

DOI: 10.3969/j.issn.1005-8982.2018.16.027

文章编号: 1005-8982 (2018) 16-0127-02

## 肾癌合并乳腺癌病例 1 例

侯泽宇<sup>1</sup>, 程晓明<sup>2</sup>, 李涛浪<sup>2</sup>, 曾峰<sup>2</sup>, 黄亮亮<sup>2</sup>, 唐应麒<sup>2</sup>, 朱婷婷<sup>3</sup>, 田蕤<sup>4</sup>

(1. 遵义医学院, 贵州 遵义 563000; 遵义医学院附属医院 2. 甲状腺乳腺外科, 3. 影像科, 4. 病理科, 贵州 遵义 563000)

**关键词:** 乳腺癌; 肾癌; 双重癌; 第二原发癌

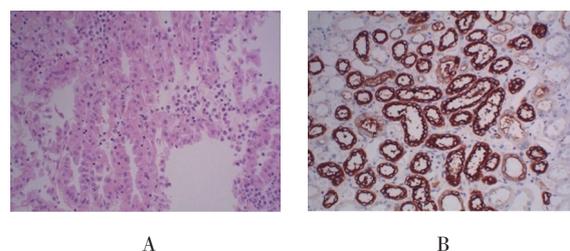
**中图分类号:** R737.9; R737.11

**文献标识码:** D

### 1 临床资料

患者, 女性, 50岁, 体检发现左肾占位性病  
变 2 d。双肾 CT (平扫+增强): 左肾实质内见  
32 mm × 44 mm 软组织肿块影, 边缘模糊, 增强扫描不  
均匀强化, 考虑左肾癌。腹部彩超: 左肾实性占位病  
变。左肾静脉及下腔静脉彩超未查及明显异常。于泌  
尿外科行经腹膜后腹腔镜左肾肿瘤根治性切除术, 术  
后病理示颗粒性肾细胞癌 (T<sub>1</sub>aNxM<sub>0</sub>), 输尿管断端、  
血管及周围脂肪组织未见肿瘤组织累及, 术后病理见  
图 1, 免疫组织化学: Vimentin (+)、CD10 (+)、CK  
低分子 (+)、CK 高分子 (-)、CK 广谱 (+)、EMA  
(+)、RCC (+)。术后 1 个月于肿瘤科复查及进一步  
治疗, 查体: 视诊乳房局部皮肤无酒窝征及橘皮样外  
观、无乳头溢液, 触诊左乳上方可扪及一大小约  
45 mm × 30 mm 肿块, 质硬, 可活动, 左侧腋窝下可扪  
及一大小约 20 mm × 20 mm 淋巴结, 质硬, 活动可,  
右乳及右腋窝未查及明显异常。乳腺 MRI 平扫+增  
强: 左乳外上、内上象限及乳晕区见一不规则肿块,  
边界不清, 增强后可见不均匀向心性强化, 范围约  
54 mm × 42 mm × 39 mm, 考虑乳腺癌 (BI-RADS 5 类);  
左侧腋窝见多发小淋巴结 (BI-RADS 4A 类) (见图 2)。  
行左乳肿块空心针刺活检病理检查: 左乳腺浸润性  
导管癌 2 级, 并可见中级别导管原位癌成分, ER (原  
位癌成分+) (弱, 阳性率约 15%)、浸润癌成分 (-),  
HER2 阳性 (IHC3+), Ki-67 (约 15%+) (见图 3)。  
于甲乳外科行左乳癌改良根治术, 术中冷冻切片报告:  
前哨淋巴结 (1/7) 枚转移, 术后病理: 左乳腺浸润性

导管癌 2 级, 大部分为高级别导管原位癌 (并累及乳  
头间质, 送检皮缘、基底及淋巴结未见癌组织浸润),



A: 癌细胞大而浅染, 细胞膜清楚, 胞浆呈颗粒状, 核周有空  
晕 (HE × 200); B: EMA 阳性 (IHC × 200)

图 1 左肾颗粒细胞癌

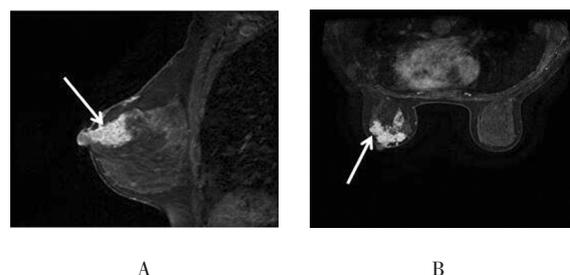


图 2 双乳 MRI 显像 (箭头指示为左乳肿块)

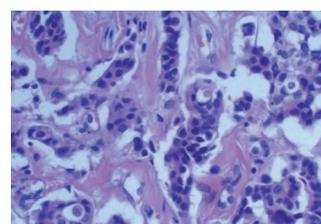


图 3 左乳肿块空心针刺活检病理示浸润性导管癌  
(HE × 400)

收稿日期: 2017-06-15

[通信作者] 程晓明, E-mail: cxm1688@sina.com; Tel: 13985248883

免疫组织化学:Ki-67 (15%),P53 (+)、HER-2 (+++); ER(-)、PR(-)、E-Cadherin(+),nm23(++),pS2(弱+)(见图4)。患者左乳癌HER-2基因阳性,但拒绝靶向

