

超声对肿块型浆细胞性乳腺炎与浸润性导管癌的鉴别诊断价值

赵 玲

河北省沧州市沧县医院 河北沧州 061000

【摘 要】目的：探讨超声诊断技术用于鉴别肿块型浆细胞性乳腺炎（PCM）与浸润性导管癌（IDC）的价值。方法：选取 30 例肿块型 PCM 患者和 30 例 IDC 患者（病例收集时间：2020 年 8 月~2022 年 8 月）的病例资料展开回顾性分析，均行超声诊断、病理穿刺检查，对比二者诊断结果。结果：按 BI-RADS 分类，30 例肿块型 PCM 病例中，2~3 类检出 16 例，4 类检出 14 例，诊断准确率为 53.33%；30 例 IDC 病例中，4a~5 类检出 28 例，3 类检出 2 例，诊断准确率为 93.33%；肿块型 PCM 较 IDC 的纵横比 < 0.8 检出率 6.67%VS70.00%、周围呈高回声晕检出率 0.00%VS26.67%、后方回声衰减检出率 6.67%VS30.00%、钙化灶检出率 3.33%VS53.33%、血流 2~3 级的检出率 16.67%VS40.00%均更低（ $P < 0.05$ ）；而在肿块内部回声不均匀的检出率 90.00%VS96.67%、形态不规则的检出率 90.00%VS96.67%、边缘不光整的检出率 93.33%VS90.00%、腋窝肿大淋巴结的检出率 10.00%VS50.00%无显著差异（ $P > 0.05$ ）。肿块型 PCM 较 IDC 的边缘毛刺蟹足征的检出率 0.00%VS70.37%、异常肿大淋巴结的检出率 0.00%VS73.33%更低（ $P < 0.05$ ）。结论：超声诊断技术用于鉴别肿块型 PCM 与 IDC 的价值显著，可对两者的声像图特征进行清晰观察，综合考虑患者的病史及临床表现，可使肿块型 PCM 的诊断准确率得以显著提升，此技术值得推广。

【关键词】超声；肿块型浆细胞性乳腺炎；浸润性导管癌；鉴别诊断价值

浆细胞性乳腺炎（PCM）是初期大多无明显炎性表现的非细菌性炎性乳腺病^[1]。因此，患者就诊时已发展至慢性期，此期的 PCM 患者以无痛性的乳腺肿块为主要症状，在临床诊断时极易与浸润性导管癌（IDC）发生混淆。而 PCM 是一种良性乳腺病变，其治疗方式、疗效及预后均不同于 IDC。X 线、超声检查对 PCM 与 IDC 诊断各有优点，但超声可准确评估腋窝淋巴结转移，且在致密性乳腺诊断中的敏感性较高，在乳腺癌筛查中的应用价值显著^[2]。但部分乳腺癌仍可能出现误诊情况，乳腺癌转移性较高，及早治疗可促进患者预后改善。目前关于超声诊断技术在肿块型浆 PCM 与 IDC 的鉴别诊断价值研究较少^[3]。本研究通过对经病理证实的肿块型 PCM 与 IDC 的超声声像图特征展开回顾性分析，以期为提升肿块型 PCM 的诊断准确率及预后改善提供参考。现报告如下：

1. 资料与方法

1.1 一般资料

选取 30 例肿块型 PCM 患者和 30 例 IDC 患者（病例收集时间：2020 年 8 月~2022 年 8 月）的病例资料展开回顾性分析。纳入标准：①均为女性；②术前行彩超检查；③行超声检查前未确认病灶的病理学结果；④资料保留完整。排除标准：①未接受手术病理检查者；②行超声检查前已对病灶病理学结果已确认；③其他器官功能不全或病理资料缺乏者。

1.2 方法

所有患者均采用 7~14MHz 探头的超声诊断仪进行检查，检查时取平卧位，使患者上臂外展，围绕乳头区域展开扫查，呈放射状扫查，检测患者病灶的大小、形态、边缘、内部回声、血流等相关影像学表现；并扫查其腋窝淋巴结及形态特点，判断其是否为肿大淋巴结。以 BI-RADS

