

低张双重造影数字成像对食管隆起性肿瘤的诊断价值

鲁北, 郭强, 秦好朴, 陈威, 路延平

【摘要】 目的:分析食管腔内不同大小隆起性肿瘤的数字低张双重造影 X 线征象,提高对该病的诊断水平。**方法:**回顾性分析经数字胃肠机行低张双重对比造影发现并经胃镜活检及手术病理证实的 102 例食管腔内隆起性肿瘤的病例资料,其中恶性 74 例,良性 28 例,对不同大小肿瘤 X 线特点进行汇总分析,找出良恶性肿瘤之间的鉴别点。**结果:**102 例食管腔内隆起性肿瘤中,长径 <1 cm 者 12 例,良恶性鉴别点主要以病变轮廓改变和管壁的功能性改变为主,定性诊断符合率为 75%;长径 1~3 cm 者 37 例,良恶性诊断要点除轮廓及管壁功能改变外,肿瘤的形态、钡剂的涂抹具有重要鉴别作用,诊断符合率为 94.6%;长径 >3 cm 者 53 例,良恶性肿瘤各自特点更加明显,尤其表现在黏膜和钡剂涂抹方面,定性诊断符合率为 95.2%;102 例食管腔内隆起性肿瘤定性诊断总符合率为 93.1%,随着瘤体的增大,良恶性诊断符合率呈升序排列。**结论:**数字化低张双重造影在食管腔内隆起性肿瘤的良恶性定性诊断中具有重要价值,诊断符合率高,可为临床治疗提供可靠性参考。

【关键词】 食管肿瘤; X 线; 诊断, 鉴别

【中图分类号】 R814.43; R816.5 **【文献标识码】** A **【文章编号】** 1000-0313(2012)08-0847-05

Diagnostic value of hypotonic double-contrast digital imaging for protruded type of esophageal neoplasm LU Bei, GUO Qiang, QIN Hao-pu, et al. Department of Radiology, People's Hospital of Xingtai, Hebei 054031, P. R. China

【Abstract】 Objective: To explore the value of hypotonic double contrast examination (HDCE) of the esophagus in the characterization of esophageal neoplasm. **Methods:** A retrospective analysis of HDCE of the esophagus was performed in 102 patients with esophagus neoplasm. All the benign ($n=28$) and malignant ($n=74$) neoplasm were proved by gastroscopic biopsies and surgical pathology. We specifically compared HDCE characteristics between benign and malignant neoplasms. **Results:** Among 102 cases with esophagus neoplasm, differentiation of benign and malignant lesions <1 cm in maximum diameter ($n=12$) was the changes in esophageal contour and function on HDCE with accuracy of 75%; differentiation of lesions 1~3 cm ($n=37$) was the changes in esophageal contour and function, shape of the mass and barium coating on HDCE with accuracy of 94.6%; differentiation of lesions >3 cm ($n=53$) was the changes in the mucous membranes and barium coating on HDCE with accuracy of 95.2%. The total accuracy of HDCE was 93.1%. The accuracy of HDCE increased with the increase in lesion size. **Conclusions:** HDCE plays key roles in the characterization of protruded type of esophageal neoplasm and provides reliable information relevant to patients treatment.

【Key words】 Esophageal neoplasms; X-rays; Diagnosis, differential

食管腔内隆起性肿瘤特点为在造影检查时易挂钡、涂抹,利于显示病变细微结构,同时数字胃肠机的应用使其成像质量也得到很大提高,利用食管腔内隆起性良恶性肿瘤的不同 X 线特点,对其作出定性诊断,对于临床治疗方式的选择具有重要参考价值。

材料与方法

搜集经电子内镜活检及手术病理证实的 102 例食管腔内隆起性肿瘤病例,男 55 例,女 47 例,年龄 31~82 岁,平均 51.4 岁。出现进食梗塞感、异物感、食物咽下有滞瘤感 67 例,明显吞咽困难 8 例,胸骨后疼痛 6 例,出现腹胀、腹痛、烧心、反酸、嗝气等胃肠道症状者 19 例,体检发现无明显症状者 2 例。

