

## Ultrasonographic classification and differential diagnosis of plasma cell mastitis

# 浆细胞性乳腺炎的超声分型与鉴别诊断

鲍朝辉 孙昊鹏 齐 治 刘雪梅

[中图分类号]R445.1;R655.8

[文献标识码]B

浆细胞性乳腺炎是常见的非哺乳期乳腺疾病之一,好发于育龄期妇女,多为非细菌性炎症,抗生素治疗无明显效果。该病临床症状复杂多样,起病急,发展快,病程长,易反复。早期明确诊断对临床意义重大。本组回顾分析我院经病理证实的208例浆细胞性乳腺炎患者的超声表现,现报道如下。

### 资料与方法

#### 一、临床资料

选取2014年9月至2016年9月我院经超声引导穿刺或术后病理证实的乳腺炎患者208例,女207例,男1例,且女性均未处于哺乳期;年龄20~57岁,平均(32.4±7.2)岁。临床表现为乳房肿物、疼痛、红肿、皮肤破溃等。

#### 二、仪器与方法

使用日立Preirus、西门子S 3000、Philips iU 22彩色多普勒超声诊断仪,线阵探头,频率分别为5~13 MHz、6~18 MHz、5~12 MHz。患者取仰卧位,充分暴露乳腺及腋窝。常规二维超声观察病灶位置、大小、形态、内部回声、液化情况、边界、周围组织变化、是否累及皮下。CDFI观察病灶内部及周边有无血流,血流多少及分布情况。依据Ader半定量法<sup>[1]</sup>对血流信号予以分级:无血流为0级;点状和短棒状血流为I级,同一断面上1~2条血管为II级,同一断面上超过3条血管或网状血流为III级。检查患侧腋下淋巴结,测量皮质厚度。

### 结 果

208例浆细胞性乳腺炎根据病灶的不同形态主要表现为3种类型:①肿块型142例,占68.3%,病灶为局限性团块,形态不规则,内部回声不均,无明显包膜,呈星角状,与周围组织分界清晰,边缘呈强回声(图1);其中血流0级3例,I级3例,II级78例,III级58例;108例可见患侧腋下淋巴结,均可见淋巴门结构,皮质厚度不均匀,皮质最大厚度<3 mm者23例,3~4 mm者31例,4~5 mm者34例,≥5 mm者20例;其中98例可见液化,80例呈密集点状弱回声,18例呈无回声。②弥漫型40例,占19.2%,病变区结构紊乱,回声减低,尚可见腺体样结构,与正常腺体界限模糊,回声不均匀,以斑片状低回声为主,内见条带状中强回声(图2);血流0级3例,I级5例,II级22例,III级10例;36例可见患侧腋下淋巴结,均可见淋巴门结构,皮质厚度不均匀,皮质最大厚度<3 mm者9例,3~4 mm者15例,4~5 mm者8例,≥5 mm者4例;33例可见液化,28例呈密集点状弱回声,5例呈无回声。③管道型26例,占12.5%,腺体内见多条走行不规则的条形低回声,18例随病情发展形成窦道,破溃至皮肤表面,病灶间可见正常腺体结构(图3);血流0级2例,I级3例,II级8例,III级13例;23例可见患侧腋下淋巴结,均可见淋巴门结构,皮质厚度不均匀,皮质最大厚度<3 mm者4例,3~4 mm者7例,4~5 mm者8例,≥5 mm者4例;24例可见液化,22例呈密集点状弱回声,2例呈无回声。以上3型病灶不局限于腺体层,其前缘可穿过脂肪间隙,向浅层脂肪层延伸,可累及乳头、皮下,皮肤可见瘘口,所有病灶均未累及肌层。

