



doi:10.3978/j.issn.1005-6947.2015.05.032
http://dx.doi.org/10.3978/j.issn.1005-6947.2015.05.032
Chinese Journal of General Surgery, 2015, 24(5):766-769.

· 临床报道 ·

男性乳腺癌 16 例临床资料分析

邱云峰¹, 杜琪威¹, 杨维良²

(1. 上海市宝山区大场医院 普通外科, 上海 200444; 2. 哈尔滨医科大学附属第二医院 普通外科, 黑龙江 哈尔滨 410008)

摘要

目的: 探讨分析男性乳腺癌的临床与病理特点、诊断及治疗方法。

方法: 回顾性分析 2005 年 1 月—2014 年 6 月收治的 16 例男性乳腺癌的临床资料。

结果: 主要临床表现为乳腺无痛性肿块, 术前均诊断为乳腺癌。均行手术治疗, 其中行乳腺癌根治术 2 例, 改良根治术 12 例, 乳房单纯切除术 2 例。术后病理诊断浸润性导管癌 87.5%, I 期 2 例, II 期 4 例, III 期 8 例, IV 期 2 例; 5 年生存率 50.0%。

结论: 男性乳腺癌发病率低、年龄大、病程长、预后差、容易发生转移。该病以改良根治术为主要治疗方法, 辅以化疗、放疗及内分泌治疗。

关键词

乳腺肿瘤; 男性; 预后

中图分类号: R737.9

男性乳腺癌 (male breast cancer, MBC) 在临床上少见, 近年来发病率有逐步增高的趋势^[1], 并且病期晚、病程长、预后差、病死率高, 已越来越多的引起乳腺及肿瘤医师的关注, 笔者自 2005 年 1 月—2014 年 6 月共诊治 16 例, 均经病理证实, 现就其病因、诊断及治疗方法展开回顾性分析。

1 临床资料

1.1 一般资料

本组 16 例均为男性, 年龄 50~82 岁, 平均 61.9 岁。发病至确诊时间 2~61 个月, 平均 8 个月, 既往嗜好及病史: 经常饮酒者 8 例, 吸烟者 9 例, 有肝炎病史者 4 例, 前列腺增生 3 例, 乳腺增生 1 例, 乳房发育症 1 例, 睾丸炎 3 例, 睾丸外伤 1 例, 腮腺炎 2 例, 其中 1 例母亲患有乳腺癌。

1.2 临床表现

主要的临床表现是乳腺无痛性硬性肿块, 肿块位于左侧 10 例, 右侧 6 例; 位于乳晕区 11 例, 外下象限 3 例, 内下象限 2 例, 外上象限 1 例;

肿块直径 < 2 cm 者 1 例 (6.25%), 2~5 cm 者 13 例 (81.25%), > 5 cm 者 2 例 (12.50%); 伴有乳头溢液 4 例 (25%), 肿块固定 9 例 (56.25%), 边界不清 7 例 (43.75%), 与皮肤粘连 7 例 (43.75%), 乳头回缩 4 例 (25.0%), 皮肤破溃 2 例 (12.50%), 其中 1 例 (6.25%) 伴有恶臭味, 同侧腋窝淋巴结肿大 7 例 (43.75%), 伴有消瘦贫血者 5 例 (31.25%)。

1.3 辅助检查及术前诊断

本组均行 BUS 检查, 其中 7 例 (7/16) 肿块边界不清, 形态不规则, 并伴有血流信号, 考虑为乳腺癌, 有 5 例 (5/16) 腋窝淋巴结肿大。12 例 (8/12) 行钼靶摄片检查, 其中 8 例提示肿块不规则, 边缘有毛刺征, 并有 3 例肿块呈浅分叶状, 4 例腺体内有钙化灶, 均提示为乳腺癌。10 例行肿块细针穿刺细胞学检查, 9 例 (9/10) 确诊为乳腺癌。2 例从破溃处直接取破溃组织, 最终由病理检查确诊为乳腺癌, 其中 1 例取二次组织方病理确诊。

1.4 治疗

行乳腺癌根治术 2 例, 乳腺癌改良根治术 12 例, 单纯乳腺切除术 2 例; 8 例有腋窝淋巴结转移。全组均进行辅助化疗, 其中 2 例应用了术前新辅助化疗, 方案为 TEC 方案, 即紫杉醇、吡柔比星、环磷酰胺, 术后继续行 TEC 方案; 8 例应用环磷酰胺、甲氨蝶呤、氟尿嘧啶 (CMF) 方案; 6 例应用环磷