使用 GE Prestiger Si 100KW 大功率数字胃肠

机,采用低张食管气钡双对比造影方法,上午检查者空腹,下午检查者早餐可进清淡食物,午餐禁食。检查前 5~10 min 肌注山莨菪碱针剂 20 mg,使食管张力减低,造影时口服发泡剂 3 g,口中嚼碎,服药 10 ml 水快速咽下,造影剂为青岛东风化工有限公司生产的双重造影硫酸钡,配制浓度 4g/ml 左右,采用大口吞钡法,口含约 50 ml 钡剂,一口咽下,依次从食管左、右前斜位、正位等多体位动态观察,对于病变显示不理想的,配合仰卧或俯卧位检查,充分显示、暴露病变,并进行连续数字点片,以摄取食管舒张状态黏膜相为主,尽量立体地展示病变。

结 果

1. 病变特点

在 102 例食管腔内隆起性肿瘤中,74 例为恶性肿瘤,含 7 种病变,其中食管癌 61 例,6 例为多发;癌肉

作者单位:054031 河北,邢台市人民医院放射科

作者简介:鲁北(1964—),男,云南玉溪人,主任医师,主要从事影像诊断工作。

瘤 4 例;平滑肌肉瘤 3 例;恶性间质瘤 2 例;恶性黑色素瘤 2 例;恶性淋巴瘤、脂肪肉瘤各 1 例。良性肿瘤 28 例,共 7 种病变,其中平滑肌瘤 19 例,1 例为多发,1 例伴有食管癌;息肉 4 例;间质瘤、食管囊肿、乳头状瘤、孤立性静脉瘤、炎性假瘤各 1 例。发生在食管上段的 17 例,位于食管中段的 64 例,食管下段 21 例。良恶性肿瘤中,最大者肿瘤几乎占据食管全长,最小者仅 0.6 cm。

2. X 线特点

大体表现为一侧壁乳头状、息肉样隆起和腔内膨胀性占位改变,以下重点从肿瘤不同大小所呈现的 X 线特点进行描述。

肿瘤长径 < 1 cm 者 12 例,其中恶性肿瘤 5 例,均为食管癌;良性肿瘤 7 例,其中平滑肌瘤 2 例(1 例伴食管癌),息肉 2 例,乳头状瘤 1 例,孤立性静脉瘤 1 例,炎性假瘤 1 例。在 5 例食管癌中,X 线特点为轮廓线毛糙呈虚线状,粗细不均,肿瘤边缘轻度不规则或伴有切迹,于切线位病变基底部管壁增厚、僵直,扩张度

