

乳腺隆突性纤维肉瘤一例

王唯伟, 时克伟, 刘庆旭, 王飞云, 邵凯, 徐景景

【关键词】 乳腺肿瘤; 皮肤纤维肉瘤; 磁共振成像

【中图分类号】 R730.262; R445.2; R737.9 【文献标识码】 D 【文章编号】 1000-0313(2017)10-1085-02

DOI:10.13609/j.cnki.1000-0313.2017.10.021

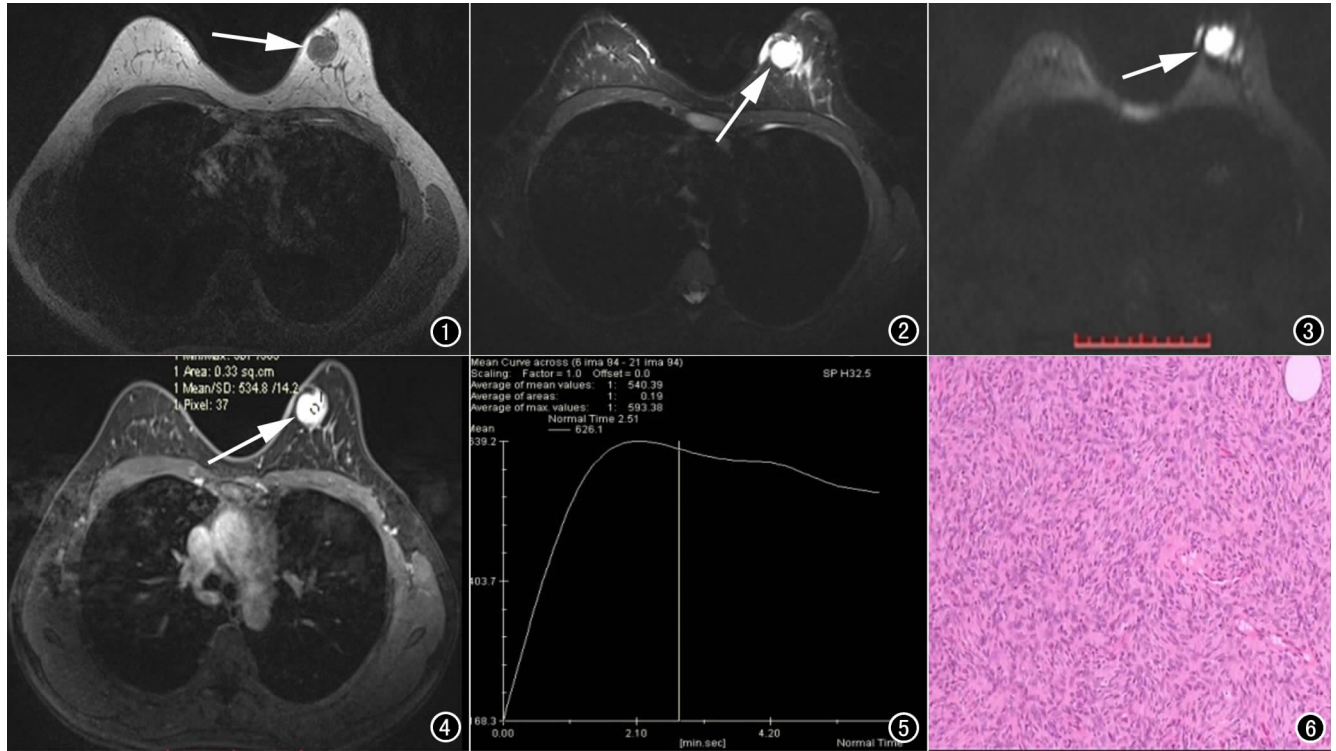


图 1 T_1 WI 示左乳内上象限不规则肿块(箭)。图 2 FS- T_2 WI 示病灶均匀高信号,肿块边缘有条状影伸向临近的脂肪层面,呈“树根状”浸润改变(箭)。图 3 DWI 呈高信号(箭)。图 4 DCE-MRI 呈明显持续均匀高信号(箭)。图 5 时间-信号曲线呈速升-缓降型。图 6 病理诊断(HE $\times 100$):隆突性皮肤纤维肉瘤(经典型)。

病例资料 患者,女,32岁,发现左乳无痛性肿物2年余,近2个月自觉肿块增大,无橘皮征,无乳头凹陷及溢液。体格检查:左乳内上象限触及大小约3.0 cm $\times$ 2.0 cm的肿块,质硬,形态不规则,边界欠清,活动度尚可,无压痛。

