

乳腺癌筛查结果分级标准初探

Primary Exploration of Grading Standards for Breast Cancer Screening Results

KAN Xiu, HU Yong-sheng, XU Guang-wei

阚 秀¹, 胡永昇², 徐光炜³

(1.北京大学人民医院, 北京 100044; 2.北京大学临床肿瘤学院, 北京 100142;

3.北京大学肿瘤医院, 北京 100142)

摘 要:本文参照乳腺 X 线检查 BI-RADS 分级标准, 设计了一套诊断标准化的分级系统, 现作简要介绍, 希望对今后乳腺癌的筛查研究工作有所帮助。

关键词:乳腺癌; 筛查; 分级标准

中图分类号: R737.9 **文献标识码:** A **文章编号:** 1004-0242(2013)03-0216-03

我国的经济文化迅速发展, 随之乳腺癌(有人称之为一种“文明病”)的发病率也迅速上升, 严重威胁着广大女性的健康。为此, 中国社会工作协会防治乳腺癌专项基金在自愿的基础上组织了乳腺癌筛检联盟, 自 2005 年开始, 先后组织全国 40 多家医院单位, 协作开展乳腺癌筛查临床研究工作。由于涉及面广、数量巨大, 为使综合分析达到标准统一、方法科学、效果可靠实用, 我们参考乳腺 X 线检查 BI-RADS 分级标准, 设计了一套诊断标准化的分级系统, 以供各单位开展协作及评价各种诊断方法之用。经过多年的实践证明, 该套诊断标准化的分级系统具可行性, 有实用价值, 对乳腺癌筛查研究工作很有帮助。现介绍如下, 希望能在实践中逐渐加以完善, 以助乳腺癌筛查工作的开展。

1 乳腺 X 线检查分级(基于 BI-RADS 分级标准)

0 级——需要结合其他影像学检查, 进一步评估或与前片比较

1 级——阴性

无异常发现。乳腺是对称的, 无肿块、结构扭曲和可疑钙化可见。

2 级——良性所见

为阴性的钼靶 X 线发现, 报告者可能想描述一

些改变, 但总的来说并无恶性的 X 线征象。

3 级——可能是良性发现, 建议短期随访

良性可能性大, 放射科医生期望此病变在短期(一般为 6 个月)随访中稳定或缩小来证实他的判断。这一级的恶性率一般小于 2%。

对这一级的处理, 6 至 12 个月随访, 或 2 年及以上。对临床触及肿块的评价用这一分级不合适; 对可能是良性的病变, 在随访过程中出现增大, 应建议活检而不是继续随访。

4 级——可疑异常, 要考虑活检

这一级包括了一大类需临床干预的病变。此类病变无特征性的乳腺癌形态学改变, 但有恶性的可能性。分成 4A、4B、4C。

4A: 包括了一组需活检, 但恶性可能性较低的病变。对活检或细胞学检查为良性的结果比较可以信赖。常规随访。

4B: 中度恶性可能。对这组病变穿刺活检结果可信度的认识, 取决于放射科医生和病理科医生达成共识。

4C: 更进一步怀疑为恶性, 但还未达到 5 级那样典型的一组病变。形态不规则、边缘浸润的实质性肿块和簇状分布的细小多形性钙化, 可归在这一亚级中。

对影像学判读为 4 级的, 不管哪个亚级, 在有良性的病理结果后, 均应定期随访。而对影像为 4C 级、病理穿刺为良性结果者, 则应对病理结果重新作进一步的评价, 以明确诊断。

收稿日期: 2012-10-30

基金项目: 中国社会工作协会防治乳腺癌专项基金

5 级——高度怀疑恶性

这一类病变有高度的恶性可能性, 检出恶性的可能性 $\geq 95\%$ 。临床应采取适当措施。

2 B 超检查结果分级

0 级——需要其他检查方法协助评价

如巨大乳房, 乳头溢液超声无异常等。

1 级——无异常发现

2 级——良性所见, 无恶性征象, 如囊肿, 建议根据年龄及临床所见随诊

3 级——良性可能, 不太像恶性, 如纤维腺瘤, 建议短期内随诊

4 级——不除外恶性, 建议穿刺

5 级——高度可疑恶性, 超声图像表现为恶性, 建议活检

3 乳腺外科临床检查评级标准

0 级——乳腺局部无异常体征, 但区域淋巴结有可疑癌转移

1 级——正常乳腺

2 级——乳腺良性疾患

3 级——乳腺病损良性可能大, 但需除外恶性(<25%)

4 级——可疑癌, 临床判断恶性可能达 25%~50%

5 级——高度可疑癌

4 细胞学诊断分级

0 级——样本不满意

1 级——良性细胞

2 级——增生活跃的细胞

3 级——较明显的异型增生细胞 (不能完全除外恶性)

4 级——可疑癌细胞及高度可疑癌细胞

5 级——癌细胞

5A——癌细胞, 但手术时必须经冰冻组织学诊断证实

5B——大量典型癌细胞, 可直接行根治术

5 粗针针芯活检 (needle core biopsy, NCB) 诊断报告分级 (根据英国健康普查项目改良)

