

1 例年轻女性局部晚期多灶性乳腺癌病例分析

张裕隆

百色市人民医院腺体外科 广西百色 533000

〔摘 要〕 乳腺癌在全球发病率逐渐增加, 并且发病年龄有年轻化趋势, 其发病率现已跃居女性恶性肿瘤的首位。部分乳腺癌误认为乳腺增生, 未及时规范诊治, 延误治疗。部分医疗结构条件有限, 误认为良性肿瘤, 草率切除, 不做病理, 乃至局部复发及远处转移后再次就诊, 影响治疗效果。

〔关键词〕 局部晚期; 多灶性; 乳腺癌; 年轻女性; 病例分析

〔中图分类号〕 R737.9 〔文献标识码〕 A 〔文章编号〕 2095-7165 (2023) 07-031-02

1 临床资料

患者女性, 39 岁, 因发现右乳房肿物 1 年余于 2023-04-21 入院, 近 3 月来肿物增大明显, 伴有疼痛。

入院专科查体: 两侧乳腺对称无畸形, 皮肤无红肿, 无橘皮样改变, 乳头无内陷, 右乳腺外上象限扪及一约 3cm×4cm 肿物, 质硬, 轻压痛, 边界欠清, 活动差; 右腋窝扪及一约 2cm×2cm 肿大淋巴结, 质硬, 界欠清, 活动性差。左侧乳腺未扪及包块及腋窝未扪及明显肿大淋巴结。

门诊检查: (2023-4-21, 门诊) 乳腺 B 超提示右侧乳腺实性占位性病变 (BI-RADS: 5 类), 建议行超声造影、超声引导下穿刺活检; 左侧乳腺未见占位性病变 (BI-RADS: 1 类); 右侧腋窝实性占位性病变, 建议超声引导下穿刺活检。钼靶示双侧乳腺实质构成 c 类; 右乳外上象限不规则稍高密度肿块并右腋窝淋巴结肿大, BI-RADS: 4c 类; 右乳晕区钙化灶, BI-RADS: 2 类; 左乳未见肿块影及异常钙化灶, BI-RADS: 1 类。

入院辅查: 电解质示钾 (K) 3.48 mmol/L; 血常规、尿常规、大便常规、肝肾功能、BS-F、输血前四项、凝血功能、心肌酶、肌红蛋白、胸部 CT、骨 ECT 未见明显异常; 心电图示窦性心律, 部分导联 ST 段轻度改变; 乳腺 MR 示右侧乳腺多发占位 (BI-RADS: 4c 类), 考虑乳腺癌 (多灶) 并右侧腋窝淋巴结转移。头颅 CT 示左侧脑室变窄, 需结合临床检查; 空泡蝶鞍。腹部泌尿系妇科 B 超提示肝右叶稍高回声结节, 肝血管瘤? 肝囊肿; 盆腔积液。上腹部 CT 平扫 + 增强示考虑肝 S1 段海绵状血管瘤; 肝脏多发囊肿。

处理经过: 于 2023-04-24 在超声引导下右侧乳腺肿物 + 右侧腋窝淋巴结穿刺活检术。穿刺病理示: 符合乳腺浸润性导管癌, II 级, 待大体组织后进一步诊断; 可见癌转移。

免疫组化结果显示 (0 号): ER(90% 强+), PR(30% 强+), HER-2(1+), E-Cadherin(膜+), P120(膜+), CK5/6(-), P63(-), ki-67(0%+)。

术前诊断: ①右乳腺外上象限浸润性导管癌 cT2N1M0 II B 期 LuminalB 型 ②低钾血症 ③肝血管瘤 ④肝囊肿。实施右乳腺癌改良根治术。术后病理: (右乳肿物) 符合乳腺浸润性导管癌, II 级, 查见脉管内癌栓, 腋窝淋巴结第一组 11/18 见癌转移, 第二组淋巴结 0/5, 第三组 0/1。

免疫组化结果显示 (7 号): ER(85%+, 中等), PR(5%+, 弱), HER-2(0), CK5/6(-), P63(-), CK34BE12(-), E-Cadherin(+), P120(膜+), CD34(脉管内见癌栓), S100(-), P53(3%+), ki-67(20%+)。