收稿日期: 2015-03-14; 修订日期: 2015-04-26。

作者简介: 邱云峰, 上海市宝山区大场医院主任医师, 主要从事普通外科方面的研究。

通信作者: 邱云峰, Email: qiuyunfeng1955@126.com

酰胺、阿霉素、氟尿嘧啶(CMF)方案。9例进行了放射治疗,照射剂量为40~50 Gy,为1疗程,3~4周完成,每年1~2个疗程。11例应用了三苯氧胺内分泌治疗。

2 结果

2.1 临床分期及病理类型

按TNM分期,I期2例(12.50%),II期4例(25.0%),III期8例(50.0%),IV期2例(12.5%)。术后病理诊断为浸润性导管癌14例,其中导管癌5例,乳头状癌5例,黏液腺癌2例,髓样癌1例,单纯癌1例;非浸润性癌2例,其中,导致内癌1例,小叶原位癌1例。全组均进行了免疫组化检测,雌激素受体(ER)阳性者10例,孕激素受体(PR)阳性者12例。

2.2 随访

全组均获随访,随访时间为6个月至10年。1例术后2年因心肌梗死死亡;因本病死亡7例,均为有腋窝淋巴结转移者,其中肺转移3例,肝转移1例,脑转移1例,骨转移1例。5年生存率为50.0%(8/16例);IV期患者2例,均因肿瘤局部破溃而行乳腺单纯切除,生存时间分别为术后10个月、7个月。

3 讨论

3.1 发病率

MBC的发病率很低,在整个世界范围内占有所有乳腺癌的0.7%,占男性恶性肿瘤0.17%^[2],MBC的发病率呈地域性分布^[3]。美欧国家中发病率为1/10万,日本为5/10万左右,在乌干达等某些非洲国家,如乌干达MBC占有所有乳腺癌的比例可高达15%^[4]。尽管发病率低,但似乎逐年升高^[5]。2003年美国新发病例约为1 300^[6],而2005年约为1 690例^[7]。而另有报道显示,在20世纪70年代晚期,MBC的发病率为1/10万,而在1999—2009年已上升到1.4/10万^[8]。有报道^[9]过去25年,发病率上升26%。2008年,中国肿瘤登记地区共有15 625例女性乳腺癌(FBC),而MBC 126例,后者占有所有男性恶性肿瘤的0.15%,同年广州市户籍人口共1 228例FBC,8例MBC^[10]。我们10年共诊治FBC 2 674例,而MBC是16例。有学者^[11]报道FBC发病率和病死率是MBC的45倍。在发病年龄上,国外报

道MBC确诊平均年龄为67~71岁,较绝经后的FBC患者晚10年^[12]。国内报道平均发病年龄为50~60岁^[13]。本组发病年龄为50~82岁,平均61.9岁。

