

乳腺巨大幼年性纤维腺瘤一例

聂婷婷, 马文佳, 吴仁华

【关键词】 乳腺疾病; 纤维腺瘤; 磁共振成像

【中图分类号】 R730.262; R445.2 【文献标识码】 A 【文章编号】 1000-0313(2020)06-0823-02

DOI:10.13609/j.cnki.1000-0313.2020.06.027

开放科学(资源服务)标识码(OSID):

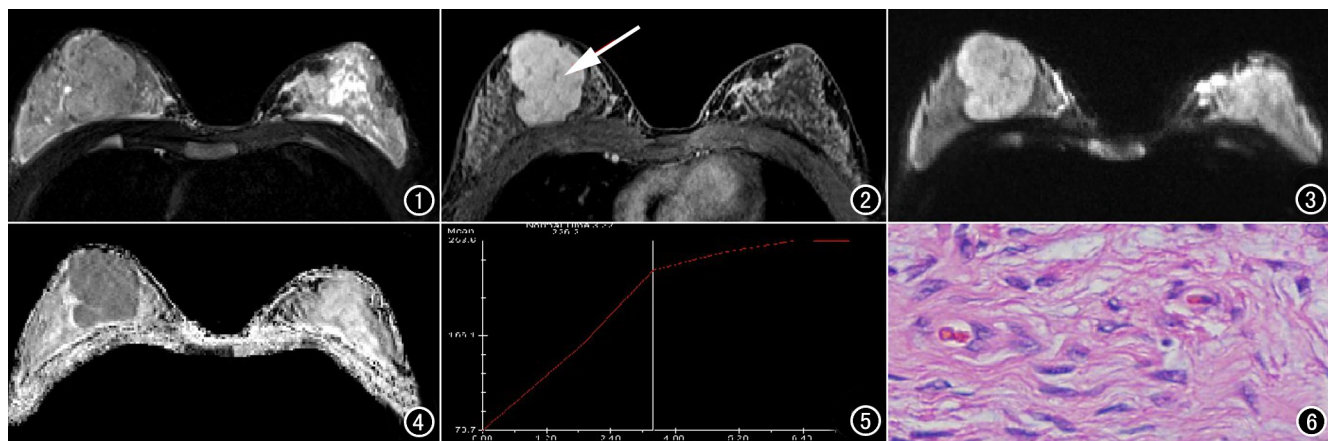


图1 右乳上象限 T_2 压脂序列稍长 T_2 信号肿块, 浅分叶状, 边界清楚。图2 MR 增强示肿块样强化, 内见多发低信号纤维分隔(箭)。图3 DWI 示肿块呈稍高信号($b=800s/mm^2$)。图4 ADC 图示肿块呈低信号。图5 TIC 曲线呈上升型。图6 细胞间质丰富, 腺上皮普通型增生(HE, $\times 400$)。

病例资料 患者, 女, 10 岁, 6 个月前无意发现右乳肿块, 渐增大。查体: 右乳偏内上象限肿块, 约 $6\text{ cm} \times 5\text{ cm}$, 质较硬, 欠光滑, 活动可, 无触痛。患者平素未服用含激素类药物及食物, 乳房及身高发育较早; 经随访患者术后两个月后月经初潮。

影像学表现: 右乳上象限 T_2 压脂序列稍长 T_2 信号肿块影, 大小约 $5.2\text{ cm} \times 4.8\text{ cm}$ (图 1); 增强示病灶呈肿块样强化, 内见多发不强化低信号纤维分隔(箭, 图 2); DWI 示肿块呈稍高信号, ADC 图呈低信号(图 3, 4); TIC 曲线呈上升型(图 5)。术后病理示(右)乳腺幼年性纤维腺瘤(图 6)。免疫组化: CK5/6(部分+); ER(+); P63(肌上皮+); Calponin(肌上皮+); VIM(间质+); SMA(间质+); Ki-67(LI: 10%)。

讨论 幼年性纤维腺瘤多发生于青春女性, 多为 11~18 岁, 好发于月经前后 1~3 年, 不足总纤维腺瘤的 10%^[1]。当肿瘤直径 $\geq 5\text{ cm}$, 或重量 $\geq 500\text{ g}$, 或占据单侧腺体总量的 80% 时, 称为“幼年性巨大纤维

腺瘤”^[2]。国内报道仅为个例, 国外最大宗回顾性分析于 2015 年由 Michael Sosin 等发表^[3], 系统性回顾了 52 篇文章(47 篇个案报道、5 篇系列报道), 共纳入患者 153 例, 平均年龄 16.7 ± 4.1 岁; 平均大小 $(11.2 \pm 9.09)\text{ cm}$; 约 86% 为单发, 91.5% 单侧发生; 4 例患者合并妊娠; 2 例患者术后复发; 约 5.2% 的患者合并已知的自身疾病。

