

乳腺纤维腺瘤诊治共识（讨论稿）

中华预防医学会妇女保健分会乳腺保健与疾病防治学组

乳腺纤维腺瘤是常见的乳腺良性疾病，多由体检和乳房超声诊断，依据病理确诊，处理方法包括随访观察和外科干预。

乳腺纤维腺瘤的发病高峰为 15~35 岁，其中约 25%无症状，约 20%为单侧或双侧多发病灶，多发纤维腺瘤患者多有家族史。

纤维腺瘤自然病程较长，少数可自然消退或快速增大，多数病变缓慢长大或无变化。纤维腺瘤恶变率非常低，不需要基于肿瘤学考虑的治疗。

诊断

纤维腺瘤主要表现为触及质韧、边界清楚、活动性良好的肿物，偶伴疼痛。单纯依靠临床查体诊断纤维腺瘤的准确率仅约为 66%。超声表现多为形状规则、边界清楚、有包膜的低回声区，仅依据乳房超声诊断纤维腺瘤的敏感性和特异性均约为 87%。年轻女性腺体致密，钼钯在乳腺纤维腺瘤中的诊断作用有限。对于乳房超声怀疑有恶性可能性的纤维腺瘤患者，则需要接受钼钯检查。不推荐乳腺磁共振成像(MRI)作为纤维腺瘤的影像诊断方法。

对于拟随访观察的纤维腺瘤，应尽量取得病理学诊断，对于影像学判断中乳腺影像报告数据系统（BI-RADS）3 级以上的可疑纤维腺瘤，均应取得病理学诊断。组织获取方法包括细针穿刺细胞学检查（FNA）和空心针穿刺组织学检查（CNB）。FNA 诊断必须由经验丰富的病理学医师进行，由于标本量少而无法进行诊断的比例高达 36%，故推荐进行 CNB 获取足够的组织量以利于良恶性的鉴别。

治疗

除肿瘤生长迅速外，BI-RADS 分级级别提高也是进行外科干预的指征之一。另外，纤维腺瘤还可能导致乳房外形改变、乳房不适感和患者精神压力增大等。是否

进行外科干预和实施方式应在充分知情同意的前提下尽可能尊重患者的意愿。

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空心针微创旋切术。

随访观察

通过空心针穿刺活检病理确诊后进行随访观察医疗成本最低，适用于大多数生长缓慢或无变化的 $<3\text{cm}$ 的纤维腺瘤患者。对于纤维腺瘤患者，应用随访观察法乳腺癌的漏诊率极低。

推荐的观察频率为每 6 个月一次，推荐的检查手段为体检联合乳房超声。对于 35 岁以上的患者，推荐加入钼钯作为随访检查手段。

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。生长迅速的标准包括：①6 个月内腺瘤最大直径增长超过 20%；或② <50 岁的患者每月腺瘤最大直径增长超过 16%， ≥ 50 岁患者每月增长超过 13%。

外科干预

切开法肿瘤切除术 这是直观有效的治疗方式，但美观效果较差。适用于 $>3\text{cm}$ 的较大纤维腺瘤或依据医生判断适合选择切开法的患者。

真空辅助空心针 微创旋切术该术式可在超声或钼钯引导下进行，具有创伤小、外观影响小的特点，是安全有效且耐受性良好的治疗方式。该法适用于纤维腺瘤直径 $\leq 3\text{cm}$ 的患者。

（本文由北京大学人民医院乳腺中心王殊执笔）

表1 真空辅助空心针微创旋切术禁忌证

绝对禁忌证

- 空心针活检提示叶状囊肉瘤或其他恶性病变者；
- 病灶超声显影不良者；
- 空心针穿刺活检为纤维腺瘤，但与影像或医生体检所见不符者。

相对禁忌证

- 有出血倾向、凝血机制障碍等造血系统疾病者；
- 妊娠期、哺乳期女性；
- 有感染性疾病者；
- 乳房较小且病灶靠近乳头、腋窝或胸壁不易完全切除者；
- 乳腺假体植入者。