

型者为斑点样或针尖样。MR T1WI 平扫 GN 多呈较均匀等或低信号, T2WI 呈均匀或不均匀高信号, 类似囊性病变; 增强后多无明显强化或仅轻微强化。此外, “漩涡征”也是 GN 特征性 MRI 表现, 与施万细胞和胶原纤维纵横交错排列有关。椎管区域多发 GN 需与丛状神经纤维瘤相鉴别: 丛状神经纤维瘤多呈广泛弥漫性分布, 头颈部累及较多, T1WI 呈等或略低信号, 脂肪抑制 T2WI 多呈高信号, 部分深部病变可见靶征, 增强多表现为中度至较明显强化, 多有皮肤棕褐色色素沉着、其他部位病变及家族病史。

总之, 当发现椎管内外多发类囊性病变, DWI 上弥散受限, 增强后强化不明显, 且患者无其他部位病变及家族史的情况下, 应考虑到 GN 的可能。

Sclerosing adenosis of breast: Case report

乳腺硬化性腺病 1 例

靳凤梅, 马苏美, 王 惠, 李金船

(兰州大学第一医院超声科, 甘肃 兰州 730000)

[Key words] Breast; Sclerosing adenosis; Ultrasonography

[关键词] 乳腺; 硬化性腺病; 超声检查

DOI: 10.13929/j.1003-3289.201703166

[中图分类号] R737.9; R445.1 [文献标识码] B [文章编号] 1003-3289(2017)11-1763-01

患者女, 55 岁, 以“发现左乳肿物 10 月余”为主诉入院。体检: 左侧乳房外上象限可触及约 20 mm×15 mm 的质韧肿物, 边界欠清, 活动度差, 无压痛, 乳头无凹陷及溢液, 皮肤无红肿及橘皮样变。超声: 左侧乳腺可见中等回声区, 边界欠清, 形态欠规则, 未见明显占位效应; CDFI 示病灶内点状血流信号; 自动乳腺全容积成像 (automated breast volume scanner, ABVS) 示左侧乳腺 12 点方向 (距乳头约 54 mm, 距皮肤约 14.5 mm) 可见约 18 mm×11 mm 中等回声区 (图 1A), 边界不清, 形态不规则, 冠状切面可见“汇聚征”; 弹性成像示病灶以红色为主 (图 1B、1C), 弹性评分 5 分。超声诊断为左侧乳腺占位性病变 (BI-RADS 4C 类)。行左乳区段切除术, 术后病理诊断: (左侧乳腺) 复杂性硬化性腺病 (sclerosing adenosis, SA) 伴导管上皮简单增生。免疫组化: P63(+), KI67(<5%), 腺上皮 ER(3+), PR(1+), CK8/18(3+), CK5/6(肌上皮+)。

讨论 乳腺 SA 是一种少见的、可与恶性肿瘤共存的乳腺增生性病变。SA 可使乳腺癌患病风险加倍, 被视为癌前病变; 其病理特征为小叶纤维化, 增生小管的腺上皮萎缩而肌上皮

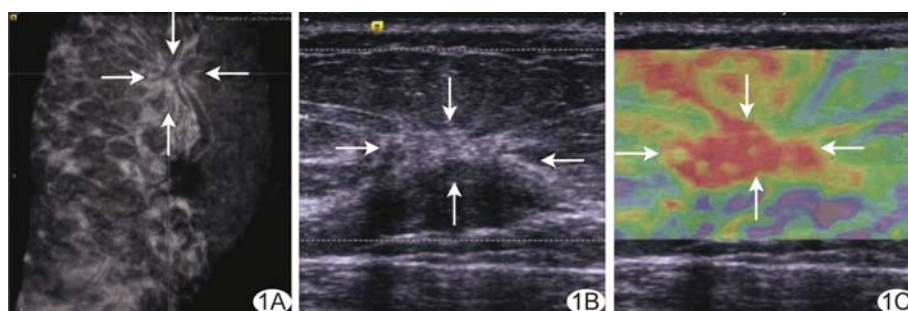


图 1 AS 超声表现 A. ABVS 可见病变呈边界不清、形态不规则的中等回声区, 冠状切面可见“汇聚征”(箭); B、C. 弹性成像示病灶以红色为主(箭)

保存或增生。发病可能与雌激素刺激上皮细胞的增生有关。由于 SA 的影像学表现极易与乳腺浸润性导管癌相混淆, 确诊主要依靠病理及免疫组化检查。ABVS 是专为乳腺检查设计的三维超声成像技术, 乳腺 SA 在 ABVS 冠状面可表现为毛刺或部分毛刺、成角, 局部腺体结构紊乱和钙化。本例 SA 二维超声表现为不规则中等回声区, 与多数乳腺癌呈低回声不同, 且无明显的占位效应, 可资鉴别; 同时, 本例 SA 在 ABVS 冠状面呈“汇聚征”, 其病理基础为间质纤维过度增生对周围组织的假性浸润所致, 与浸润性导管癌的“汇聚征”主要由于癌细胞浸润生长, 周边纤维结缔组织反应性增生并受牵拉所致不同。本例超声检查 BI-RADS 分类为 4C 类, 与病理结果不符, 原因可能与 SA 和乳腺癌的声像图表现存在重叠有关, 是本例的误诊原因和鉴别难点。因此, 对此类病例必要时应结合 CEUS 及穿刺活检以降低假阳性率, 并应注意定期随访。

[第一作者] 靳凤梅(1990—), 女, 甘肃定西人, 在读硕士。

E-mail: 1607279072@qq.com

[收稿日期] 2017-03-30 [修回日期] 2017-07-14