乳腺纤维腺瘤的特征性表现为边界清晰、分叶状结节或肿块, 包膜不完整, 内部有无强化的低信号分隔^[4]。幼年性纤维腺瘤的鉴别诊断包括炎症、良性增殖性病变[错构瘤、脂肪瘤、乳腺幼年期肥大、假血管瘤性间质增生(PASH)和叶状肿瘤]^[3]。影像上纤维腺瘤主要与良性叶状肿瘤相鉴别, 文献报道叶状肿瘤在 MRI 信号上具有一些特征性表现: T_1 WI 较易呈高信号, 与肿瘤内有片状出血或富含胶冻样粘液密切相关; T_2 WI 信号常较高并出现低信号分隔, 病理基础是叶状肿瘤组织突入上皮腔隙内, 使上皮腔呈不规则裂隙状^[5]。影像不典型时二者主要依靠病理鉴别。叶状肿瘤 ADC 值较纤维腺瘤低, 前者平均 ADC 值约为 $(1.51 \pm 0.30) \times 10^{-3}\text{ mm}^2/\text{s}$, 后者约为 $(1.67 \pm 0.38) \times 10^{-3}\text{ mm}^2/\text{s}$ ($b=1000s/mm^2$)。曲线类型叶状肿瘤以

作者单位: 430070 武汉, 湖北省肿瘤医院放射科(聂婷婷)/病理科(马文佳); 515000 广东, 汕头大学第二附属医院 CT 室(吴仁华)

作者简介: 聂婷婷(1988—), 女, 湖北孝感人, 硕士, 住院医师, 主要从事肿瘤影像诊断工作。

通讯作者: 吴仁华, E-mail: rhwu@stu.edu.cn

Ⅱ型多见,纤维腺瘤以Ⅰ型多见^[5-7]。

由于随访和治疗策略不同、患者年龄和乳房发育程度的差异以及患者选择差异,目前对巨大幼年纤维腺瘤治疗缺乏具体指导原则。大宗回顾性研究^[3]患者平均随访时间(14.7±18.8)月(最短 1 周最长 84 周);其中 98.7%患者短期接受手术治疗,2 例患者在药物治疗(促性腺激素释放激素、醋酸甲羟孕酮)后也接受了手术治疗;平均接受手术时间为 9.5 月(范围从 3 天~7 年);27 例(17.6%)接受术后乳房重建,其余为单纯肿块切除术;27 例乳房重建术患者肿块平均大小约 12 cm,最大约 22 cm,最小约 3.5 cm,仅 4 例<10 cm,提示肿块大小可能是进行术后乳房重建的独立因素。手术治疗重中之重在于最大限度达到审美效果,包括尽量保留正常乳腺组织及乳头乳晕复合体。Chang 等^[8]提出乳房重建术须遵循尽量保留全部正常乳腺、尽量调整(隐藏)皮肤缝合口位置以及尽量使乳头乳晕复合体与对侧保持对称三原则^[9,10]。

参考文献:

[1] Nikumbh DB, Desai SR, Madan PS, et al. Bilateral giant juvenile fibroadenomas of breasts: a case report[J]. Pathology Research International, 2011, 482046.

- [2] Matz D, Kerivan L, Reintgen M, et al. Breast preservation in women with giant juvenile fibroadenoma[J]. Clinical Breast Cancer, 2013, 13(3): 219-222.
- [3] Sosin M, Pulcrano M, Feldman ED, et al. Giant juvenile fibroadenoma: a systematic review with diagnostic and treatment recommendations[J]. Gland Surg, 2015, 4(4): 312-321.
- [4] 刘伟, 叶春涛, 嵇鸣, 等. 乳腺纤维腺瘤的 3.0T MRI 表现[J]. 放射学实践, 2011, 26(3): 302-305.
- [5] 王岸飞, 胡瑛, 王晓燕, 等. 乳腺叶状肿瘤的 3.0T MRI 表现[J]. 放射学实践, 2017, 32(8): 73-76.
- [6] 龙威. 乳腺叶状肿瘤的影像学表现分析[J]. 中国临床医学影像杂志, 2012, 23(2): 113-116.
- [7] 薛梅, 李静, 周纯武, 等. MRI 在乳腺叶状肿瘤与纤维腺瘤鉴别诊断中的应用价值[J]. 磁共振成像, 2014, 5(4): 246-252.
- [8] Poh MM, Ballard TN, Wendel JJ. Beckwith-wiedemann syndrome and juvenile fibroadenoma: a case report[J]. Annals of Plastic Surgery, 2010, 64(6): 803-806.
- [9] Lee CJ, Kim YJ, Seo YT, et al. Treatment of multiple bilateral juvenile fibroadenomas in a teenage breast by central pedicle breast reduction, with vertical and short horizontal scar: case report[J]. Aesthetic Plastic Surgery, 2004, 28(4): 228-230.
- [10] Agaoglu G, Ozgür F, Erk Y. Unilateral virginal breast hypertrophy[J]. Annals of Plastic Surgery, 2000, 45(4): 451.

(收稿日期: 2019-07-03 修回日期: 2019-08-02)