3.2 发病危险因素

MBC发现已有400年了,但其病因至今仍不清楚,而且学者的意见也不统一,仍处于探讨和争论中,但多数学者认为发病的主要危险因素比较多,可能与患者体内内分泌功能失衡、基因遗传、职业、放射性损伤等因素有关。学者们认为以下因素与MBC发病关系密切:(1)遗传因素。在有家族遗传史的人群中风险指数相对较高,15%~20%的MBC患者有乳腺癌或卵巢癌的家庭史^[14]。遗传易感性与乳腺癌易感性基因1(BRCA1)和(BRCA2)变异有关,其中BRCA2变异常见,4%~40%的MBC患者有BRCA2变异,而BRCA1的变异只占4%^[15],而本组中有1例有乳腺癌家族史,由于条件所限全组均未做BRCA1和BRCA2检查。(2)内分泌因素。国内外的大量研究显示雌激素增高或雄激素减少在MBC的发病中起主要的作用。Klinefelters综合征患者(XXY染色体异常导致睾丸功能障碍),患MBC风险增加了50倍,占有所有MBC的3%^[16]。有些疾病可引起雌激素升高,也是危险因素,如肝炎、肝硬化、肝癌等肝脏疾病引起的肝功能障碍,主要是因为体内雌激素的灭活作用减弱了。在赞比亚因地方感染性疾病导致肝功能受损,使其MBC的年发病率高达16%^[17]。本组中有4例患有肝炎,3例患前列腺增生而均使用了雌激素治疗。同样,嗜酒亦可影响肝功能,有学者^[18]报告乙醇的每日摄入量每增加10 g,乳腺癌的发病率将升高16%。本组患者中长期饮酒者有8例。有些疾病可引起雄激素水平下降也是危险因素,如睾丸外伤、隐睾、腮腺炎引起的睾丸排斥、热辐射、电磁辐射、核辐射造成的睾丸损伤等,在遭受原子弹袭击的男性幸存者中发生MBC的风险高达18倍^[19]。本组患者中既往患有睾丸炎2例,腮腺炎3例,睾丸外伤1例。也有学者^[20]认为患男性乳房发育症的患者患乳腺癌的风险增高近6倍。本组乳房发育症1例,乳腺增生1例。(3)职业因素。MBC的危险因素与职业的环境有关,有学者研究了许多欧洲国家的MBC患者的从业情况,发现汽车工人患有MBC的风险增加2倍,风险与工作时间密切相关。另外工作在富含能够导致体内激素紊乱的烷基酚类化合物的环境中容易患MBC,如油漆工人、造纸工人、家具工人等。

3.3 临床及病理特征

通过本组病例并结合国内外的部分资料统计分析后,我们认为MBC有其明显的临床及病理特征,主要表现为:(1)病程长。就诊时间偏晚。本组患者病程最长者为5.1年,平均8个月。有报道^[21]34例,平均病程14.7个月;而另有报道^[22]平均病程为10个月;均稍高于本组,并且均明显高于女性乳腺癌。(2)发病年龄高。有文献^[23]报道其发病率随年龄增加而上升,80岁以后发病率不再增加。本组发病率年龄为61.9岁,与我们同期诊治的女性乳腺癌平均年龄高10岁。(3)中晚期患者多。由于MBC发病率以及性别原因,不被医生及患者重视,常被忽视,本组III期以上患者占62.5%。(4)无痛性肿块。主要体征是乳晕区无痛性肿块,质硬不平,部分病例有破溃,乳头回缩,血性溢液或皮肤粘连,而且以左侧多见,文献^[24]报道MBC左侧的发病率稍高于右侧,约为1.07:1。本组左侧10例,右侧6例。有文献^[25]报道16MBC,自发性肿块占87.5%,乳头或皮肤溃疡占68.8%,乳头溢液占43.8%,血性溢液占25.0%。本组乳腺肿块100%,乳头溢液占25.0%,乳头收缩占25.0%,皮肤溃疡占12.5%。(5)辅助检查阳性率低。超声、红外线、钼靶X线检查阳性率不如女性价值高,主要是因为男性乳腺组织不丰富。(6)细胞学检查。男性乳腺肿块穿刺细胞学检查有较高的诊断价值。(7)腋下淋巴结转移率高。本组有7例。有学者^[26]报道12例MBC当中有10例发现了腋下淋巴转移。(8)低生存率。5年生存率低于FBC,且预后差。本组5年生存率为50%,有文献^[27]报道MBC的5年生存率在40%~65%之间。预后差的原因可能与MBC患者年龄大,病理恶性程度高以及常伴有其他疾病有关。(9)浸润性导管癌占大多数。有文献^[28]报道浸润性导管癌占85%~90%以上,而小叶癌罕见。本组浸润性导管癌占87.5%。(10)ER和PR显著高于FBC,有报道^[5]MBC的ER升高约占90%,PR占92%~96%。本组ER升高占62.5%(10/16),PR占75.0%(12/16)。

3.4 诊断

由于MBC发病率低以及患者和医生的警惕性较差,因此MBC的大部分病例明确诊断时均已为时已晚,目前发病率已明显增加,在临床工作中要高度重视。当患者年龄在50岁以上,一侧乳房发现无痛性肿块,应立即就医。如发现肿块与皮肤粘连或破溃、乳头溢液、腋下淋巴结肿大,

应高度怀疑为恶性肿瘤,应及时做以下检查:

