

乳腺增生病的彩色多普勒超声诊断与病理对照分析

韩曼彤 陈念德 冼兆新

【摘要】 目的:探讨二维声像图及CDFI对乳腺增生病的诊断价值。方法:对40例经手术病理或病理活检证实为乳腺增生病的二维声像图及CDFI表现进行了分析,并与病理分型作对照。结果:本文的超声诊断正确率为80%。按其病理分为单纯性增生、囊性增生、腺型增生三种。此病血流信号检出率为10%(4/40)。结论:二维声像图加CDFI诊断本病符合率高,是有一定的临床价值。

【关键词】 乳腺增生病 二维声像图 彩色多普勒血流

【中图分类号】 R655.1, R445.1 **【文献标识码】** A **【文章编号】** 1000-0313(2001)01-0034-03

Galactophore hyperplasia: a comparative analysis between color doppler flow imaging and pathology Han Mantong, Chen Niande, Xian Zhaoxin. The second Renmin Hospital of Zhuhai District, Guangzhou 510250

【Abstract】 Objective: To evaluate the value of two-dimensional sonogram and color Doppler Flow Imaging (CDFI) in diagnosing galactophore hyperplasia (PH). **Methods:** A retrospective analysis of the two dimensional sonogram and CDFI features was conducted to 40 cases of galactophore hyperplasia confirmed by pathology, and the results were compared to the findings of pathology. **Results:** The correct rate of ultrasound diagnosis was 80%. The sonograms of PH could be divided into three types in accordance with pathological morphology which are simple hyperplasia, cystic hyperplasia and adenoidal hyperplasia. In 10% cases of PH, color signal could be detected. **Conclusion:** Two-dimensional sonogram, together with CDFI, has shown some clinical significance to the diagnosis of PH.

【Key words】 Galactophore hyperplasia Sonogram Color doppler flow imaging

乳腺增生病是妇女常见病,发病率高。其多种类型的上皮增生可发展到癌前病变而引起人们高度重视。而由于小叶增生病理变化的多样性也导致了超声图像的不同改变。因而有必要对其声像图进行分析。对我院自1997年8月~2000年3月以来的40例乳腺增生病患者进行彩色多普勒超声检查并与病理分型对照,观察及分析此病声像图特征和彩色多普勒血流特点及其诊断价值,现报告如下。

资料与方法

本组病例40例,均为女性,年龄16~52岁,平均年龄34岁。全部经手术病理或病理活检证实。使用仪器为ATL Apogee CX200型彩色多普勒超声诊断仪,探头频率为7.5MHz。患者取仰卧位,双臂上举。充分显示双侧乳房,直接接触探查,在乳房各个象限作纵横切扫查,并进行双侧对比。首先作二维超声(2D)检查,了解肿块位置和声像图特征,然后用彩色多普勒血流显像(CDFI)检查,以显示肿块血供情况。并确认是动脉型或静脉型血流频谱,如动脉型血流频谱则测量收缩期最高速(V_{sys}),舒张期最低流速(V_{dias}),阻力指数(RI),如静脉型血流频谱,则测最大血流速(V_{max}),并详细记录或照片。

结 果

40例乳腺增生病(见表1)超声诊断经病理证实32例符合(占80%),不符合8例(占20%)。误诊为乳腺癌4例、乳腺导管炎1例、乳腺纤维腺瘤3例。

表1 40例乳腺增生病不同类型及分布

	例数(%)	合并乳腺导管扩张	合并小腺瘤
单纯性增生	8(20.0)	2	1
囊性增生	19(47.5)	19	1
腺型增生	13(32.5)	5	2
合计	40	26	4

病理分型及声像图特征: ①单纯性增生:病理主要是小叶内,滤泡及末稍导管增生。肿块无明显边界,是质地坚韧的乳腺组织。触之有颗粒感,质地稍硬,以外侧部常见。2D特征为腺体回声增粗较强光点,呈颗粒状,有时见小叶间纤维组织紊乱。

②囊性增生:病理上主要是导管上皮增生,管腔扩大,可形成大小不等囊肿,囊肿内容物为淡黄色或透明浆液,可伴有纤维瘤样结节。触之有较硬的腺体小团块,表面欠光滑,边界清晰,可移动。2D特征为乳腺组织增厚,内见扩张乳导管回声,内径为0.2~0.3cm或乳房内见单个或多个液性暗区,边界清,壁薄光整,透声好,或暗区内见是稀疏或较密点状、带状、团絮状回