治疗,术后予EC-T方案(表柔比星130mg+环磷酰胺700mg序贯多西他赛140mg)4~4疗程,目前内分泌治疗中。

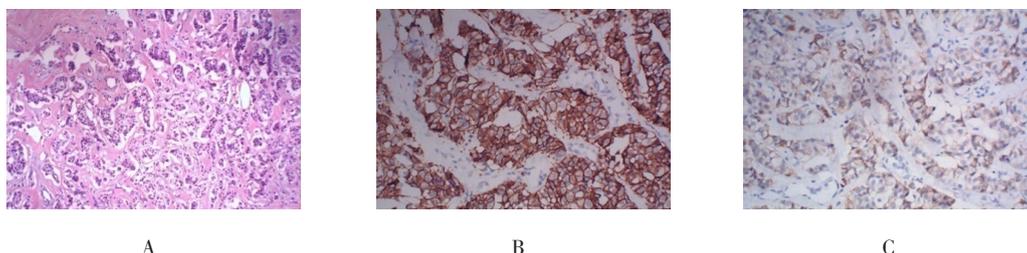


图4 术后左乳病理  
A: 浸润性导管癌2级,肿瘤细胞排列成条索状,胞浆丰富,呈嗜酸性,有多个核仁,核分裂象存在(HE×100); B: Her-2过表达(IHC×200); C: E-Cadherin阳性(IHC×200)

图4 术后左乳病理

## 2 讨论

双重癌发病机制尚不明确,可能与遗传因素、机体免疫功能缺陷、基因突变、化学及物理等多因素有关<sup>[1]</sup>:①宿主因素:首次出现的原发肿瘤提示个体的免疫监视、免疫防御等功能的减退,第二原发肿瘤的出现可能在此基础上产生。已患癌症人群出现第二原发癌比未患癌症人群的首次原发癌的概率高10倍左右<sup>[2]</sup>。女性生殖系统肿瘤的发生与其内分泌失调相关,文献<sup>[3]</sup>曾报道17例肾细胞癌中,合并10例乳腺癌,提示都与雌激素相关。②遗传因素:有肿瘤家族史的患者患双重癌的发生率较高。但没有恶性肿瘤家族史患者的高风险可能是由于两类原发恶性肿瘤共处的机体环境或遗传因素<sup>[4]</sup>。包括BRCA2, ATM, POLD1, PABL2, SMAD4等在内的许多基因在双重癌的发病中起重要作用<sup>[5]</sup>。③周围环境污染及其不良的生活方式等因素也存在导致发生第二原发肿瘤的可能性<sup>[6]</sup>,如化疗,暴露在辐射、高温、雾霾、潮湿等环境中,出现第二原发肿瘤的概率也会增加。

通过本病例应认识到:①鉴别第二原发癌与首发癌的复发或转移。第二原发癌常在首发癌治疗后2年左右发生,也是多数临床专家认为首发肿瘤的复发或转移阶段,此时是加以区别的关键<sup>[7]</sup>。②治疗措施应以手术为主的综合治疗,针对不同脏器同时性或异时性,对不同部位的原发癌应尽量行根治性手术,若患者条件不能同时行根治术,则应选择其恶性程度高的先行根治术治疗,术后待患者一般情况改善后尽早行根治术。综上所述,临床医生需警惕肾癌患者有发展

为原发性恶性上皮组织或间叶组织肿瘤的风险<sup>[8]</sup>。近年双重原发癌的发生率上升,对首次患原发肿瘤的患者治疗后要密切监测随访,做到早发现、早治疗。

### 参考文献:

- [1] SAKELLAKIS M, PEROUKIDES S, ICONOMOU G, et al. Multiple primary malignancies: a report of two cases[J]. Chin J Cancer Res, 2014, 26(2): 215-218.
- [2] CHEN W, ZHENG R, BAADE P D, et al. Cancer statistics in China, 2015[J]. CA Cancer J Clin, 2016, 66(2): 115-132.
- [3] DI SILVERIO F, SCIARRA A, FLAMMIA G P, et al. Multiple primary tumors: 17 cases of renal-cell carcinoma associated with primary tumors involving different steroid-hormone target tissues[J]. World J Urol, 1997, 15(3): 203-209.
- [4] LU C, XIE M, WENDL M C, et al. Patterns and functional implications of rare germline variants across 12 cancer types[J]. Nat Commun, 2015, DOI: 10.1038/ncomms10086.
- [5] SUSSWEIN L, MARSHALL M, NUSBAUM R, et al. Pathogenic and likely pathogenic variant prevalence among the first 10,000 patients referred for next-generation cancer panel testing[J]. Genet Med, 2016, 18(8): 823-832.
- [6] 张怡梅. 重复癌16例临床分析[J]. 临床误诊误治, 2006, 19(12): 53-54.
- [7] MARIOTTO A B, ROWLAND J H, RIES L A, et al. Multiple cancer prevalence: a growing challenge in long-term survivorship[J]. Cancer Epidemiol Biomarkers Prev, 2007, 16(3): 566-571.
- [8] KOZAWA E, SUGIURA H, TSUKUSHI S, et al. Multiple primary malignancies in elderly patients with high-grade soft tissue sarcoma[J]. Int J Clin Oncol, 2014, 19: 384-390.

(张蕾 编辑)