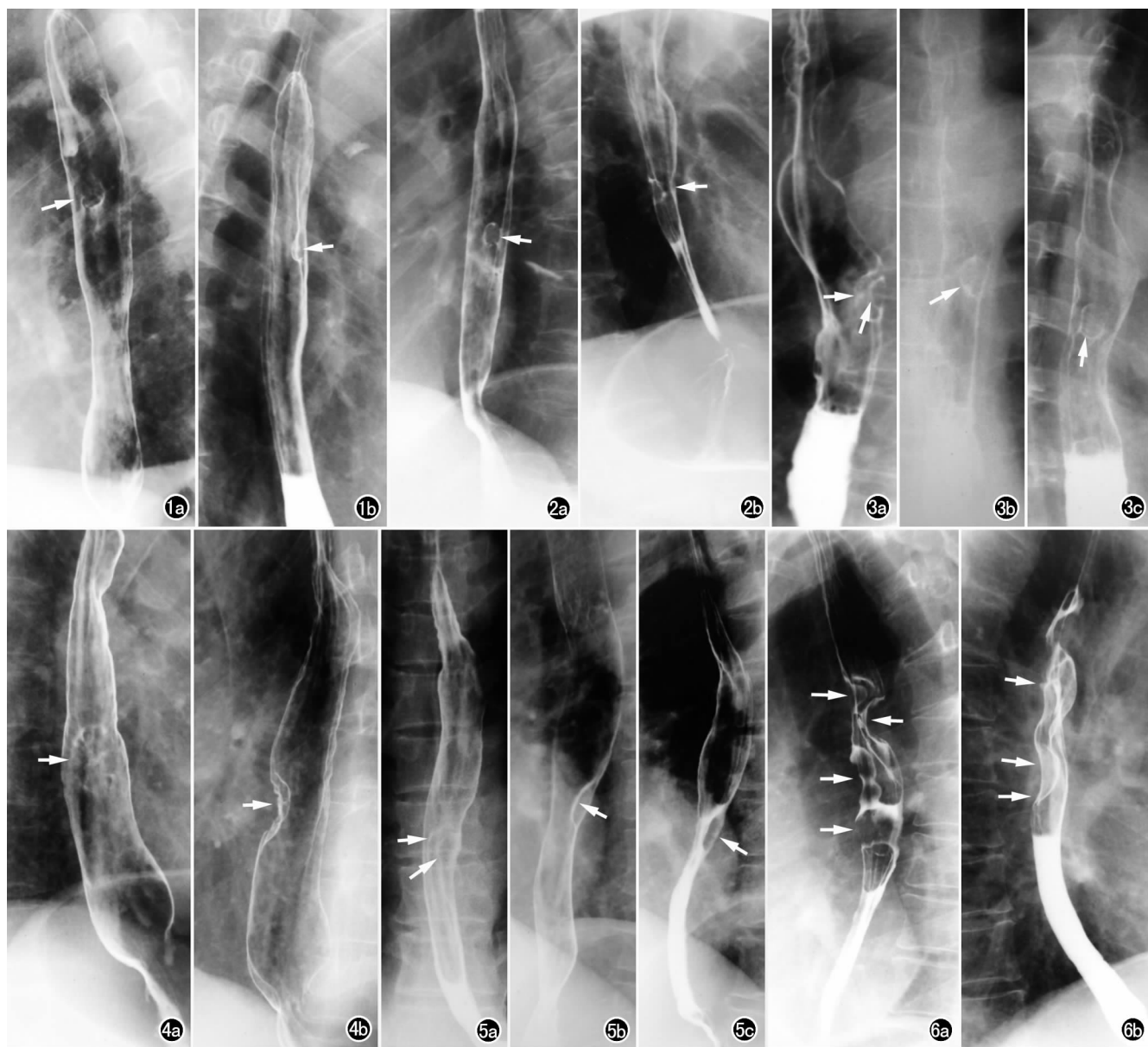


图 1 隆起性食管癌(长径 < 1 cm)。a) 轮廓线毛糙呈虚线状,粗细不均,肿瘤边缘伴有切迹(箭); b) 切线位局部管壁增厚、僵直(箭)。图 2 不典型隆起性食管癌(长径 < 1 cm)。a) 肿瘤呈环形影(箭),轮廓线清晰,下缘隐约可见一小切迹; b) 切线位轮廓线均匀,其边缘略毛糙(箭),管壁柔软。图 3 “双环征”隆起性食管癌(长径 < 1 cm)。a) 瘤体环形影外另见一同心圆排列的环形影(箭); b) 病变呈环形改变(箭); c) 病变呈环形改变(箭),轮廓清晰、锐利。图 4 隆起性食管癌(长径 1~3 cm)。a) 病变呈圆形(箭),轮廓线毛糙不清、钡剂涂抹不均呈斑片状; b) 切线位病变基底部管壁内陷、僵直,凹凸不平(箭)。图 5 食管癌误诊为良性肿瘤(长径 1~3 cm)。a) 瘤体正面轮廓线呈“双环征”(箭); b) 管腔呈舒张状态,病变轮廓光整(箭),管壁柔软; c) 管腔收缩时,显示病变处管壁僵直(箭),与正常收缩管壁形成鲜明对比。图 6 多发性平滑肌瘤(长径 1~3 cm)。a) 病变呈圆形、马蹄、花生等多形性改变(箭),共 4 个; b) X 线可见“涂抹征”及“环征”(箭)。

稍差,无黏膜破坏,钡剂涂抹均匀(图1);1例食管癌表现为小环形影,轮廓线清晰,下缘隐约可见一小切迹,切线位轮廓线粗细较均匀,但边缘稍毛糙,管壁柔软,X线诊断:食管中段乳头样隆起病变,性质待定(图2),另有1例误诊为食管良性肿瘤,在食管三位相上,正位及右前斜位病变呈规则环形改变,而在左前斜肿瘤的切线位上,瘤体环形影外还显示另一环形影围绕在其周围,呈同心圆排列,称为“双环征”(图3)。本组良性肿瘤在形态上多数表现为轮廓线锐利、清晰,呈粗细均匀的环形、半环影,肿瘤表面光整,无分叶,息肉伴有短蒂存在,而炎性假瘤周围伴反流性食管炎;本组1例乳头状瘤长约0.7 cm,因瘤体向腔内隆起较扁平,钡剂涂抹不良,正面形态及轮廓未明确显示,在切线位呈较浅的弧线状,轮廓稍毛糙,蠕动波通过时管壁显示僵硬,被误诊为早期食管癌。