作者单位:510250 广东省广州市海珠区第二人民医院B超室
作者简介:韩曼彤(1968~),女,广东,广州市人,医师,主要从事乳腺肿物的彩色多普勒超声鉴别诊断。

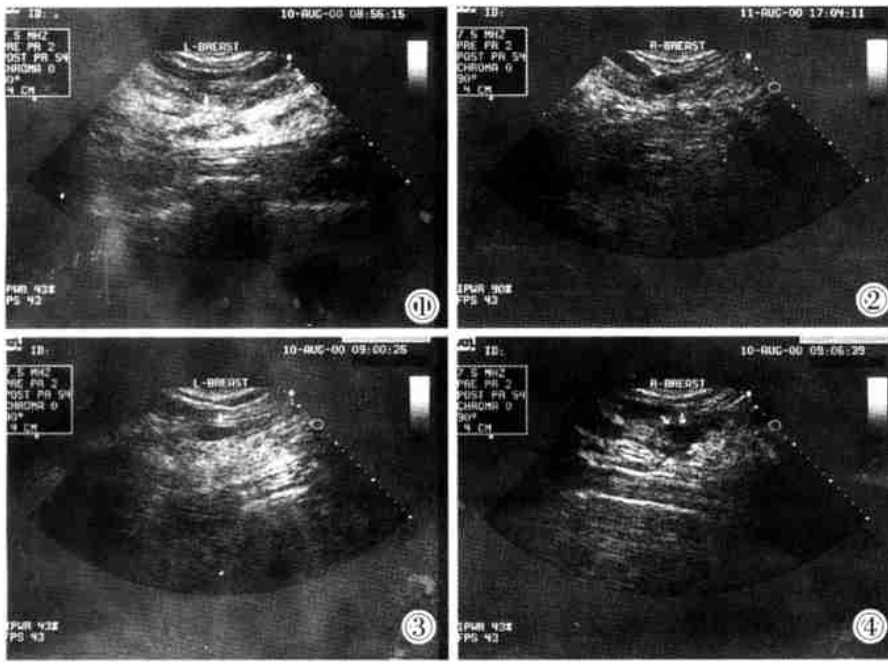


图1 单纯性增生, ↑表示腺体回声增粗增强光点, 呈颗粒状。图2 囊性增生, 乳房内见多个或单个液性暗区, 边界光整, 透声好。图3 囊性增生, ↑是指乳导管扩张。图4 腺型增生, ↑所指为边界不清低回声暗区, 大小< 2cm, 内光点不均质呈小结节状。

声液性肿块, 后方有增强效应。本组病例液性肿块中, 最小 0.3cm × 0.4cm, 最大 5.0cm × 3.8cm。

③腺型增生: 是小叶内管泡及纤维结缔组织中度或重度增生, 小叶增大至互相融合成块, 小叶形状不规则变形, 腺管多而密呈肿瘤状, 失去原来小叶结构, 致导管和纤维组织混杂在一起。2D 特征: 腺体内见多个边界不清相对低回声区大小< 2cm, 内部回声不均, 光点分布呈小结节状。

CDFI 所见: 本组肿块中有 10% (4/40) 肿块有彩色血流信号显示, 其中 3 例平均最大流速 (V_{sys}) 17.5 ± 1.5cm/s, 最小流速 (V_{dias}) 7.5 ± 1.5cm/s, RI 0.58 ± 0.05cm/s, 而另 1 例合并乳腺导管囊状扩张症 V_{sys} 22cm/s, V_{dias} 4cm/s, RI 0.82。

讨论

乳腺囊性增生的肿块, 二维表现为边界清晰, 壁薄的无回声暗区, 透声好, 或表现为液性混浊或混合性回声, 可能因囊液所含的成分或受感染有关。有文献认为囊性肿块也见于癌的坏死液化^[1], 而我们发现到肿块为液性或液性混浊而肿块边界清晰, 规则者, 癌肿可能性少。