MRI 表现:左乳内上象限不规则肿块影,可见浅分叶,较大层面约3.2 cm $\times$ 2.0 cm, T_1 WI 呈低信号(图1),FS- T_2 WI 呈明显高信号(图2),DWI 呈高信号(图3),动态增强扫描呈明显均匀强化(图4),时间-信号曲线呈速升-缓降型(图5);病灶与皮肤组织分界欠清,部分突出于皮肤表面,并可见肿块边缘有条状影伸向临近的脂肪层面,呈“树根状”浸润改变(图2)。拟诊:乳腺影像报告和数据系统(breast imaging repor-

ting and data system, BI-RADS)4B类。

病理表现:送检大体标本可见3.0 cm $\times$ 2.5 cm $\times$ 2.0 cm,与皮肤组织分界不清,灰白,质细腻;镜下见梭形细胞大量聚集,呈束状、席文状或车辐状排列,细胞呈轻度异型性,核分裂少见,浸润脂肪组织(图6);免疫组化示CD34(+),Vimentin(+). 诊断:隆突性皮肤纤维肉瘤(经典型)。

讨论 隆突性皮肤纤维肉瘤(dermatofibrosarcoma protuberans, DFSP)是起源于真皮层的一种侵袭性低度恶性梭形细胞肉瘤,多见于20~50岁成年男性,主要好发于躯干和四肢近端,发生于女性乳房极少见,约占乳腺恶性肿瘤的0.2%~1.0%^[1]。根据2013年WHO软组织肿瘤新分类,DFSP属于中间性纤维母细胞/肌纤维母细胞肿瘤^[2]。组织学上DFSP分为经典型、纤维肉瘤型、色素型(Bender瘤),以经典型最

作者单位:272209 山东,济宁医学院附属医院放射科

作者简介:王唯伟(1990-),男,山东济宁人,住院医师,主要从事骨肌系统影像诊断工作。

为多见,免疫组化 CD34 阳性表达率达 80%~100%^[3]。临床上 DFSP 呈无痛性结节样肿块向体表隆起,早期症状不典型,生长缓慢,转移罕见,术前易误诊,仅进行单纯肿块切除术,容易导致复发,文献报道复发率高达 50%,而肿瘤广泛切除术可获得较好的预后(5 年生存率高达 95%)^[4]。因此加深对该病的影像特点的认识,作出正确的术前诊断可以提高初次手术治疗成功率,减少术后复发。

MRI 作为诊断软组织肿瘤最重要的影像手段,因其较高的软组织分辨率及多角度成像,能显示肿瘤大小、范围及与周围组织的关系,在术前诊断及术后复发病变的评估具有重要作用。肿块在 T₁WI 上呈等信号或稍低信号,肿块较小时,在 T₂WI 脂肪抑制序列上呈明显均匀高信号,DWI 呈高信号,动态增强扫描呈持续均匀明显强化。本病例中“树根征”表现对于 DFSP 的诊断具有重要价值^[5];肿块较大时常突出于皮肤外,表现为“悬吊征”,T₂WI 脂肪抑制序列上呈不均匀高信号,其内可见少许条片状低信号影,增强扫描呈不均匀明显强化,其中弱强化区与 T₂WI 低信号区相对应,可能与肿瘤间质内大量的胶原纤维或薄层结缔组织有关。

乳腺 DFSP 发生部位表浅且有皮肤粘连受累征象,需要与乳腺良性病变皮脂腺囊肿、脂肪瘤及乳腺恶性病变乳腺癌相鉴别。乳腺皮脂腺囊肿因含有大量角化物质且血供不丰富,T₁WI 多成低信号,T₂WI 呈高

信号,但强化较弱;脂肪瘤在 T₂WI 脂肪抑制序列上呈低信号,增强不明显,易与 DFSP 相鉴别;乳腺癌常表现为形态不规则软组织肿块,呈星芒状或蟹足状,边缘可见毛刺,其内点片状钙化,且常伴有乳头凹陷,动态增强呈“速升-速降型”,而 DFSP 特征性的“树根征”、“悬吊征”可与之相鉴别。

对于 DFSP 治疗方面,通常采用大范围手术切除或 Mohs 手术,切除范围应距离肿块边缘 3cm 以上^[6],基底应该包括肿瘤床所附着的肌肉筋膜,对于遗留的创面,一般可行游离植皮覆盖。

参考文献:

- [1] Al Tarakji M, Toro A, Di Carlo I, et al. Unusual presentation of dermatofibrosarcoma protuberans in a male patient's breast: a case report and review of the literature[J]. World J Surg Oncol, 2015, 13(1):158.
- [2] 张九龙,熊祚钢,张琳,等. 隆突性皮肤纤维肉瘤的影像表现及病理基础[J]. 临床放射学杂志, 2016, 35(7):1074-1078.
- [3] 汪娟,朱红波,卞海燕. 隆突性皮肤纤维肉瘤 26 例临床病理分析[J]. 诊断病理学杂志, 2015, 22(6):321-323. 327.
- [4] Lee SJ, Mahoney MC, Shaughnessy E. Dermatofibrosarcoma protuberans of the breast: imaging features and review of the literature[J]. AJR, 2009, 193(1):W64-W69.
- [5] 何涌,田丽,陈应明,等. 隆突性皮肤纤维肉瘤的 CT 和 MRI 表现[J]. 中华放射学杂志, 2014, 48(5):399-402.
- [6] 高宝军,戴捷,曹俊华,等. 前胸壁隆突性皮肤纤维肉瘤一例[J]. 放射学实践, 2015, 30(1):94-95.

(收稿日期:2016-11-05 修回日期:2016-12-27)