肿瘤长径1~3 cm者37例,其中恶性肿瘤26例,其中食管癌24例(4例为多发),恶性黑色素瘤2例;良性肿瘤11例,包括平滑肌瘤9例(其中1例为多发),息肉、食管囊肿各1例。在恶性肿瘤中,食管癌X线主要表现为呈圆形、半圆形或不规则状腔内隆起,轮廓线毛糙、扭曲、钡剂涂抹不均呈斑片或颗粒状,切线位病变基底部管壁内陷、僵直、凹凸不平(图4);本组恶性黑色素瘤较食管癌瘤体表面更加不光整,呈多结节状,钡剂涂抹呈鱼鳞状或皂泡样改变,恶性征象较典型。本组1例食管癌误诊为良性肿瘤,主要因肿瘤边缘光整,轮廓线清晰、锐利,粗细均匀,但通过仔细观察,瘤体正面图隐约可见“双环影”,从管壁的功能性改变上可发现,收缩波达体瘤上缘时,病变处管壁僵直,与正常收缩管壁形成鲜明夹角(图5)。本组11例良性肿瘤中,平滑肌瘤9例,X线表现与小于1 cm的平滑肌瘤在轮廓、钡剂涂抹方面基本相同,另外在形态上,还有“花生”、“生姜”、“马蹄”等多形性改变,1例平滑肌瘤因多发性及多形性改变而误诊为食管癌,回顾性分析其X线表现,于食管中段集中多个互相独立的多形性充盈缺损,类似食管癌的不规则充盈缺损,肿瘤表面钡剂涂抹均匀,可见“涂抹征”及“环形征”^[1-2](图6)。本组息肉、食管囊肿均表现出良性肿瘤特点,其中食管囊肿利用数字胃肠机连续动态摄片功能,可观察到其形态随食管蠕动及管壁的扩张而发生改变,管壁张缩性及柔韧性良好。

肿瘤长径>3 cm者53例,其中恶性肿瘤43例,包括食管癌32例(2例为多发),癌肉瘤4例,平滑肌肉瘤3例,恶性间质瘤2例,恶性

淋巴瘤、脂肪肉瘤各1例。良性肿瘤10例,包括平滑肌瘤8例,间质瘤1例,纤维血管性息肉1例。恶性肿瘤X线表现以蕈伞状及腔内膨胀性占位为主,蕈伞型在本组中以食管癌最多见,特点为自一侧壁突入腔内呈较大息肉样改变,黏膜紊乱、破坏明显,病变基底部凹凸不平,管壁内陷、僵硬显著;本组1例食管癌呈偏心性充盈缺损,轮廓线较光整,并可见典型“环形征”,误诊为平滑肌瘤(图7);腔内型食管癌与癌肉瘤X线表现相似,以腔内膨胀性占位为主,病变处管腔呈扩张状态,梗阻征象并不明显,发现时病变多已超过3 cm,多数轮廓及边缘不光整,呈膨胀性生长,常伴有黏膜破坏及龛影,钡剂涂抹极不均匀;而平滑肌肉瘤、恶性间质瘤、恶性淋巴瘤轮廓线常不连贯,肿瘤可突破管壁向腔外生长,于管腔外形成不规则软组织肿物;1例脂肪肉瘤呈“腊肠”样改变,病变起始于食管颈段,可见粗短的蒂附于后壁,病变向下生长,几乎占据全食管,被误诊为巨大良性息肉。10例良性肿瘤中,平滑肌瘤8例,发病率最高,与小于3 cm的平滑肌瘤X线表现基本相似,其多形性表现更明显,“环形征”、“涂抹征”更典型;本组良性肿瘤中有1例间质瘤被误诊为恶性肿瘤,在右前斜位病变形态呈月牙状,其顶部轮廓线光整,基底部不规则增厚,管壁僵硬;正位肿瘤向右侧膨胀性生长,部分突出腔外,左侧食管管壁僵直,钡剂涂抹不均,病变与正常管壁界限分明(图8);良性肿瘤中