乳腺增生病中肿块呈实质性低回声团的, 2D 表现为边界清, 规则或不规则, 无包膜。如规则者应与纤维

腺瘤鉴别, 纤维腺瘤呈圆形或椭圆形, 内部回声均匀或不均匀, 有包膜, 加压探头, 可见肿块变形或移动。而乳腺增生的肿块是无包膜, 位置较固定, 边界不清及不规则, 需与乳腺癌鉴别。乳癌的肿块触之较硬, 球形感强, 边界呈骨刺样, 角状突起, 分枝及微小分叶征^[2], 大部分为低回声团, 部分有钙化或声衰减现象。腺增生病无明显球感, 易变形。

本病合并腺瘤者较少见, 本组占 10% (4/40), 2D 表现为孤立圆形实质性肿块, 边界清, 部分无血流信号。

彩色多普勒对乳腺肿块良恶性的鉴别诊断提供了新的信息, 大大提高超声诊断率。本文中乳腺增生病绝大部分肿块未获血流信号, 只有 4 例肿块可获彩色血流信号, 且血流量小, 其中 2 例合并腺瘤, 肿块直径> 1cm, CDFI 可见内部及外周彩色血流信号呈稀疏点状或细棒状。而另 1 例合并

乳导管扩张的肿块外周见一条状彩色血流信号, 其内部未见彩色血流。而乳腺癌肿块大部分血流丰富, CDFI 可见 4 条以上血管或血管相互交织成网状^[3], 此点有助于本病的肿块与恶性肿瘤的鉴别。

阻力指数 (RI) 可作为鉴别诊断乳腺良恶性肿瘤的依据之一。Peters^[4]等的报道提出, 恶性肿瘤阻力明显高于良性组, 以 RI ≥ 0.7 为临界值鉴别乳腺肿瘤的性质, 敏感性 82%, 特异性 80%。而本组资料中的肿块 RI 值几乎在 0.59~0.63 间 (RI < 0.7), 以 RI ≥ 0.7 为临界值鉴别乳腺肿块的性质是可取的, 我们的结果与 Peters 的报道一致。我们认为, 一般而言 RI 值可作为良恶性肿瘤鉴别的分界线。但并不是固定, 本文仅有 1 例 RI > 0.7 (0.82) 是伴乳导管囊性扩张症, 肿块直径为 5.0cm, 产生的原因是随肿块增大, 血供增加, 其流速也随之增高, 其测值与恶性肿瘤产生重叠^[5]。虽然阻力指数在恶性肿瘤中大多数明显增高, 但也有少数良性病变也会增高, 故应注意结合病史分析及动态观察。

乳腺增生病与乳腺癌的发生有密切关系, 已引起临床医师及患者的关注。但有些肿块可随卵巢分泌的激素变化而发生变化, 而声像图上也出现相应的变化, 所以分析其病理变化与声像图的关系, 对提高诊断的正确性和鉴别诊断有一定价值, 能减少不必要的手术。

参考文献

- 谷振声. 实用乳腺外科病理学[M]. 北京: 人民军医出版社, 1999. 53 ~ 62.
- Stavros AT, Thickman Ds Rappay, et al. Solid breast nodules use of sonography to distinguish between benign and malignant[J]. Lesions radiology, 1995, 196(1): 123-134.
- 吕珂. 彩色多普勒超声对乳腺良恶性病变鉴别的价值[J]. 中国超声医学杂志, 1998, 14(5): 64.
- Peters Engl, Medim, Leldollers, et al. The use of color coded and doppler ultra-sound in the differentiation of benign and malinant breast lesions[J]. Br J Cancer, 1995, 71: 137.
- 曹久峰. 血流速度测定在乳腺肿瘤诊断中的应用价值[J]. 中国超声医学杂志, 1995, 11(5): 370.

(2000-06-15 收稿)

• 短篇报道 •

圆形肺不张一例

赵锡立 麦利军

【中图分类号】R563.4 【文献标识码】D 【文章编号】1000-0313(2001)01-0036-01

患者,男,61岁。因胸闷、咳嗽、发热10天而入院。入院胸片检查右侧中等量胸腔积液,诊为结核性胸膜炎。经抗结核治疗1个月,胸水已基本吸收,正位胸片发现右下肺有一卵圆形病灶。胸部CT平扫见右下肺后基底段有一 $7\text{cm} \times 6\text{cm} \times 5\text{cm}$ 大小的肿块,并右侧胸腔少量积液、胸膜肥厚,肿块内侧、外侧边缘清晰锐利,前部可见有条索状肺血管影及支气管影弯向肿块,肿块后部与胸膜成锐角且有粘连,以至于前后缘较模糊;肿块周边密度较高,内可见含气支气管,邻近肿块的肺组织呈过度膨胀(图1、2)。诊为右下肺圆形肺不张可能。经B超引导下经皮肺穿刺,病理为非特异性炎症纤维化,未见肿瘤细胞。诊断为圆形肺不张。

