

◁病例报告▷

男性包裹性乳头状癌不典型超声表现 1 例
Atypical ultrasound of male encapsulated papillary carcinoma: report of one case

王迪, 黄品同

(浙江大学医学院附属第二医院超声医学科, 浙江 杭州 310000)

WANG Di, HUANG Pin-tong

(Department of Ultrasound, the Second Affiliated Hospital of Zhejiang University, Hangzhou 310000, China)

[关键词] 癌, 乳头状; 乳腺肿瘤; 超声检查

[中图分类号] R737.9; R445.1

[文献标识码] B

[文章编号] 1008-1062(2024)08-0589-02

DOI:10.12117/jccmi.2024.08.014

病例 男, 34 岁, 发现右乳乳头溢液 2 月余, 血性溢液半个月, 既往无明显不适。查体: 双乳对称, 双乳未触及明显异常肿块, 双腋下淋巴结未及, 挤压右乳头乳晕约 10 点位可见乳头血性溢液, 量多, 单孔溢液, 挤压左侧未见溢液。否认高血压, 糖尿病及家族遗传史。实验室检查无殊。超声检查发现右侧乳腺乳头后方两个高回声结节, 大小分别约 0.49 cm×0.42 cm、0.54 cm×0.32 cm, 边界清晰, 形态规则, 两结节部分相互融合, 周边可见均匀低回声环绕(图 1), CDFI: 显示其内部可见丰富条形血流信号(图 2)。超声结论: 右乳男性发育伴右乳结节, 超声 BI-RADS 分为 4A 类, 导管内乳头状肿瘤考虑。结合患者临床征象及超声诊断, 该患者进行手术治疗。术式为右侧乳腺肿块区段切除+筋膜成形+术中冰冻, 术后病理显示导管内乳头状肿瘤伴显著钙化, 结合免疫组化结果, 符合包裹性乳头状癌(Encapsulated papillary carcinoma, EPC)(图 3)。免疫组化结果: ER- α (SP1)90%+, PR 90%+, Ki-67 2%, c-erbB-2(BC)-, c-erbB-2(BC)-PC+, P63-, CK14-, CK5/6-。之后, 患者再次行右侧乳腺单侧乳房切除术伴前哨淋巴结显影活检术, 术中及术后未见淋巴结转移。

讨论 EPC 是被纤维血管或低中级肿瘤上皮细胞覆盖的增生性病变, 其发生率仅为 0.5%~1%^[1], 在男性及青年女性较少见, 好发于绝经期女性, 发病年龄 41~80 岁, 平均 65 岁^[2]。但是在男性乳腺癌中, EPC 的发病率位居第二, 仅次于导管癌^[3]。根据最新 WHO 乳腺肿瘤分类标准, EPC 被认为是一种

生长缓慢的、低级别浸润癌, 是乳头状病变中的一个独立病种^[4]。临床多表现为良性症状, 膨胀性生长, 体积大, 无明显疼痛, 常侵犯乳头及乳晕深方, 可伴有血性溢液, 极少发生腋窝淋巴结转移^[5]。本例患者乳头溢液由淡黄转为血性, 与临床描述相符。关于 EPC 的首选检查方法目前存在争议, 其主要为钼靶, 穿刺活检及超声检查。由于乳腺癌的侵袭性, 活检对于它的初始诊断往往是不必要的。钼靶和超声是目前乳腺癌的常用诊断方法, 然而男性乳腺的腺体小及 EPC 发生的位置必然会带给钼靶一定的限制性; 有文献报道指出超声的诊断效能与钼靶没有显著性的差异^[6]。因此超声检查更适合于 EPC 首选。

EPC 超声征象大多数分为两种, 一种为囊性结节型(最常见), 表现为囊性结节或囊实混合性结节, 体积较大, 通常 > 2 cm, 边缘光整, 形态规则, 偶可见分叶状; 结节内囊液部分可见纤维分隔, 该表现与 EPC 生长较大引起囊内陈旧性出血所致。囊实混合性结节表现为结节内实性部分呈低回声, 形态欠规则或呈乳头状突向囊腔, 结节内钙化较少见, 实性部分血流丰富, 张英等^[7]研究 33 例 EPC 患者, 其中有 27 例患者 Adler 血流分级 II~III 级, 并且全部结节均无显著钙化。另一种为实性结节型, 表现为低回声结节周围伴高回声包绕, 膨胀性生长, 纵横比 < 1, 微钙化较少见, 血流阻力指数(RI)呈现高阻现象, 侯新燕等^[8]发现 5 例有血流信号的 EPC 中, 有 4 例结节 RI > 0.9。本例患者超声主要表现为体积较小的高回声实