0 级——标本不足, 标本不满意, 不能诊断, 需重取或重切

1 级——正常乳腺组织, 无明显病理变化

2 级——良性病变

包括纤维腺瘤、一般型良性增生 (特别是普通型导管内上皮增生病变)、硬化腺病、某些导管乳头状病变、炎症改变等。可行局部切除或临床随访。

3 级——未确定恶性潜能的病变 (良性可能性大, 但不能完全排除恶性)

应用于下列病变: 硬化性导管病变 (包括放射形状疤痕)、某些增生活跃的导管内乳头状瘤病、导管及小叶非典型性增生 (轻度和中度), 通常需局部切除。

4 级——可疑恶性 (仅用于提示, 但不能完全诊断恶性的病变)

包括为确定恶性所需, 而材料不充分, 或病变不典型, 或由于制片的人工改变。导管及小叶的重度非典型增生应在此列。需活检或局部切除。

5 级——恶性 (用于明确恶性的病变)

5A——原位癌 (明确的导管内癌和小叶原位癌)。包括“疑有浸润”及微小浸润癌。需局部扩大切除。

5B——明确的浸润性癌、肉瘤、淋巴瘤等恶性肿瘤。应完成相应治疗。手术标本可进行肿瘤分型、分级、病理分期及免疫组化指标的检测。

6 乳腺普查最终分级方案

①简化法: X 线、B 超、外科, 三种检查得分 (级) 相加。

②优势法: 以上三种方法检查结果中, 以最高级为标准。

③加权法: 经研究后, 做出加权度, 各项检查加权后, 分数相加, 判定最终级别。

说明: 以上三种方法中, 究竟选用哪一种, 经研究完成后确定。我们实际工作中应用优势法, 即以各种检查方法结果中最高级别为标准, 如检查 2 项结

果为3级加上高危因素者按4级处理。

7 乳腺普查结果最终分级及恶性危险度预估(草案)

0级——不能诊断。需注明样本不满意或不足(恶性危险度未知)

1级——未发现异常(或正常乳腺组织)(恶性危险度0.5%)

2级——良性(恶性危险度0.5%)

3级——良性可能性大(恶性危险度0.5%)

4级——可疑恶性

4A——倾向良性(恶性危险度25%)

4B——50%左右(恶性危险度50%)

4C——倾向恶性(恶性危险度>75%)

5级——高度可疑恶性(恶性危险度>95%)

6级——恶性。病理证实的浸润性癌(原位癌需注明)

8 普查分级报告结果的处理建议

0级——重复,或做其他检查

1级——常规普查

2级——常规检查,观察(或手术切除或服药)

3级——FNAC、手术切除,或3~6个月密切随访

4级——穿刺针芯活检,或手术切除活检,或密切随访

5级——必须病理检查:穿刺针芯活检或切除活检,并进行相应治疗

6级——病理活检阳性,采取相应适当彻底治疗

2013 华东胸部肿瘤论坛第一轮通知及征文启事

2013 华东胸部肿瘤论坛将于 2013 年 6 月 28~30 日在杭州召开,由浙江省肿瘤医院、浙江省胸部肿瘤诊治技术研究重点实验室、浙江省癌症中心胸部肿瘤研究指导中心、浙江省抗癌协会主办,浙江省肿瘤诊治质控中心、浙江省肿瘤防治办公室、肿瘤学杂志社协办。

论坛主题为“规范治疗 区域合作”,将邀请国内外著名胸部肿瘤专家作前沿性的大会报告,传递今年上半年的国际研究成果和新技术;作为庆祝浙江省肿瘤医院建院 50 周年系列学术活动,还将展示浙江省肿瘤医院 50 年的学术积淀。同时将开展专题病例讨论,由学员提供案例,嘉宾现场解答、点评,并对所讨论病例进行评比、颁奖。

本次大会将介绍胸部肿瘤(肺、食管、乳腺等)领域的新进展、新技术,总结和交流临床诊断与治疗中存在的问题,重点探讨胸部肿瘤辅助治疗的规范化,以及胸部肿瘤的基础研究、诊断学探索、手术技巧和靶向治疗等热点问题。对全程参会者将按规定授予国家级 I 类继续教育 8 学分【2013-04-08-072(国)】。

征文内容:1)胸部肿瘤诊断与治疗的临床总结与评价;2)胸部肿瘤相关基础、转化性研究;3)胸部肿瘤流行病学、预防研究及筛查、实验室检查新技术;4)胸部肿瘤临床、康复护理、随访管理等。欢迎胸部肿瘤领域的临床医师、预防和科研工作者、研究生、护理人员踊跃报名和投稿。

征文要求:1)胸部肿瘤专业相关学术论文均可投稿,务请注重科学性、先进性和实用性,要求文字精炼、数据可靠。2)投稿一律通过电子邮件提交,文稿以附件形式发送至 hdxzbzllt@163.com,提交全文的同时必须有 500~800 字以内的中文摘要。主页上请注明第一作者的姓名、单位、科室、地址、邮编、联系电话、手机号码等,邮件主题请标注“华东胸部肿瘤论坛投稿”。3)所有投稿论文均将编入大会论文集,大会学术委员会将组织专家对论文进行同行评议,择优组织专题报道,刊登于《中国肿瘤》和《肿瘤学杂志》。4)截稿日期为 2013 年 5 月 20 日,请作者自留底稿。