
- [33] Sklair-Levy M, Sella T, Alweiss T, et al. Incidence and Management of Complex Fibroadenomas [J].Am J Roentgenol,2008, 190(1):214-218.

(2016-04-12 收稿)

《中国实用外科杂志》2016年第8期主要内容介绍

重点选题 胰十二指肠切除术

胰十二指肠切除术现状与展望(赵玉沛)

规范化实施胰十二指肠切除术的几个关键问题(苗毅)

胰十二指肠切除术围手术期实施加速康复的共识与争议(蒋奎荣)

胰十二指肠切除术手术入路探讨与评价(金钢)

无接触分离技术在胰十二指肠切除术中应用及意义(楼文晖)

胰腺全系膜切除理念争议及评价(刘颖斌)

从远期生活质量再议胰肠吻合与胰胃吻合合理选择(刘续宝)

胰十二指肠切除淋巴清扫范围争议与共识(杨尹默)

根治性胰十二指肠切除术神经清扫的指征与技巧(陈汝福)

胰十二指肠切除术后腹腔出血对策(张太平)

开放、腹腔镜及机器人胰十二指肠切除术评价与合理选择(牟一平)

胰十二指肠切除术中的几个关键技术——我的观点(秦仁义,王槐志,别平,等)