术后诊断: ①右乳腺外上象限浸润性导管癌 pT2N3M0 III C 期 LuminalB 型 ②低钾血症 ③肝血管瘤 ④肝囊肿。

2 讨论

2.1 病理分型

①非浸润性癌。②浸润性非特殊癌。③浸润性特殊癌。

2.2 局部晚期乳腺癌临床表现

肿瘤增大引发乳房局部隆起; 若累及 Cooper 韧带, 可致“酒窝征”; 若邻近乳头或乳晕, 引发乳头扁平、回缩、凹陷; 若堵塞皮下淋巴管, 引发真皮水肿; 若癌细胞侵入皮肤, 引发小结节、溃破、溃疡、恶臭或出血等; 腋窝淋巴结转移: 肿大淋巴结质硬、无痛^[1]。晚期转移至肺、骨、肝时, 可出现相应的症状。

2.3 诊断

详细询问患者的一般资料, 认真、仔细全面体格检查, 完善相关辅助检查, 乳腺 B 超、钼靶、MRI, 诊断金标准行肿物及腋窝淋巴结活检。

2.4 治疗

II 期乳腺癌是 TNM 分期中的大亚群, 包括 2<T≤5, 以至于 T3N0M0 乳腺癌, 区域淋巴结可能无转移或者转移, 转移数量较少或者较多, 因此对 II 期乳腺癌病情早晚判断, 预后好坏有很大差异。该患者年轻, 多灶性乳腺癌, 有强烈保乳意愿, 术前临床诊断“右乳腺外上象限浸润性导管癌 cT2N1M0 II B 期 LuminalB(HER-2 阴性)型”, 确诊乳腺癌并腋窝淋巴结转移, 但不排除判断腋窝淋巴结转移分期偏低, 与实际病理分期不符。因此, 需要合理选择治疗方法。

2.4.1 新辅助化疗

患者原发肿瘤较大, 为多灶性, 淋巴结有转移, 该病例临床分期较晚, 存在全身亚临床转移可能, 有新辅助化疗指征, LuminalB(HER-2 阴性)型, 术前新辅助化疗建议采用 TAC×5 方案, 每 3 周一周期, 每 2 个周期对评估一次治疗效果。

2.4.2 手术治疗

患者原发肿瘤较大, 为多灶性, 确诊淋巴结有转移, 该病例临床分期较晚, 虽然患者有强烈保乳意愿, 但患者多灶性乳腺癌, 考虑直接手术, 难以达到保乳成功要求, 术后局部复发风险较高, 直接手术考虑行乳腺癌改良根治术, 为首选治疗方法。其次就是新辅助化疗后, 该患者外上象限多灶性乳腺癌, 病灶范围广, 建议还需行改良根治术。但该患者为 LuminalB(HER-2 阴性)型, 新辅助治疗后, 可能延误手术时机, 通过手术彻底切除肿瘤病灶, 是乳腺癌治疗基础。另外新辅助化疗

后可能影响腋窝评估,术后病理分期偏早,影响后续综合方案。综合分析,该患者先局部手术治疗,行右乳腺癌改良根治术,患者年轻,原发肿瘤较大,腋窝淋巴结转移 ≥ 4 ,脉管内可见癌栓,高复发风险患者,术后予 EC $\times 4$ -T $\times 4$ 每 3 周方案化疗。

2.4.3 辅助放疗

该患者原发肿瘤较大,腋窝淋巴结转移 ≥ 4 ,复发风险高患者,术后予辅助放疗,建议行全乳+锁骨上下区+内乳区放疗,50Gy/25 次,瘤床加量 10-15Gy/4-8 次,降低局部复发风险。

2.4.4 辅助内分泌治疗

患者绝经前年轻女性,原发肿瘤较大,腋窝淋巴结转移 ≥ 4 ,脉管内可见癌栓,术后病理分期 III C 期,高复发风险患者,术后有辅助内分泌治疗指征。内分泌治疗首选卵巢去势,据临床统计,药物去势同手术效果相当,可逆。因此该患者化疗后推荐给予 OFS+AI(aromatase inhibitor) 5 年内分泌治疗。

