

乳腺导管内乳头状瘤诊治共识（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

定义、流行病学、组织病理学

乳腺导管内乳头状瘤是良性病变，主要分为两型：中央型（单发）和外周型（多发）。中央型乳头状瘤起源于大导管，通常位于乳晕下，不累及终末导管小叶单位；外周型乳头状瘤则起源于终末导管小叶单位。

导管内乳头状瘤占乳腺全部良性病变的 5.3%，占全部乳腺实性病变的 3%左右。导管内乳头状瘤大多为中央型，外周型乳头状瘤仅占 10%左右。

组织病理学特点为，以密集而分枝的结构为特征，由纤维血管轴心、单层肌层上皮细胞和外覆上皮细胞构成。

临床表现

中央型导管内乳头状瘤多以单侧乳头溢液为主要表现，常为血性或浆液性。部分患者查体时可触及乳腺肿物，多位于乳晕周边。挤压肿瘤所在区域，乳头相应乳管开口处可有血性或其他性质液体溢出。外周型导管内乳头状瘤多表现隐匿，有时可有血性或浆液性溢液，当乳头状瘤成簇生长时有时则可触及肿物。

诊断

超声 超声诊断导管内乳头状瘤敏感性要高于钼靶。大部分病灶的乳腺影像报告和数据库系统（BI-RADS）分级通常为 3 级，表现常为实性低回声肿物，形态规则、边界清晰；有时可表现为边界清晰的囊实混合性肿物。

乳腺钼靶 可见圆形或卵圆形、边界清晰的孤立肿物影，典型者位于乳晕周围。部分可表现为多发肿物。外周型乳头状瘤在钼靶片中常无异常改变，部分可表现为外周型微钙化或多发小结节。

磁共振成像 (MRI) MRI 适用于超声诊断导管扩张超过 3mm、既往有乳头状瘤病史、家族史或怀疑有外周型乳头状瘤的患者。乳头状瘤可表现为边界清晰的增强肿物影像。

乳头溢液的细胞学检查 乳头溢液的细胞学涂片诊断乳头状瘤的阳性率较低，仅为 50%~70%。乳头状瘤的形态学特征有时会与低级别癌细胞有重叠，此时需要通过组织活检来进一步明确诊断。

导管造影 选择性乳腺导管造影中，约 90%的病例可见导管内有光滑圆形充盈缺损，或可见乳导管突然中断，断端呈光滑杯口状，还可表现为导管迂曲、扩张。在断端或充盈缺损区的近端导管可有明显扩张。较大的导管内乳头状瘤可见病变乳管扩张呈囊状，管壁光滑，其间可见分叶状充盈缺损。

乳管镜 镜下表现为导管内红色或淡红色及红、黄、白相间的实质性占位，表面呈光滑或小颗粒状，在管腔内可小范围前后移动，周围管壁光滑有弹性。

穿刺活检 穿刺活检常可确诊乳头状瘤。细针穿刺对恶性病变的敏感性要明显低于粗针穿刺（44%对 82%），有时也会出现假阳性结果，特别是在存在硬化性乳头状病变时。

粗针穿刺对于恶性病变的敏感性并没有高到可以避免外科手术，其对恶性乳头状病变病例的低估率可达 15.7%。

鉴别诊断

纤维腺瘤 实性乳头状瘤需要与纤维腺瘤相鉴别。纤维腺瘤较大及表浅时，查体可触及。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，BI-RADS 分级多为 2~3 级。钼靶可表现形态规则、边界清晰的等密度或略高密度肿物影，BI-RADS 分级多为 3 级。

其他导管内乳头状病变 与导管内乳头状瘤相比，其他导管内乳头状病变的临

床表现与影像学检查结果均缺乏特异性，需要通过组织病理学来确诊。当乳头状瘤内存在硬化或梗死时，其影像学BI-RADS 分级可达4C 或5 级，与恶性病变难以鉴别。当乳头状瘤伴有微钙化时，其恶性可能增大。

处理原则

随访 对于经粗针活检证实为乳头状瘤，不伴有恶性及不典型性病变，影像学和组织学诊断相符，直径小于2mm 者，可采用影像学随访来替代外科手术。建议每3 个月复查一次。

手术 ①对于良性乳头状瘤，在超声引导下使用空心针14G 以上的真空辅助活检系统进行切除，可完整切除小的导管内乳头状瘤，从而避免开放手术。②伴有血性溢液的导管内乳头状瘤均建议行手术治疗。可使用乳管镜术中定位或直接切除导管内乳头状瘤。③所有诊断为导管内乳头状瘤的病变，尤其是外周型乳管内乳头状瘤，均可常规行包括病变乳导管在内的区段切除术。