讨论 圆形肺不张是一种特殊形态的肺外围——部分肺

萎陷,临床较罕见。1928年Loeschke首先描述,此后欧美陆续有报道,名称较多,如“皱褶肺”、假瘤样肺不张、胸膜瘤等。1971年Hanke正式报道并命名为圆形肺不张。其发生机理目前观点尚不一致,多认为本症是在胸腔积液基础上发生的。X线平片上酷似肺肿瘤,部分表现有特征性的“慧星尾征”,对诊断十分重要。CT的密度分辨率高,能更清楚地显示病灶的形态、结构,以及与胸膜肥厚的关系、相邻肺组织的改变,对本病的诊断极有帮助。本症好发于肺下叶。CT表现为圆形或椭圆形肿块,直径3.5~7cm,位于肺外围贴近胸膜,呈软组织密度;包含血管和支气管的弯曲条纹进入肿块,并使肿块肺门侧边缘模糊;伴有钙化或无钙化的胸膜增厚。因此,密切结合临床,本症的诊断并不困难。本例CT上具有典型的CT表现,因此诊断时提示本症的可能。对有疑问时,需行肺穿刺活检确诊。

参考文献

- 李镇中. 圆形肺不张2例报告并文献复习[J]. 现代医用影像学, 1998, 7: 182.
- Hanke R. Rounded atelectasis[J]. Semin Roentgenol, 1980, 15(2): 174.
- Schneider HJ. Rounded atelectasis[J]. Am J Roentgenol, 1980, 134: 225.
- Blesovsky A. The folded lung[J]. Br J Dis Chest, 1966, 60: 19.
- Doyle TC, Lawler GA. CT features of rounded atelectasis of the lung[J]. 1984, 143: 225.
- McHugh K, Blaquiére RM. CT features of rounded atelectasis[J]. AJR, 1989, 153: 257.

(2000-06-28 收稿)

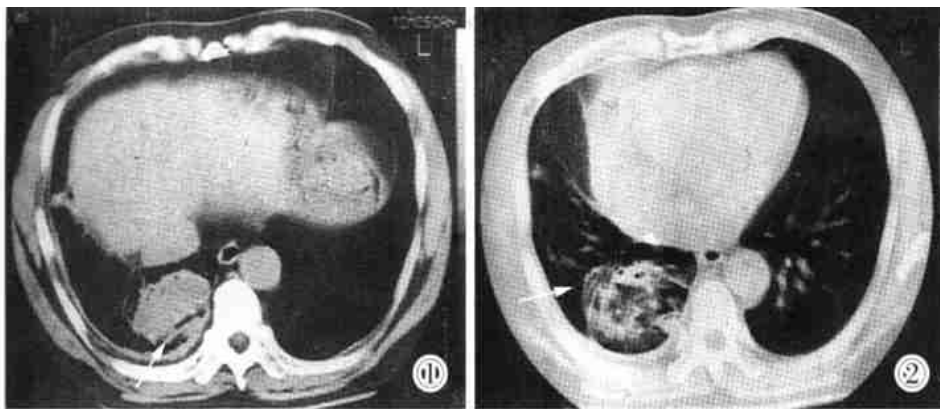


图1 CT平扫纵隔窗示右下肺后基底段有一椭圆形肿块(→),大小 $7\text{cm} \times 6\text{cm} \times 5\text{cm}$,两侧边缘清晰锐利,前部可见血管及支气管弯向肿块,后部与增厚的胸膜成锐角并粘连。

图2 肺窗示右下肺肺肿块(→)周围可见条状血管、支气管影弯向肿块,右侧胸腔少量积液并胸膜肥厚,肿块与胸膜呈锐角并粘连,肿块内可见含气支气管,其邻近肺组织过度膨胀。

作者单位: 475001 河南开封医专第一附属医院放射科(赵锡立), 河南开封光明医院放射科(麦利军)

作者简介: 赵锡立(1964~),男,河南开封人,主治医师,主要从事肿瘤的介入治疗工作。