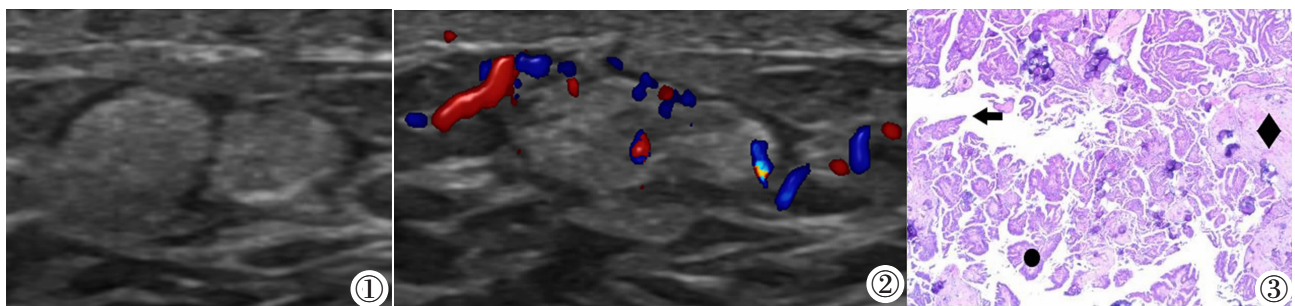


图 1 34 岁, 男, EPC 二维超声。右侧乳腺乳头后方两个高回声结节, 大小分别约 0.49 cm×0.42 cm、0.54 cm×0.32 cm, 边界清晰, 形态规则, 两结节部分相互融合, 周边可见均匀低回声环绕。图 2 EPC 血流图。CDFI: 显示其内部可见丰富条形血流信号。图 3 肿瘤局限在囊内生长(◆), 排列呈乳头状(●)、筛状(↑)。

[收稿日期] 2023-12-08; [修回日期] 2024-01-18

[作者简介] 王迪(1994-), 女, 黑龙江哈尔滨人, 医师。E-mail: 15868493189@163.com

[通信作者] 黄品同, 浙江大学医学院附属第二医院超声医学科, 310000。E-mail: huangpintong@zju.edu.cn

性结节,周边见均匀低回声环绕,这一点与之前发现的 EPC 有所不同。我们猜测由于 EPC 的惰性特征,结节的大小与发现的时间成正比,该患者发现时间较短(2月),结节还不足以明显增大,但是本例患者结节同样无明显钙化,呈平行生长,血流较丰富,这与实性 EPC 的超声描述相符。

病理诊断:EPC 病理上可分为三大类:单纯型 EPC、EPC 伴导管原位癌和 EPC 伴浸润性癌^[4]。本例患者病理表现为单纯型 EPC。EPC 特征病理表现为乳头内或病变周围缺少肌上皮细胞。免疫组化方面肌上皮细胞标志物 p63、平滑肌肌动蛋白(SMA)、CD10、calponin 等免疫组化染色可证实 EPC 的管腔周围缺失肌上皮细胞^[9-10]。本文报道的病例 ER、PR+,p63-与之相符。

鉴别诊断:①单纯性囊肿或复杂性囊肿,乳腺单纯性囊肿,囊壁较薄,形态规则,内回声均匀与囊性 EPC 较易鉴别,但当囊肿较大时,容易出现囊内出血,囊内回声发生改变,囊壁可增厚,毛糙,发生炎症病变时可感染周围组织造成黏连,可引起乳腺局部疼痛,血流相对丰富,但是血流一般显示为低阻力频谱;国外学者建议结节可观察 6 月或者进行细胞学和粗针穿刺活检^[11];②导管内乳头状瘤,肿块呈囊实性时应该首先与之鉴别,但是两者有明显的相似性,光靠影像学诊断难以鉴别,有文献指出 EPC 患者年龄较大,结节体积也大(>2 cm),常伴有囊内出血,可引起患者乳头血性溢液,并且实性部分可见高阻丰富血流^[12],这一点与导管乳头状瘤不同;另外,巩海燕等^[13]指出 EPC 发生位置要远于导管内乳头状瘤,这可能与 EPC 导管病变侵犯周围远端导管造成不典型上皮增生有关;③叶状肿瘤,当肿块为实性 EPC 时要与之鉴别,超声上叶状肿瘤有明显的裂隙征,形态不规则,呈大分叶状,但是血流不丰富^[14],实性 EPC 也可呈现出大分叶状,但是血流丰富并且为高阻血流,男性发生叶状肿瘤的概率极低;④较大的纤维腺瘤囊性变等一些良性较大肿瘤,纤维腺瘤多好发于青年女性,结节形态规则,边缘光整,平行生长,当结节较大时可出现囊性坏死,但纤维腺瘤血供一般不丰富,且多见低阻力频谱,不伴有乳头溢液。EPC 好发于绝经期女性并易发生在乳腺中央区且伴有乳头溢血等症状。由于 EPC 的恶性征象不明显,BI-RADS 分级常被误诊为 3 类结节。因此与相关良性病变的鉴别诊断至关重要。但是,光靠影像学诊断难以鉴别,当患者年龄较大并且乳头有症状时要高度怀疑恶性可能,穿刺活检十分必要。