预后

不伴有非典型性病变的中央型乳头状瘤，其继发乳腺癌的风险增加2 倍；当伴有非典型性病变时，此类风险增加5 倍。外周型乳头状瘤比中央型乳头状瘤继发乳腺癌的风险增加3 倍，当伴有非典型性病变时，则增加7 倍。

（本文由吉林大学第一医院乳腺外科范志民执笔）

图穿刺活检示意图



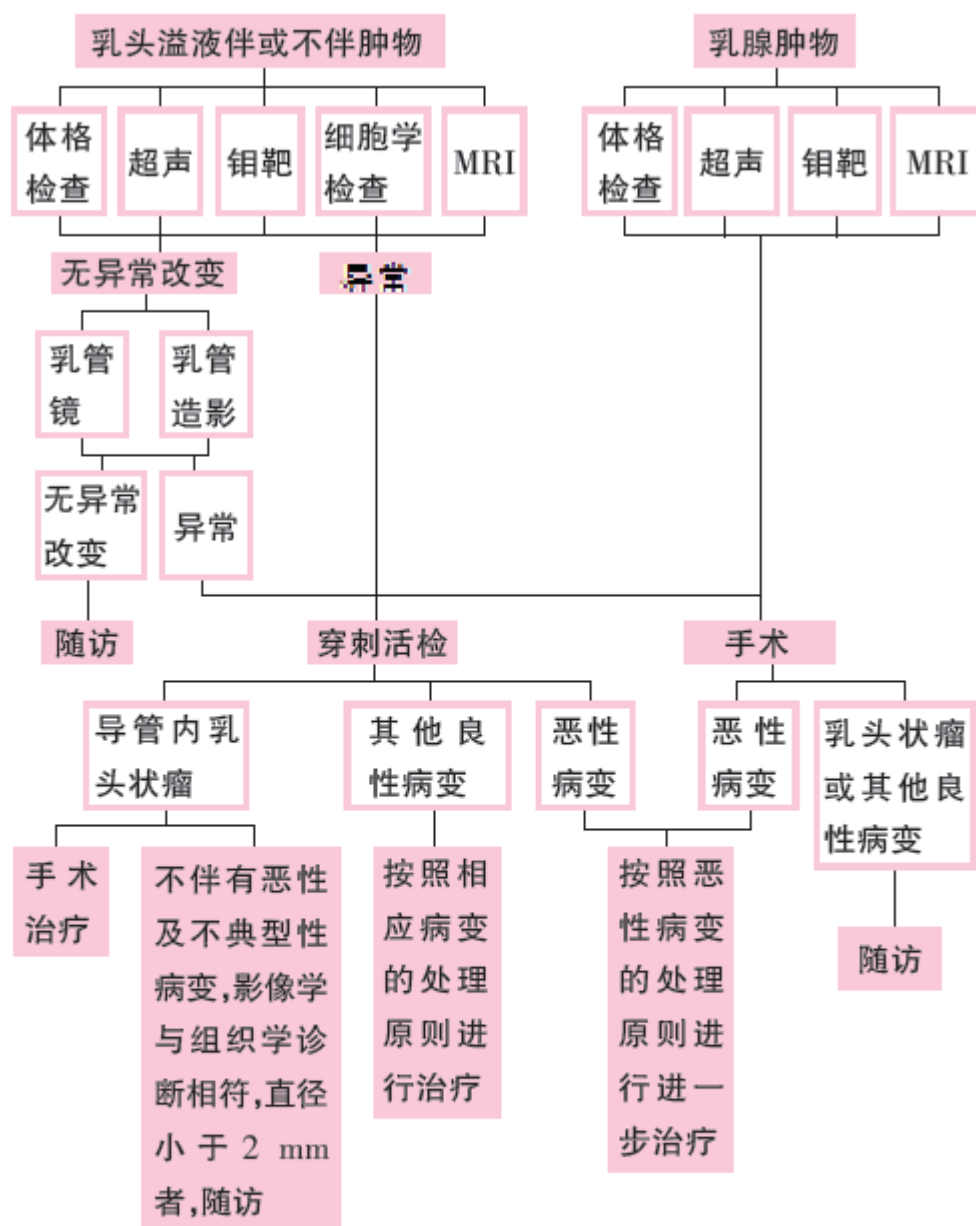


图 乳腺导管内乳头状瘤诊治流程

注:血性溢液中,9%为乳腺癌,而非血性溢液中仅2%为乳腺癌,因此伴有血性溢液均建议手术治疗