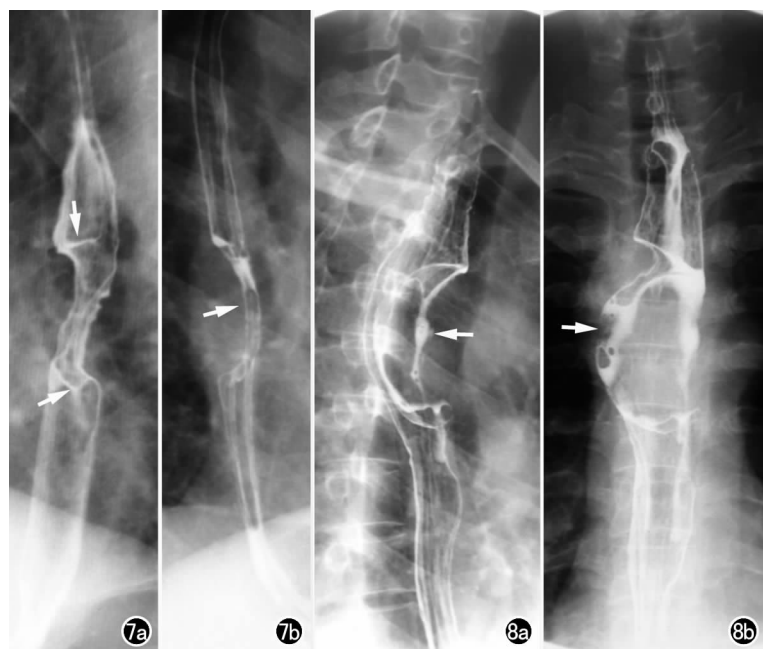


图7 食管癌误诊为平滑肌瘤(长径>3cm)。a) 病变可见典型“环形征”(箭),但管腔变窄,管壁毛糙,黏膜紊乱; b) 病变均呈偏心性充盈缺损,轮廓线光整(箭),管壁较柔软,无明显黏膜破坏改变。图8 食管间质瘤误诊为恶性肿瘤。a) 病变呈月牙状(箭),其顶部轮廓线光整,基底部不规则增厚,管壁僵硬; b) 病变向右膨胀性生长(箭),部分突出腔外,与正常管壁界限分明。

有纤维血管性息肉 1 例,瘤体呈“香肠”样改变,可见发自颈段食管的长蒂与之相连,其轮廓清晰,钡剂涂抹较均匀,壁柔软,随患者做呃逆动作,肿瘤可上下移动。

讨 论

1. 数字化低张气钡双重造影优势

数字化胃肠机与传统胃肠机相比,具有动态采集和回放功能,能反复观察可疑部位食管的蠕动及管壁的软硬度等功能性改变,在显示病变局部形态及局部管壁功能的改变上具有明显优势^[3],因具有图像局部放大、边缘增强及窗宽、窗位调节等强大后处理功能,可使兴趣区显示更理想,有利于病变定性诊断^[4]。

