

国内首部《妊娠期乳腺癌患者生育力保护专家共识》发布 妊娠期乳腺癌保孩子保自己不再两难



阮祥燕教授

亮点一

肿瘤患者对生育力保护认识不足

乳腺癌是妊娠期最常见的恶性肿瘤类型之一，宫颈癌和乳腺癌占有妊娠期肿瘤 50%。中华医学会外科学分会乳腺外科学组多中心研究显示，妊娠相关乳腺癌（PABC）患者中位年龄为 32 岁，多数 PABC 的定义包括妊娠期确诊的乳腺癌（即 PrBC）和分娩后 1 年内确诊的产后乳腺癌（PPBC）。其中，PrBC 发病率约为 1/3000，约占 45 岁以下女性乳腺癌患者的 4%。

随着国内“二孩政策”和“三孩政策”相继放开，妊娠及生育次数的增加、女性生育年龄的推迟，PrBC 在临床上并不少见。PrBC 以癌组织雌激素受体和孕激素受体低表达、侵袭性更强的亚型为主，这些亚型在年轻患者中比例相对更高，如 HER2 阳性乳腺癌，但若患者接受了标准的局部和全身治疗，总生存率与非妊娠乳腺癌患者无显著差异。

“刚被确诊为肿瘤的患者，首先想到的就是保命——保孩子还是保自己，而作为医者，应该为患者想到更多。”当被问及为何牵头制定该共识时，阮祥燕教授这样说道。

乳腺癌患者 5 年生存率已超过 80%，其中 90% 的患者有生育需求。虽然大型 Meta 分析发现乳腺癌后妊娠对生存率无负面影响，与未妊娠的乳腺癌患者相比，乳腺癌后妊娠的女性甚至有更高的存活率，可能存在“健康母亲效应”，即判断自己预后良好的患者更倾向于选择妊娠。但现实是，乳腺癌患者治疗后妊娠率低于 5%。

乳腺癌化疗药导致卵巢功能受损程度与患者年龄、化疗类型、剂量、持

续时间有关。常用化疗药中，烷化剂类对性腺的毒性最强，其次是铂类、紫杉类、蒽环类等。尽管部分患者的月经在化疗结束后可自行恢复，但卵巢功能仍受到了损害。尽管内分泌治疗无生殖毒性，但其需持续 5~10 年，且患者的卵巢功能随着年龄增长而持续降低。卵巢不仅事关女性生育能力，更是调节女性激素水平的重要枢纽。卵巢功能衰退，不仅会导致其提前饱受潮热出汗、烦躁失眠、记忆力减退等更年期症状困扰，还会增加骨质疏松、心血管疾病等慢病的发生概率。其中，心血管疾病是导致卵巢早衰患者早死的重要原因。

“正因如此，进行生育力保护势在必行。”阮祥燕教授表示，尽管临床已经有了不少关于儿童及育龄期恶性肿瘤患者生育力保护的专家共识与指南，但对 PrBC 患者，如何在为其治疗癌症的同时保护好生育力，在国际上目前仍是空白。



扫一扫
关联阅读全文

“妊娠期间被确诊为乳腺癌的患者，她首先想到的就是保命——保孩子还是保自己，而作为医者，应该为她们想到更多，她们的生育力如何保护？她们的孕儿健康如何保障？她们的远期预后如何维护……”

医师报讯（融媒体记者 王璐）目前，乳腺癌仍位居我国女性恶性肿瘤患病率首位，其中 60% 以上的患者是发生在绝经前的育龄期。而随着女性生育年龄的推迟、肿瘤患者的年轻化，妊娠期乳腺癌（PrBC）的患病率逐渐增加。

日前，中国人体健康科技促进会生育力保护与保存专业委员会联合国际妇科内分泌学会中国妇科内分泌学会，组织多学科相关专家制定《妊娠期乳腺癌患者生育力保护专家共识》。共识出台后，《医师报》第一时间专访了共识的执笔专家及通讯作者、首都医科大学附属北京妇产医院妇科内分泌科主任阮祥燕教授，对该共识进行解读。

亮点三

分娩时行卵巢冻存取材避免二次手术

阮祥燕教授介绍，若孕妇处于孕早期，例如 12~13 周内，且肿瘤恶性程度较高需要紧急进行治疗，临床一般会建议患者终止妊娠。但如果妊娠期乳腺

癌患者选择了继续妊娠，临床往往会选择在孕 32 周，最好在孕 34 周后，采取剖宫产终止妊娠（尽量保证胎儿肺部发育成熟），以保证术后尽早进行乳腺癌治疗。

1 胚胎冻存是目前世界公认的一种成熟的生育力保护方法，但由于 PrBC 患者无法在妊娠期进行取卵行卵母细胞冻存、胚胎冻存，只有在分娩或终止妊娠后，根据患者的个体情况选择。