评分为准，鉴别判断患者病灶性质，其中，2~3 类检测确认为良性，4a~5 类则检测确认为恶性。

1.3 统计学分析

数据分析软件选取 SPSS24.0，计量数据以（ $\bar{x} \pm s$ ）表示，行 t 检验，计数数据以 n/%表示，行 χ^2 检验， $P < 0.05$ 为数据间差异存在显著意义。

2. 结果

2.1 肿块型 PCM 与 IDC 病例诊断准确率

按 BI-RADS 分类，30 例肿块型 PCM 病例中，2~3 类检出 16 例，4 类检出 14 例，诊断准确率为 53.33%（16/30）；30 例 IDC 病例中，4a~5 类共计 28 例，3 类共计 2 例，诊断准确率为 93.33%（28/30）。

2.2 肿块型 PCM 与 IDC 的超声诊断结果

肿块型 PCM 较 IDC 的纵横比 < 0.8 检出率 6.67%（2/30）VS70.00%（21/30）、周围呈高回声晕检出率 0.00%（0/30）VS26.67%（8/30）、后方回声衰减检出率 6.67%（2/30）VS30.00%（9/30）、钙化灶检出率 3.33%（1/30）VS53.33%（16/30）、血流 2~3 级的检出率 16.67%（5/30）VS40.00%（12/30）均更低（ $P < 0.05$ ）；而肿块型 PCM 较 IDC 在肿块内部回声不均匀的检出率 90.00%（27/30）VS96.67%（29/30）、形态不规则的检出率 90.00%（27/30）VS96.67%（29/30）、边缘不光整的检出率 93.33%（28/30）VS90.00%（27/30）、腋窝肿大淋巴结的检出率 10.00%（3/30）VS50.00%（15/30）无显著差异（ $P > 0.05$ ）。见表 1。肿块型 PCM 较 IDC 的边缘毛刺蟹足征 0.00%（0/28）VS70.37%（19/27）、异常肿大淋巴结检出率 0.00%（0/3）VS73.33%（11/15）更低，二者差异显著（ $P < 0.05$ ）。见表 2。

表 1 肿块型 PCM 与 IDC 的声像图特征比较[例（%）]

声像图表现	肿块型 PCM	IDC	P 值
纵横比			
< 0.8	2（6.67）	21（70.00）	< 0.05
≥ 0.8	28（93.33）	9（30.00）	
内部回声			
均匀	3（10.00）	1（3.33）	> 0.05
不均匀	27（90.00）	29（96.67）	
形态			
规则	3（10.00）	1（3.33）	> 0.05
不规则	27（90.00）	29（96.67）	
边缘			

光整	2 (6.67)	3 (10.00)	> 0.05
不光整	28 (93.33)	27 (90.00)	
周围高回声晕			
无	30 (100.00)	22 (73.33)	< 0.05
有	0 (0.00)	8 (26.67)	
后方回声			
无衰减	28 (93.33)	21 (70.00)	< 0.05
衰减	2 (6.67)	9 (30.00)	
钙化灶			
无	29 (96.67)	14 (46.67)	< 0.05
有	1 (3.33)	16 (53.33)	
血流分级			
0~1 级	25 (83.33)	18 (60.00)	< 0.05
2~3 级	5 (16.67)	12 (40.00)	
腋窝淋巴结肿大			
无	27 (90.00)	15 (50.00)	> 0.05
有	3 (10.00)	15 (50.00)	

表2 边缘不光整、淋巴结肿大的肿块型 PCM 和 IDC 的比较 (个/%)

组别	病灶数	边缘不光整	
		无典型毛刺、蟹足征	典型毛刺、蟹足征
PCM	28	28 (100.00)	0 (0.00)
IDC	27	8 (29.63)	19 (70.37)
P 值	-	< 0.05	< 0.05
组别	病灶数	淋巴结肿大	
		反应性肿大	异常肿大
PCM	3	3 (100.00)	0 (0.00)
IDC	15	4 (26.67)	11 (73.33)
P 值	-	< 0.05	< 0.05