(1)BUS检查。方便,价廉,可以重复检查,而且还可以发现腋下肿大的淋巴结。BUS的主要表现是肿块为实性结节,形态不规则,可有包膜回声,内部回声不均匀,部分后方回声有衰减,瘤体内血管丰富,血流指数增高。本组均进行了BUS检查,7例提示为乳腺癌。(2)X线钼靶检查。多表现为不规则肿块影像,多远离乳头偏心位,边缘不规则呈毛刺状伸展,密度不均匀,肿块内部或外部有数量不等、分布不均匀的微细钙化点。本组有12例进行了此项检查,8例考虑为乳腺癌。(3)肿块穿刺细胞学检查。简单快捷,确诊率高,可以帮助鉴别其性质,与切除标本活检比较,其敏感性为100%,特异性为92%^[29]。(4)CT,红外线热像图等检查对诊断均有一定帮助。(5)如以上检查均不能确诊,而且又高度怀疑者,应在准备乳腺简化根治术的基础上行肿块切除加快速冷冻检查以明确诊断。

3.5 治疗

MBC一旦确诊应以手术治疗为主,然后根据病情辅以化疗、放疗、以及内分泌治疗等。手术治疗包括扩大根治术、根治术、改良根治术、单纯乳房切除手术及肿块局部切除术。20世纪以前对MBC手术的标准是根治性切除手术。但现在的研究表明MBC改良根治术和传统的根治术患者5年生存率分别为75.9%,72.7%,由于根治术创伤大,未能提高总体生存率,已被改良根治术和单纯乳房切除术所取代^[30-31]。根据我们的经验应用何种术式要根据患者的年龄、全身状况,肿瘤局部浸润以及分期等情况进行综合分析判断,再决定术式。本组行乳腺癌根治术2例,改良根治术12例,单纯乳房切除术2例。是否进行化疗,目前仍没有确切数据说明其在MBC治疗中的作用和疗效。尽管如此,本组均进行了化疗,其中2例进行了术前术后的新辅助化疗,方案为TEC方案,8例术后应用了CMF方案,6例应用了CAF方案。有9例进行了术后放疗。有11例进行了三苯氧胺治疗,均收到了良好的效果。

参考文献

- [1] 汪令成,王玉明,高迎飞,等.男性乳腺癌临床分析:附14例报告[J].中国普通外科杂志,2010,19(12):1327-1329.
- [2] Zygogianni AG, Kyrgias G, Gennatas C, et al. Male breast