2. 腔内隆起性食管良恶性肿瘤定性诊断价值

①长径 <1 cm 的 12 例肿瘤中,其定性诊断符合率为 75%,在本组中针对 1 例性质待定的病例(图 2),通过病变下缘的小切迹及切线位轮廓线较毛糙这些恶性指征,有经验的医师会在诊断中加以提示;另外在误诊病例中(图 3),瘤体出现的“双环征”,占到恶性肿瘤的 40%,而 7 例良性肿瘤无 1 例有此征象,可能与癌组织相对于基底部血供丰富,生长较快,而顶部血供较少生长较缓,造成生长不均衡有关;也有可能为癌组织的浸润性生长造成周围正常组织的炎性反应,致使病变周围黏膜充血水肿而隆起所致,总之这一征象对于恶性肿瘤的诊断有一定的意义,目前尚未见到有关此征象的相关报道。在本组还有 1 例乳头状瘤误诊为早期食管癌,其发病率为 0.01%~0.43%^[5],钡餐检查鲜有报道,多为内镜检查发现,文献报道最多一组病例为 120 例^[6],易恶变,X 线特点不明显。总的来说对于 <1 cm 的良恶性肿瘤定性诊断主要依据病变的轮廓改变和管壁的功能改变为主,黏膜破坏不明显。②长径 1~3 cm 的肿瘤其良恶性鉴别点除轮廓及管壁功能改变外,肿瘤的形态、钡剂的涂抹具有重要鉴别价值,其诊断符合率为 94.6%;对于本组 1 例食管癌误诊良性肿瘤病例(图 5),同样又出现了“双环征”,再次说明该征象在良恶性鉴别上的重要性。在本组良性肿瘤中,有 1 例平滑肌瘤误诊为食管癌(图 6),针对平滑肌瘤可出现多发及多形性这一特点^[7],在诊断中应仔细观察,特别对于较大平滑肌瘤,其多形性更加明显,更易引起误诊^[8],应引起注意。③长径 >3 cm 的肿瘤定性诊断符合率为 95.2%,由于瘤体较大,其良恶性特点相对较小肿瘤表现得更加明显,尤其在黏膜和钡剂涂抹方面,良恶性之间差别显著,定性诊断并不困难,有个别出现误诊,是由于没有抓住鉴别要点,如本组食管癌误诊为平滑肌瘤病例(图 7),该病变的两侧管壁为内收、狭窄状,同时伴黏膜不规则增粗、紊乱,而平滑肌瘤的管壁多向外扩张,黏膜被推压展平呈“涂抹征”,

通过对比两者之间还是有区别的;在误诊病例中还有 1 例脂肪肉瘤被误诊为巨大息肉(图 8),因食管脂肪肉瘤非常罕见^[9],对其了解甚少,其形态与食管良性巨大息肉十分相像,鉴别确有一定困难。总之,通过对良恶性肿瘤的 X 线征象的提炼总结和对比,一些难以定性或误诊的病例能够获得正确诊断;当然对于一些难以定性的少见病还存在对其认识不足的问题,还需不断积累经验加强认识。通过对 102 例病例的总结可发现,定性诊断符合率随着病变大小的增大而增加,为升序,这说明病变较小时一些良恶性征象表达不完整,定性诊断符合率较低,随着病变的增大良恶性特点表达趋于明显和典型,定性诊断符合率也随之提高;总体上定性诊断符合率达到 93.1%,说明数字化食管低张双重造影对于该类型食管肿瘤检查具有重要作用。

3. 临床意义

数字化低张双重造影检查能客观展示食管腔内隆起性肿瘤的大小、形态、部位、表面特征及浸润深度,具有定性、定位,定量、定型作用^[10-11],术前准确诊断是决定手术方式的关键^[12]。其中定性诊断对临床治疗方式选择起决定性作用,如食管恶性肿瘤一般要采取病变食管切除方法,而良性肿瘤多数不必切除食管,并有多种治疗方法,如根据造影检查病变小于 2 cm 的良性肿瘤,视其基地部的宽窄可分别采用内镜下高频电热活检钳或电套圈进行电切除^[6];病变在 2~5 cm 的则适用胸腔镜手术切除,肿瘤较大、造影片显示浸润深或瘤体部分突出腔外者,可采取手术肿瘤剥离摘除术,对于造影发现为多发、瘤体巨大、形状为螺旋形包绕生长的良性肿瘤,可行食管部分切除、食管胃吻合术^[13-14];另外,根据造影片瘤体所在位置不同,决定手术的不同入路。总之,数字化低张双重造影对食管腔内隆起性良恶性肿瘤具有定性、定位、定量、定型等多种作用,尤其定性诊断对于临床治疗方式方法具有重要意义。

参考文献:

- [1] 王庆彬,马效德,吴希诗,等.食管平滑肌瘤的影像学表现[J].医学影像学杂志,2001,11(5):323-324.
- [2] 聂玫,许有进,黄淑贞.食管平滑肌瘤的影像学诊断[J].现代医用影像学,2004,13(5):223-224.
- [3] 段瑞军,王丽娟.模拟与数字胃肠机在早期食管癌诊断中的应用价值比较[J].内蒙古医学杂志,2008,40(2):172-173.
- [4] 赵小华,胡道予,姜志红.双重造影数字成像对食管隆起性病变的诊断价值[J].放射学实践,2000,15(4):248-250.
- [5] 祖金池,霍君云,杨春生,等.食管乳头状瘤 1 例[J].临床肿瘤杂志,2001,4(6):350.
- [6] 金铁臣,蒋群宁,姚雪珍.内镜诊治食管乳头状瘤 120 例分析[J].中华消化内镜杂志,2009,26(7):371-372.
- [7] 石岑.食管平滑肌瘤的 X 线诊断与鉴别诊断[J].山西医药杂志,2009,38(2):166-167.