治疗及预后:对于 EPC 目前的治疗方法主要是手术切除,且 EPC 预后十分良好,EPC 的 5 年存活率近乎 100%^[15],EPC 伴浸润性癌的 10 年存活率为 94.4%^[16]。

本文报道了一篇高回声结节的男性 EPC,与之前文章报道的 EPC 征象明显不同,希望给超声医生一些提示,对于男性患者发现乳头溢液,结节具有较丰富、高阻力血流时,要高度怀疑其恶性倾向。

[参考文献]

- [1]Rakha EA, Gandhi N, Climent F, et al. Encapsulated papillary carcinoma of the breast: an invasive tumor with excellent prognosis[J]. *Am J Surg Pathol*, 2011, 35(8): 1093-1103.
- [2]Burga AM, Fadare O, Lininger RA, et al. Invasive carcinomas of the male breast: a morphologic study of the distribution of histologic subtypes and metastatic patterns in 778 cases [J]. *Virchows Arch*, 2006, 449(5): 507-512.
- [3]Schwartz CJ, Boroujeni AM, Khodadadi -Jamayran A, et al. Molecular analysis of encapsulated papillary carcinoma of the breast with and without invasion[J]. *Hum Pathol*, 2021, 111: 67-74.
- [4]Grogan MG, Collins LC, Lerwill M, et al. Encapsulated papillary carcinoma[M]. In: WHO Classification of Tumours Editorial Board, ed. *Breast tumours: WHO classification of tumours*. 5th ed. Lyon, France: IARC Press, 2019: 60-62.
- [5]George K, Anna Z, Evanthia K, et al. Encapsulated papillary carcinoma of the breast: An overview [J]. *Cancer Res Ther*, 2013, 9(4): 564-570.
- [6]Yoon B, Chae EY, Cha JH, et al. Male patients with unilateral breast symptoms: an optimal imaging approach [J]. *Eur Radiol*, 2020, 30(8): 4242-4250.
- [7]张英,董智芬,高雅,等. 乳腺包裹性乳头状瘤超声声像特征分析 [J]. *中华实用诊断与治疗杂志*, 2023, 37(10): 983-986.
- [8]侯新燕,武文,简文豪,等. 超声对囊实性乳腺癌的诊断价值[J]. *中华医学超声杂志:电子版*, 2010, 7(8): 1374-1378.
- [9]Lattin Jr. GE, Jesinger RA, Mattu R, et al. From the radiologic pathology archives: diseases of the male breast: radiologic-pathologic correlation[J]. *Radiographics*, 2013, 33(2): 461-489.
- [10]Tan HJ, Tan PH, Leong LCH, et al. Encapsulated papillary carcinoma of the breast: An institutional case series and literature review[J]. *Cancer Med*, 2023, 12(10): 11408-11416.
- [11]Ortman H, Abdo J, Tillman R, et al. Management of cystic conditions[J]. *Surg Clin North Am*, 2022, 102(6): 1089-1102.
- [12]韩玥,王艺璇,唐瑞雪,等. 男性乳腺癌并一侧乳腺囊内乳头状瘤超声表现 1 例并文献复习 [J]. *中国临床医学影像杂志*, 2021, 32(8): 599-600.
- [13]巩海燕,胡菊萍,周文斌,等. 超声在鉴别乳腺实性乳头状瘤和乳腺导管内乳头状瘤中的应用[J]. *肿瘤影像学*, 2021, 30(4): 283-287.
- [14]李璐婧,欧冰,钟文景,等. 乳腺叶状肿瘤的常规超声及超声弹性成像特点[J]. *中国医学影像技术*, 2013, 29(5): 736-739.
- [15]Steponaviien L, Gudaviien D, Briedien R, et al. Diagnosis, treatment, and outcomes of encapsulated papillary carcinoma: a single institution experience[J]. *Acta Medica Lituanica*, 2018, 25(2): 66-75.
- [16]Grabowski J, Salzstein SL, Sadler GR, et al. Intracystic papillary carcinoma: a review of 917 cases[J]. *Cancer*, 2008, 113(5): 916-920.