- carcinoma: epidemiology, risk factors and current therapeutic approaches[J]. *Asian Pac J Cancer Prev*, 2012, 13(1):15-19.
- [3] 曹立, 常洪波, 巩丽丽. 男性乳腺癌研究现状[J]. *现代预防医学*, 2012, 39(24):6538-6540.
- [4] Ndom P, Um G, Bell EM, et al. A meta-analysis of male breast cancer in Africa[J]. *Breast*, 2012, 21(3):237-241.
- [5] 王丽娜, 严颖, 李慧平, 等. 男性乳腺癌25例的临床病理特征及生存分析[J]. *癌症进展*, 2014, 12(1):64-69.
- [6] Foerster R, Foerster FG, Wulff V, et al. Matched-pair analysis of patients with female and male breast cancer: a comparative analysis [J]. *BMC Cancer*, 2011, 11:335. doi: 10.1186/1471-2407-11-335.
- [7] Kornegoor R, Verschuur-Maes AH, Buerger H, et al. The 3-layered ductal epithelium in gynecomastia[J]. *Am J Surg Pathol*, 2012, 36(5):762-768.
- [8] Sipetic-Grujicic S, Mutezani Z, Ratkov J, et al. Comparison of male and female breast cancer incidence and mortality trends in Central Serbia[J]. *Asian Pac J Cancer Prev*, 2013, 14(10):5681-5685.
- [9] Doyle S, Steel J, Porter G. Imaging male breast cancer[J]. *Clin Radiol*, 2011, 66(11):1079-1085.
- [10] 赫捷, 赵平, 陈万青. 中国肿瘤登记年报[M]. 北京: 军事医学科学出版社, 2011:96.
- [11] Thuler LC, Bergmann A. Male breast cancer: clinical-epidemiological characteristics of 1189 Brazilian patients[J]. *Aging Male*, 2014, 28:1-6.
- [12] Ding YC, Steele L, Kuan CJ, et al. Mutations in BRCA2 and PALB2 in male breast cancer cases from the United States[J]. *Breast Cancer Res Treat*, 2011, 126(3):771-778.
- [13] 吴雅媛, 王彤, 刘红. 男性乳腺癌125例患者的临床病理特征与生存分析[J]. *肿瘤*, 2012, 32(10):805-810.
- [14] Korde LA, Zujewski JA, Kamin L, et al. Multidisciplinary meeting on male breast cancer: summary and research recommendation [J]. *J Clin Oncol*, 2010, 28(12):2114-2122.
- [15] Ottini L, Palli D, Rizzo S, et al. Male breast cancer[J]. *Crit Rev Oncol Hematol*, 2010, 73(2):141-155.
- [16] Swerdlow AJ, Schoemaker MJ, Higgins CD, et al. Cancer incidence and mortality in men with Klinefelter syndrome: a cohort study[J]. *J Natl Cancer Inst*, 2005, 97(16):1204-1210.
- [17] 郭阳阳, 谷元廷, 王芳. 男性乳腺癌合并原发性肝癌1例[J]. *中华乳腺病杂志:电子版*, 2013, 7(5):391-392.
- [18] 张明. 男性乳腺癌研究进展[J]. *临床医学实践*. 2014. 23(5):363-365.
- [19] Ron E, Ikeda T, Preston DL, et al. Male breast cancer incidence among atomic bomb survivors[J]. *J Natl Cancer Inst*, 2005, 97(8):603-605.
- [20] Brinton LA, Carreon JD, Gierach GL, et al. Etiologic factors for male breast cancer in the U.S. Veterans Affairs medical care system database[J]. *Breast Cancer Res Treat*, 2010, 119(1):185-192.
- [21] 吴迪, 李长远, 范志民, 等. 男性乳腺癌34例生存分析[J]. *中国肿瘤临床*, 2007, 34(13):758-759.
- [22] 王小红, 钟海均, 江洪, 等. 男性乳腺癌54例临床分析[J]. *浙江临床医学*, 2008, 10(6):729-731.
- [23] 王越华, 陈德杰. 38例男性乳腺癌临床病理分析[J]. *现代肿瘤医学*, 2014, 22(5):1084-1087.
- [24] Baojiang L, Tingting L, Gang L, et al. Male breast cancer: A retrospective study comparing survival with female breast cancer[J]. *Oncol Lett*, 2012, 4(4):642-646.
- [25] Olu-Eddo AN, Momoh MI. Clinicopathological study of male breast cancer in Nigerians and a review of the literature[J]. *Nig Q J Hosp Med*, 2010, 20(3):121-124.
- [26] 阳帅, 胡华, 赵强, 等. 男性乳腺癌患者12例临床病理特征分析[J]. *中国现代医药杂志*, 2014, 16(9):9-12.
- [27] 薛妍, 郭晓彤, 刘文超. 男性乳腺癌的临床研究进展[J]. *癌症*, 2007, 26(10):1148-1152.
- [28] 余晓龙, 王嘉, 曹斯佳, 等. 男性乳腺癌16例诊治分析[J]. *大连医科大学学报*, 2014, 36(2):168-170.
- [29] Wauters CA, Kooistra BW, de Kievit-van der Heijden IM, et al. Is cytology useful in the diagnostic workup of male breast lesions? A retrospective study over a 16-year period and review of the recent literature[J]. *Acta Cytol*, 2010, 54(3):259-264.
- [30] Giordano SH, Cohen DS, Buzdar AU, et al. Breast carcinoma in men: a population-based study[J]. *Cancer*, 2004, 101(1):51-57.
- [31] 王深明, 林颖. 男性乳腺癌的综合治疗[J]. *中国实用外科杂志*, 2013, 33(3):192-194.

(本文编辑 宋涛)

本文引用格式: 邱云峰, 杜琪威, 杨维良. 男性乳腺癌16例临床资料分析[J]. *中国普通外科杂志*, 2015, 24(5):766-769. doi:10.3978/j.issn.1005-6947.2015.05.032

Cite this article as: QIU YF, DU QW, YANG WL. Analysis of clinical data of 16 cases of male breast cancer[J]. *Chin J Gen Surg*, 2015, 24(5):766-769. doi:10.3978/j.issn.1005-6947.2015.05.032