- [8] 韩春山, 辛华, 郑雅娟, 等. 食管平滑肌瘤的误诊原因分析[J]. 中国实用诊断学, 2006, 10(7): 793-794.
- [9] 徐启明, 何勇, 周乃康, 等. 罕见巨大食管脂肪肉瘤一例[J]. 中华医学杂志, 2004, 84(3): 241.
- [10] 陈九如, 徐家兴. 重新评价胃肠道钡剂造影在现阶段的作用及任务[J]. 中华放射学杂志, 1998, 32(4): 276-277.
- [11] 贺建元, 李汝敏, 李予镇, 等. 早期食管癌 X 线诊断(附 276 例分析)[J]. 实用放射学杂志, 2005, 21(2): 152-154.

- [12] 陈新, 何明, 刘庆熠, 等. 腔内型表现的食管肿瘤 42 例临床分析[J]. 中国综合临床, 2004, 20(8): 722-723.
- [13] 刘峰, 张志庸, 李单青, 等. 食管平滑肌瘤的诊断及外科处理[J]. 现代预防医学, 2007, 34(13): 2577-2578.
- [14] 王俊, 刘军, 李剑锋, 等. 食管良性疾病的胸腔镜手术[J]. 中华胸心血管外科杂志, 2001, 17(3): 149-151.

(收稿日期: 2011-12-08 修回日期: 2012-03-08)

乳腺颗粒细胞瘤一例

• 病例报道 •

林娇卡, 刘强, 姚海东

【中图分类号】R445.2; R737.9 【文献标识码】D 【文章编号】1000-0313(2012)08-0851-01

病例资料 患者, 女, 34 岁, 半个月前体检发现左乳肿块, 皮肤无红肿、溃瘍, 乳头无溢血、溢液, 肿块无进行性增大。专科查体: 双乳皮肤好, 未见红肿、桔皮征, 左乳未及肿物, 右乳未及肿物, 双侧腋下未及肿大淋巴结。

乳腺钼靶 X 线表现: 左乳上象限可见一结节影, 大小约 9.4 mm × 14.3 mm, 边缘光滑, 密度均匀, 皮肤未见增厚, 乳头无凹陷(图 1)。诊断意见: 左乳上象限结节, 考虑良性可能性大(BI-RADS 3 级)。**乳腺彩超:** 左乳腺体层后方 12 点钟处可见一椭圆形低回声区, 约 11 mm × 7 mm, 边缘清, 内部回声均匀, 后方回声增强, 距乳头约 20 mm; 乳腺肿块血流 0 级(图 2)。诊断意见: 左乳腺 BI-RADS 2 级; 建议 6~12 个月复查。**乳腺 MRI:** 左乳内上象限深部近胸大肌处见一强化结节, 约 11 mm × 8 mm, 边界清楚, 未见明显毛刺, 较均匀强化, 早期强化明显, 时间信号强度曲线为 I~II 型; 乳头无下陷, 表面皮肤光滑, 深部胸壁结构清晰, 未见异常信号(图 3)。诊断意见: 左乳内上象限深部近胸大肌处异常信号结节, 考虑为良性结节可能性大, 多为纤维腺瘤或增生结节。免疫组化: S-100(+), ChrA(+), CD68(+), SM-actin(-), Myoglobin(-), inhibin(-)。诊断: (左乳肿物)颗粒细胞瘤。