2 卵巢组织冻存取材手术可在 PrBC 患者剖宫产的同时进行，以避免二次手术。如果患者顺产，也可待分娩后腹腔镜下行卵巢组织取材手术以保护未来生育力。卵巢组织冻存取材手术可在 1~2 d 内完成，不延误患者的抗癌治疗时间。

2 卵巢组织取材量一般为单侧卵巢的 1/2 或双侧卵巢各 1/2，经严格操作，将卵巢皮质处理成约 8 mm×4 mm 的皮质片，进行程序化冷冻、冻存，待原发病治愈或完全缓解，再将冻存的卵巢组织分批复苏移植回患者体内，既可恢复患者的生育力，也可以恢复其卵巢内分泌功能。

3 大多数数据显示，促性腺激素释放激素激动剂（GnRHa）不足以保护卵巢免受化疗损伤。因此，国际学术组织不建议将 GnRHa 作为唯一的生育力保护方法。

亮点二

五大举措助力临床医师提高筛查妊娠期乳腺癌力度

妊娠期乳腺癌的首个诊疗难点，就是容易被忽略：妊娠期雌激素和孕激素等水平的变化，使得乳腺出现明显充血和腺体密

度增加等生理性变化，令人混淆，进而影响了病灶的尽早发现。

“尽管患者本人可能不会想到乳腺癌的可能，

但是临床医师需要有排查 PrBC 的意识。我建议孕妇尽量在孕早期就接受 1 次乳腺相关检查。”阮祥燕教授说道。

1

问诊：详细询问乳房有无出现各种异常症状、孕检情况及家族史、个人史等。

2

触诊：详细全身体格检查尤其是乳房的检查，特别注意区域淋巴结是否增大或伴有异常表现。

3

影像学检查：一线检查推荐采用乳腺超声进行乳腺及局部淋巴结情况的评估以确定疾病的范围及程度。超声无辐射，可重复评估，并可行超声下组织活检。PrBC 超声检查几乎可发现 100% 异常表现。注：乳腺 X 线检查的辐射剂量约 0.004Gy，远低于胎儿致畸性辐射暴露阈值 0.1Gy。在必要情况下妊娠期进行乳腺 X 线摄片并非禁忌。但因妊娠期乳腺密度增高，X 线诊断敏感性可能会降低，故不作首选。乳腺 MRI 平扫对疾病诊断价值低，而增强 MRI 的造影剂可穿过血-胎盘屏障，可能对胎儿产生致畸作用，因此不推荐。

4

组织病理学：如果在妊娠期，患者乳腺病灶的影像评估为 4、5 类，推荐进行穿刺组织学活检以明确组织病理学诊断。

5

全身检查：在行全身检查时应首选超声和 MRI，涉及放射性检查时注意腹部屏蔽，严禁应用全身骨扫描和 PET-CT 核医学检查，但需告知患者可能存在评估不全面的风险。

亮点四

妊娠期乳腺癌患者生育力保护需多学科合作

妊娠期乳腺癌患者的分期诊断和治疗，应该更多地借助多学科合作。

阮祥燕教授介绍，PrBC 需要由妇产科医生、生殖科医生、乳腺外科医生、肿瘤内科医生、影像诊断科医生、儿科医生、遗传学家、心理学家和其他成员组成的跨学科团队，根据疾病进展及妊娠

状态，结合患者的意愿，制定和实施个体化的治疗计划。

根据肿瘤生物学、肿瘤分期和诊断时的妊娠阶段选择合适的治疗方法。治疗的原则是既尽早给予患者治疗、最大限度地提高患者生存率，又尽量减少对胎儿的危害。

相关链接

人卵巢组织冻存与移植在欧洲发达国家已成为临床肿瘤患者生育力保护与保存的临床常规操作。2012 年阮祥燕教授就将此项技术创新性移到国内，在北京妇产医院建立了首个人卵巢组织冻存库。

目前，越来越多的疾病需要进行骨髓移植治疗，而卵巢组织冻存与移植是此类儿童及育

龄患者紧急情况下进行生育力保护与保存的唯一方法。

截至目前，北京妇产医院已为 400 多名儿童及年轻肿瘤患者进行了卵巢组织冻存，有 10 例患者进行了冻存卵巢组织移植，移植后卵巢内分泌功能均恢复正常，移植成功率 100%，达到了国际领先水平。