2.5 预后

根据患者的检查资料以及一般资料,综合评估预后。III C 期局部晚期患者,多灶性乳腺癌,多发腋窝淋巴结转移,脉

管可见癌栓等,存在高复发风险,预计局部复发及远处转移风险高。

2.6 经验总结

目前早发现、早诊断、早治疗是乳腺癌治疗关键。目前局部晚期乳腺癌治疗以手术治疗为主、放化疗、内分泌治疗、靶向治疗及免疫治疗等综合治疗的全身性疾病^[2]。其预后与患者年龄、病理类型,肿瘤大小、腋窝淋巴结状态、分期、淋巴血管间隙侵犯、月经状态、激素受体状态、HER-2 状态及 Ki67 综合因素相关。对于局部晚期及晚期乳腺癌,术前新辅助治疗,降期保乳、降期手术、观察药物敏感性,成为研究热点。在临床实际工作中,针对局部晚期及晚期乳腺癌患者,需根据不同患者病情,提供优质治疗,提升患者生活质量及更长的 OS、DFS。

[参考文献]

- [1] 阿迪力江·艾尔肯. ER、PR、HER-2、Ki67 在乳腺癌原发灶与局部复发灶中表达差异及其临床意义 [D]. 新疆医科大学, 2016.
- [2] 牛秋玲. 乳房肿瘤的临床特点及治疗 [J]. 社区医学杂志, 2015, 13(07):84-86.

(上接第 29 页)

结果显示,落实卡前列甲酯栓辅助 Bakri 子宫填塞球囊疗法后,各指标更佳 ($p < 0.05$)。证明,对非前置胎盘剖宫产产后出血患者,进行卡前列甲酯栓辅助 Bakri 子宫填塞球囊治疗,效果更好。具体而言,卡前列甲酯栓对子宫平滑肌有很强的收缩作用,从而发挥止血效果。Bakri 子宫填塞球囊疗法中,利用充盈的球囊,实现止血的目的。同卡前列甲酯栓联用,协同增加止血效果^[5]。

综上所述,在非前置胎盘剖宫产产后出血患者中,进行卡前列甲酯栓辅助 Bakri 子宫填塞球囊疗法,效果更好。

[参考文献]

- [1] 张嵩. 卡前列甲酯栓与 Bakri 子宫填塞球囊用于非前置胎盘剖宫产产后出血的治疗效果分析 [J]. 中国现代药物应用, 2022, 16(15):122-124.

(上接第 30 页)

健康安全构成严重威胁。过往临床针对早期非小细胞肺癌的治疗主要采用传统开胸手术,虽然具有一定的效果,但是对患者造成的创伤比较大,手术后需要长时间的修养才能恢复,并且手术后容易出现感染以及其他严重并发症,影响手术治疗的整体效果,导致预后不佳。另外,该手术方式操作难度也比较大,也存在一定的局限性。近年来,伴随着我国微创技术水平的不断进步,胸腔镜技术在外科临床上应用越发广泛,解决了传统手术方式存在的创伤大、安全性低等问题^[4]。与传统开放手术相比,单向式全胸腔镜手术优势明显,如术野广、治疗期间可以较好的对淋巴结进行清扫,彻底切除肿瘤病灶,有利于预防肿瘤细胞复发和转移,同时还可以尽量避免对周围组织造成损伤,从而保证手术治疗效果以及安全性。

研究发现,经不同护理,观察组手术时间、引流管留置时间均较短,术中出血量较少,淋巴结清扫个数较多,治疗优良率较高,与对照组相比差异显著 ($P < 0.05$)。本研究结果与赵元桥^[5]相关课题严重结果基本一致,说明对早期非小细

胞肺癌患者采取单向式全胸腔镜手术治具有有效性和可行性。

综上所述,早期非小细胞肺癌采用单向式全胸腔镜手术治疗效果显著,值得临床推广。

[参考文献]

- [1] 章彦. 单向式全胸腔镜与传统开胸式手术治疗早期非小细胞肺癌的对照研究 [J]. 当代医学, 2021, 27(6):160-162.
- [2] 赵雄飞, 张伟, 徐鹏, 等. 单向式完全胸腔镜下肺癌根治术治疗早期非小细胞肺癌的疗效评价 [J]. 癌症进展, 2021, 19(14):1447-1450, 1473.
- [3] 卢炜. 单向式完全胸腔镜下肺癌根治术治疗早期非小细胞肺癌的疗效评价 [J]. 药店周刊, 2022, 31(1):61-63.
- [4] 郭虹, 刁亚利, 范黄新, 等. 全腔镜下四孔单向式与三孔法解剖性肺叶切除治疗早期非小细胞肺癌的临床回顾性研究 [J]. 中国肺癌杂志, 2018, 21(8):578-582.
- [5] 赵元桥. 单向式全胸腔镜手术对早期非小细胞肺癌的治疗价值分析 [J]. 中国医药指南, 2020, 18(13):4-6.