讨论 乳腺颗粒细胞瘤(granular cell tumor of the breast, GCT)亦称颗粒性肌母细胞瘤, 是一种比较少见的良性肿瘤, 是由嗜酸性胞质颗粒、施万细胞起源的细胞组成的肿瘤。颗粒细胞瘤可以发生于身体任何部位, 常见于软组织, 近 1/3 发生于舌, 其余发生于乳腺、消化道、呼吸道、泌尿生殖系统等, 乳腺相对少见, 女性相对多于男性。肿瘤直径一般小于 3 cm, 个别可

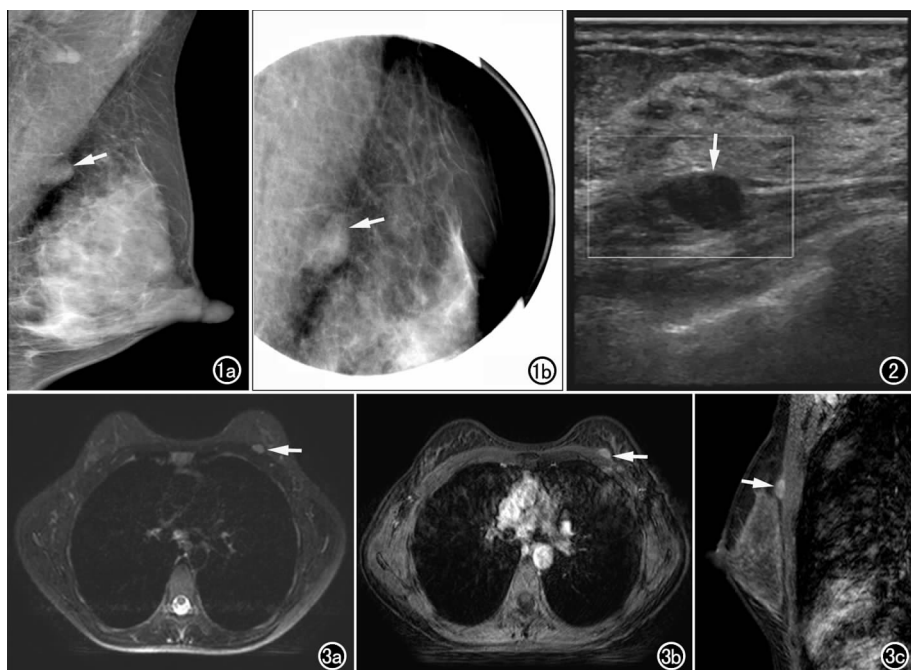


图 1 a) 左乳侧斜位片示左乳上象限、胸大肌旁等密度结节影(箭), 约 9.4 mm × 14.3 mm, 边缘光滑, 密度均匀; b) 局部加压照片示左乳上象限结节更为清晰(箭)。

图 2 左乳彩超示左乳腺体层后方及肌层间可见 1 个椭圆形低回声区(箭), 边缘清, 有侧壁声影, 内部回声均匀, 后方回声增强, CDFI 示乳腺肿块血流 0 级。图 3 a) T₂WI 示左乳内上象限深部近胸大肌处见一结节(箭), 稍长 T₂, 边界清楚, 未见明显毛刺; b) 横轴面 T₁WI 增强扫描示左乳结节较均匀强化(箭), 早期强化明显; c) 矢状面 T₁WI 增强扫描示左乳结节(箭)毗邻胸大肌。

达 6 cm。据文献报道, 由于乳腺颗粒细胞瘤临床、影像学 and 病理大体特点近似于乳腺癌, 故易误诊为乳腺癌。颗粒细胞瘤确诊主要依据免疫组织化学 S-100 蛋白阳性表达。本病治疗一般行广泛切除, 其预后好, 但也有多次复发、恶性变及恶性颗粒细胞瘤的报道。

本病例的病灶在乳腺钼靶、彩超、MRI 多种影像学表现均为良性表现, 考虑患者为年轻妇女, 按照常见病诊断思维, 首先考虑为纤维腺瘤。但此病灶发生部位位于乳腺腺体深部, 接近胸大肌, 该征象纤维腺瘤不常见。根据免疫组化 S-100 阳性表达, 诊断为乳腺颗粒细胞瘤。

(收稿日期: 2011-08-05 修回日期: 2011-09-05)

作者单位: 528403 广东, 中山市人民医院普通放射科

作者简介: 林娇卡(1985-), 女, 广东湛江人, 主要从事乳腺钼靶放射诊断学工作。