3. 讨论

PCM 是临床常见的乳腺炎症,临床表现多变,目前对其发病机制无统一论,此疾病发生与导管上皮不规则增生,分泌功能明显减弱,乳管内聚积物分解后会刺激周围组织而对免疫机制造成影响,使患者发生炎症改变^[4]。各时期 PCM 病程具有交叉性表现。早期因脂性分泌物堆积于导管内,声像图表现呈导管扩张特点。淋巴细胞和中性粒细胞在 PCM 患者炎症加重时会发生浸润堆积,极易转变为实性病灶,内部回声呈现不均匀分布^[5]。因此,临床诊断 PCM 时,因其具有与 IDC 类似的恶性征象,极易增加诊断难度^[6-7]。

PCM、IDC 均呈边缘不光整特点,但肿块型 PCM 明显区别于 IDC,前者以边缘无典型的毛刺、蟹足征为主,后者以典型毛刺、蟹足征较常见,二者差异显著 ($P < 0.05$);此征象是肿瘤边缘癌细胞扩散至周围组织,由此形成齿状致密影所致。而部分肿块型 PCM 患者经影像学检查可见周围组织被炎症浸润,但其增殖会导致机体的免疫机制被破坏,因此,肿块型 PCM 的病灶的侵袭征象并不明显^[8-9]。肿块型 PCM、IDC 虽均有腋窝淋巴结肿大,但前者主要以皮质均匀性增厚、门型血流信号,而后者以皮质不均匀增厚或淋巴门消失、回声减低、短径增大、呈树枝状血流信号为主,二者差异显著 ($P < 0.05$)。相较 IDC,肿块型 PCM 在以下指标检出率方面更低,纵横比 < 0.8 (占比 6.67%)、周围呈高回声晕 (占比 0.00%)、后方回声衰减 (占比 6.67%)、钙化灶 (占比 3.33%)、血流 2~3 级的 (占比 16.67%),差异显著 ($P < 0.05$),但部分病例表现的恶性征象同于 IDC。但所收集病例的血流信号均呈丰富的点状特点,与急性加重期患者炎症反应加重,继而刺激血流信号后增多有关^[10-11]。

综上所述,超声技术用于鉴别诊断肿块型 PCM 与 IDC 的价值显著,可对两者的声像图特征进行全面观察,并综合患者的病史,临床表现对肿块型 PCM 病情确诊,提升其诊断准确率,为临床后续制定对症治疗方

案提供科学可靠的参考依据。

参考文献:

- [1]张晓红,辛永健.浆细胞性乳腺炎临床特点及误诊原因分析[J].临床误诊误治,2021,34(8):5-8.
- [2]方开峰,丁关保,韩路,等.超声弹性成像和钼靶 X 线对乳腺浸润性导管癌的的诊断价值研究[J].中国全科医学,2021,24(15):1959-1961+1966.
- [3]夏菲.浆细胞性乳腺炎超声图像特征及其中医应用价值分析[J].影像研究与医学应用,2022,6(11):182-184+187.
- [4]周春兰,韩锁凤,潘爱明,石昀.超声在乳腺浸润性导管癌患者诊断中的优势与价值探索[J].系统医学,2022,7(06):182-185.
- [5]邢梦盈,徐华国,张洁心,等.浆细胞性乳腺炎的病因与诊断的研究进展[J].国际检验医学杂志,2020,41(16):2008-2011.
- [6]刘玉蕾.高频彩色多普勒超声在诊断浆细胞乳腺炎中的临床价值[J].中国医疗器械信息,2021,27(22):122-124.
- [7]欧晓霞,陈晓琼,王月爱,等.超声与 MRI 联合应用对乳腺导管内癌与浸润性导管癌的诊断价值[J].现代医用影像学,2021,30(04):721-723.
- [8]何洁,黄伟俊,熊玥.非特异性乳腺炎的声像图表现及鉴别诊断[J].中国超声医学杂志,2020,36(1):30-32.
- [9]WATANABE T, KAOK U S, YAMAGUCHI T, et al. Multi-center prospective study of color Doppler ultrasound for breast masses: Utility of our color Doppler method[J]. Ultrasound Med Biol, 2019, 45(6):1367-1379.
- [10]郭晓娟,张筠,于馨,等.浸润性导管癌超声特征及误诊影响因素分析[J].临床军医杂志,2022,50(07):674-676+681.
- [11]阮家信,陈小霜,苏静君,等.超声对肿块型浆细胞性乳腺炎与浸润性导管癌的鉴别诊断价值[J].中国超声医学杂志,2022,38(09):984-987.