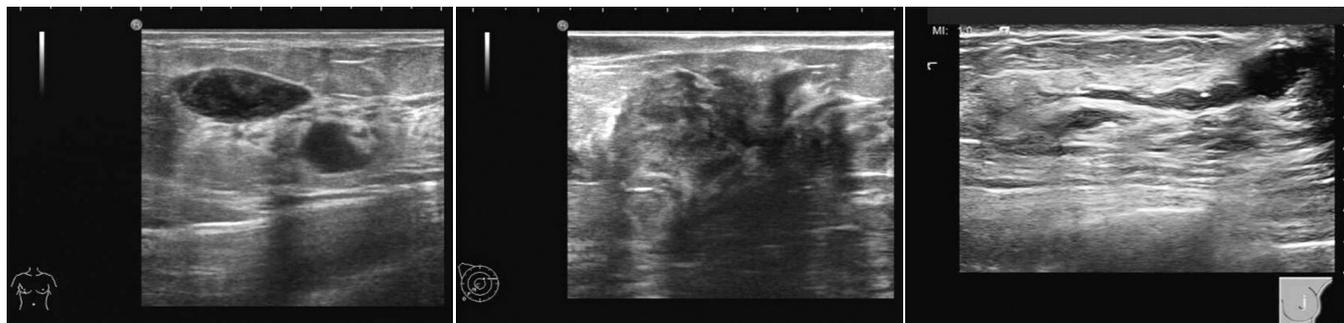


图1 肿块型声像图示边界清晰的低回声肿块

图2 弥漫型声像图示肿块无明显边界,与周围组织分界不清

图3 管道型声像图示腺体内条带状低及无回声,部分向体表破溃

## 讨 论

浆细胞性乳腺炎为无菌性炎症,其发生可能与大乳管阻塞和扩张、乳头内陷、乳管开口畸形异常、外伤性脂肪坏死、细菌感染及自身免疫反应有关,具有起病急,发展快,病程长,易反复等特点。高分辨率超声具有方便、经济、无创、可重复性的特征,是评估乳腺病变的重要影像学检查手段。本组探讨了208例浆细胞性乳腺炎的超声分型,尽管发病原因不同,超声表现有相似之处。共分为3种类型:①肿块型本组142例,病理表现为以浆细胞浸润为主的肉芽肿;超声表现为局限性团块,由于其形态不规则,可呈哑铃状、梭形等,该类肿块易向皮下蔓延,病灶穿过脂肪间隙向表面凸出,无毛刺浸润表现,本组未见累及深方脂肪层及肌层病例。肿块型血流信号多位于病灶周边,阻力指数 $<0.7$ ,均为低阻型。同侧腋下淋巴结肿大,皮质增厚,多数可见门样结构。肿块型浆细胞性乳腺炎应与乳腺癌相鉴别,乳腺癌多呈毛刺样凸起,向浅方及深方浸润生长,边界不清晰,周边见厚薄不均的强回声带,位置固定,纵横比多 $>1$ ,病灶内见粗大血流信号,分布紊乱,多为高阻型。同侧腋窝淋巴结肿大,皮质增厚或为低回声。超声检查探头向病灶加压时,病灶内点状细弱回声若发生漂移,由此可判定为浆细胞性乳腺炎;乳腺癌探头加压,无此现象出现。②弥漫型本组40例,主要表现导管周围软组织坏死、液化,呈弥漫性回声减低,与周围组织分界不清。部分乳腺结构不良患者疼痛明显,易误诊为浆细胞性乳

腺炎。乳腺结构不良超声表现为腺体层内斑片状回声增强或减低区,无液化,脂肪层无明显变化,乳腺结构不良进展缓慢,长期随访肿块变化不明显,血流信号稀疏,同侧腋窝淋巴结不大。同时,弥漫型浆细胞性乳腺炎一般有红、肿、痛等乳房急性炎症的表现可鉴别。③管道型本组26例,此型应与导管内乳头状瘤相鉴别。有文献<sup>[2-3]</sup>报道浆细胞性乳腺炎还可为乳管扩张型与囊肿型,其发生于病变早期,超声显示为乳晕深方乳管扩张或多处囊性结节。扩张的乳管或囊性结节间可见正常腺体结构,腺体内血流信号未见增多。本组临床诊断为浆细胞性乳腺炎而超声表现为乳管扩张或囊性结节者4例,导管及囊肿壁均光滑,同侧淋巴结皮质不厚或轻度增厚,由于治疗后症状明显改善,且未见明确的低回声病灶,未做穿刺,亦未纳入本组分型。

综上所述,超声检查能够显示浆细胞性乳腺炎病灶位置、大小、内部回声情况,可动态观察病情并进行疗效评估。

## 参考文献

- [1] 陈芳,孙健,超声对非哺乳期乳腺炎的鉴别诊断价值[J].临床超声医学杂志,2013,12(12):875-876.
- [2] 吴意赞,梁定,殷立平等.彩色多普勒超声对浆细胞性乳腺炎的诊断价值[J].解放军医药杂志,2014,26(9):82-84.
- [3] 王卫丽,管玲,段颖,等.浆细胞性乳腺炎的超声表现与病理分析[J].西部中医药,2015,28(8):177-179.

(收稿日期:2018-09-09)

## · 临床报道 ·

## Diagnostic value of ultrasonography in male infertility caused by abnormal epididymis 超声对附睾异常所致的男性不育症的诊断价值

谈 雯 王少璐

[中图法分类号]R445.1;R697.22

[文献标识码]B

男性不育症发病率逐年增加,其中因附睾异常所致的男性不育较为多见。本组回顾分析我院经临床证实的82例男性不育症患者附睾的超声表现,旨在分析超声对附睾异常所致的男性不育症的诊断价值。

## 资料与方法

## 一、临床资料

选取2015年7月至2019年1月我院男科经皮附睾穿刺取精术及睾丸细针穿刺抽吸术等检查确诊的不育症患者82例(病例组),年龄20~46岁,平均(28.36±3.05)岁;其中50例为双侧附睾异常,共132条附睾;排除睾丸、输精管、精囊腺、射精

管、前列腺、精索静脉等其他因素,患者均无性功能障碍、无下丘脑-垂体-性腺轴生精障碍病史。另选同期健康正常者62例为对照组,年龄18~50岁,平均(29.39±3.22)岁;共计124条正常附睾。

## 二、仪器与方法

使用东芝 Aplio 500 彩色多普勒超声诊断仪,经阴囊线阵探头,频率7~12 MHz。取仰卧位,充分暴露阴囊。采用一次性保鲜膜包裹住探头,将探头涂上耦合剂放置于阴囊皮肤,进行多角度、多切面连续观察附睾头、体、尾部大小,形态及回声的改变,同时观察睾丸、输精管睾丸段、阴囊段及精索静脉,必要时经直肠超声排除精囊腺、输精管壶腹段、射精管及前列腺的疾病。

作者单位:404000 重庆市,重庆三峡中心医院超声科

通讯作者:王少璐,Email:93408186@qq.com